



Universidade Estadual do Ceará – UECE

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL-CE: O Discurso do Sujeito
Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares

Fortaleza - Ceará
2008



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL-CE: O Discurso do Sujeito
Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares

Fortaleza - Ceará
2008



Universidade Estadual do Ceará – UECE

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL-CE: O Discurso do Sujeito

Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora. Prof^a Dr^a Maria Salete Bessa Jorge

**Fortaleza - Ceará
2008**

B277p Barros, Márcia Maria Mont' Alverne de
Prática de Saúde Mental em Sobral-Ce: O discurso do
sujeito coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e
familiares / Márcia Maria Mont' Alverne de Barros –
Fortaleza, 2008.
253 p.; il:
Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)
– Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da
Saúde.
1. Modelo hospitalocêntrico 2. Rede de atenção
psicossocial 3. Discurso do sujeito coletivo I. Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD:614

U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ



Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: “PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL-CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares”

Nome da Mestranda: Márcia Maria Mont’Alverne de Barros

Nome do Orientador (a): Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCSUECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE”

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora)

Professor. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
(1º membro)

Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho
(2º membro)

Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz
(Suplente)

Data da defesa: 16/05/2008

Às pessoas com transtornos mentais e comportamentais em tratamento na Rede de Atenção Psicossocial de Sobral, que me possibilitam vivenciar diversificadas e significativas experiências, às quais vêm me tornando um ser humano melhor.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que aceitaram e àquelas que não aceitaram participar da pesquisa.

Aos meus maravilhosos pais Albertino e Angélica pela dedicação e amor.

Às minhas companheiras de trabalho Maria Suely Alves Costa e Roberta Rocha Araújo Sá, pelas mensagens de incentivo e pelo exemplo de dignidade, compromisso e dedicação ao trabalho desenvolvido no universo da saúde mental.

À Dione Ellen Silva Brito pelo exemplo de força, determinação e pelo incentivo na realização de meus objetivos profissionais.

À minha orientadora Maria Salete Bessa Jorge, por sua competência e valiosa orientação na construção desse trabalho.

A Jesus por me abençoar e iluminar os meus caminhos.

“Outra dor ocupa o espaço da dor real. Os clínicos tomam este sofrimento por doença e legitimam a inversão. E quantos projetos terapêuticos atacam o espelho sem roçar sequer a fimbria do que ele espelha? E quantos projetos terapêuticos tomam a ruptura como real e natural, acumpliciando-se com as táticas de adoecimento que deveriam estar resolvendo?”

Dr. José Jackson Coelho
Sampaio

RESUMO

Pesquisa de natureza qualitativa, cujo objeto de estudo é compreender as concepções dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares de usuários sobre a prática de saúde mental no município de Sobral-Ceará. O objetivo geral da pesquisa desenvolvida é a compreensão das concepções dos trabalhadores de saúde, das pessoas com transtornos mentais, atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial de Sobral - CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, bem como de seus respectivos familiares, sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de Saúde Mental de Sobral. Os objetivos específicos são: Conhecer a compreensão dos trabalhadores de saúde sobre a atenção prestada às pessoas com transtornos mentais no sistema hospitalocêntrico e na Rede de atenção psicossocial; Identificar as vivências das pessoas com transtornos mentais, com histórico de atenção no modelo hospitalocêntrico e na Rede; Compreender as experiências dos familiares das pessoas com transtornos mentais assistidas no modelo hospitalocêntrico e na Rede, detectando especificidades das diferentes formas de cuidado. Quanto aos critérios de inclusão na pesquisa, considerou-se: saturação das informações, aceitação e não-aceitação, condições físicas e psíquicas, autonomia para decisão sobre a participação no estudo. Os usuários tornaram-se oficialmente participantes da pesquisa, mediante a co-autorização expressa de seus familiares responsáveis. Dos 40 usuários, 10 participaram efetivamente da pesquisa. Os familiares deveriam apresentar condições físicas e psíquicas, ter autonomia para decidir sobre a sua participação e colaboração com a pesquisa, estar convivendo com o usuário. Os participantes constituíram-se de 10 familiares. Foram incluídos 12 trabalhadores de saúde com histórico de atuação no modelo hospitalocêntrico e na Rede, bem como observadores ativos que acompanharam o processo de cuidado nas duas modalidades de assistência. Utilizou-se o modelo de entrevista semi-estruturada. Março de 2007 a maio de 2008 é o período da pesquisa. A análise foi organizada através do discurso do sujeito coletivo e interpretadas à luz da hermenêutica de Gadamer. Os discursos encontram-se pautados nos eixos: O sentido da hospitalização em hospital psiquiátrico tradicional e hospital dia, Retrato do modelo de Rede de atenção psicossocial e (Des) humanização do cuidado em diferentes dispositivos de atenção em saúde mental em Sobral. No que concerne à atenção prestada pela Rede, os usuários e familiares destacaram a atenção prestada pelo CAPS, vislumbrando um cenário caracterizado pelo cuidado humanizado, acolhimento e inserção familiar no cuidado. Os trabalhadores de saúde apontam um desafio a ser enfrentado: A necessidade de articulação e intervenção da Rede e da Secretaria da Saúde de Sobral com secretarias da Saúde de municípios vizinhos, que comumente referenciam os seus usuários para Sobral (unidade de internação psiquiátrica em hospital geral e ambulatório de psiquiatria regionalizado), para implementação de ações voltadas à criação de uma política de saúde mental nesses municípios.

Palavras-Chave: Modelo hospitalocêntrico, Rede de Atenção Psicossocial, Discurso do sujeito coletivo.

ABSTRACT

Qualitative inquiry, which object of study is to understand the conceptions of the workers of health, users and users' relatives on the practice of mental health at Sobral-Ceará. The general objective of the developed inquiry is the understanding of the conceptions of the workers of health, of the persons with mental upsets, attended by the Psicossocial Attention Centre of Sobral - General CAPS II - Damião Ximenes II Lopes, in the kind of intensive service and in attendance in the group of familiarity, as well as of their respective relatives, on the psychiatric presence offered in the Nosocomial-Centered Model and in the current of Mental Health Network of Sobral. The specific objectives are: To know the understanding of the workers of health on the attention about the assistance offered to the persons with mental upsets in the nosocomial-centered system and in the psicossocial attention network; To identify the existences of the persons with mental upsets, with history of attention in the nosocomial-centered model and in the network; To understand the experiences of the relatives of the persons with mental upsets assisted in the nosocomial-centered model and in the network, detecting specificities in the different forms of care. Like criteria of inclusion in the inquiry, were considered: saturation of the informations, acceptance and non-acceptance, physical and psychological conditions, autonomy for decision on the participation in the study. The users became officially participants of the inquiry, by means of the definite co-authorization of their responsible relatives. From 40 users, 10 participated effectively of the inquiry. The relatives should present physical and psychological conditions, have autonomy to decide on his participation and collaboration with the inquiry, to be coexisting with the user. The participants were composed by 10 relatives. 12 workers of health were included with history of acting in the nosocomial-centered model and in the network, as well as active observers who accompanied the process of care into both kinds of assistance. The semi-structured interview model was used. March of 2007 to May of 2008 is the period of the inquiry. The analysis was organized through the collective subject speech and interpreted by the light of Gadamer's hermeneutics. The speeches are ruled in the following axles: The sense of the hospitalization in traditional psychiatric hospital and day-hospital, picture of the psicossocial attention network model and (Dis) humanization of the care in different devices of attention in mental health at Sobral. About the attention given by the Network, the users and relatives detached the attention given by CAPS, glimpsing a scenery characterized by the humanized care, welcome and familiar insertion in the care. The workers of health point to a challenge to be faced: The necessity of articulation and intervention of the Network and of the Health General Office of Sobral with general offices of health at nearby local authorities, what commonly refer their users Sobral (general hospital psychiatric admission unity and regionalized psychiatry ambulatory), for implementation of actions turned to the creation of a mental health politics at these local authorities.

Key-words: Nosocomial-Centered Model, Psicossocial Attention Network, Collective subject speech.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
AVD'S	Atividades de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS Geral II	Centro de Atenção Psicossocial especializado no tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial especializado no tratamento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEJA	Centro de Jovens e Adultos
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERES	Células Regionais de Saúde
CERSAMS	Centros de Referência em Saúde Mental
CID – 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos
COMADE	Conselho Municipal Antidrogas
DERES	Delegacia Regional Estadual da Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
ECT	Eletroconvulsoterapia
IAD	Instrumento de Análise do Discurso
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social

MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MBRP	Movimento Brasileiro da Reforma Psiquiátrica
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
PAM	Programa de Assistência Médica
PSF	Programa Saúde da Família
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
RAISMS	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SINE	Sistema de Informação Nacional de Empregos
SNC	Sistema Nervoso Central
TM	Transtorno Mental
TR	Terapeuta de Referência
UIPHG	Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
UFC	Universidade Federal do Ceará
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
1. INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - EIXO TEÓRICO – METODOLÓGICO	
1.1. Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará	23
1.2. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	60
1.3. Hermenêutica na Perspectiva de Gadamer	62
1.4. A Trajetória da Pesquisa	66
1.4.1. Natureza e Tipo de Estudo	66
1.4.2. O Cenário da Pesquisa	66
1.4.3. Participantes da Pesquisa	76
1.4.4. Técnicas e Instrumentos de Coleta dos Discursos	81
1.4.5. Organização, Análise e Interpretação dos Discursos	82
1.4.6. A Ética na Pesquisa	83
CAPÍTULO II – CONSTRUÇÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, USUÁRIOS E FAMILIARES	
2. O SENTIDO DA HOSPITALIZAÇÃO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TRADICIONAL E HOSPITAL DIA EM SOBRAL	85
CATEGORIA 1 - Predominância da Lógica da Lucratividade	
CATEGORIA 2 - (Des) Compromisso com Assistência de Qualidade	
CATEGORIA 3 - Terapêutica Centrada na Medicalização da Doença	
CATEGORIA 4 - Legitimação da Internação pela Família	
CATEGORIA 5 - O Cotidiano do Hospital Dia	
2.1. RETRATO DO MODELO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SOBRAL	121
CATEGORIA 1 - Inclusão Social	
CATEGORIA 2 - Predominância de Preconceito e Estigma	
CATEGORIA 3 - Compromisso com Assistência de Qualidade	
CATEGORIA 4 - Desafios Enfrentados pela Rede de Atenção Psicossocial	
2.2. (DES) HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM DIFERENTES DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: O CASO DE SOBRAL	175
CATEGORIA 1 - A Violência Institucionalizada	
CATEGORIA 2 - Tecnologia de Relação no Cuidado em Saúde Mental	
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	212

REFERÊNCIAS	224
--------------------	-----

APÊNDICES	233
------------------	-----

Apêndice A – Roteiro de entrevista semi-estruturada para usuários

Apêndice B – Roteiro de entrevista semi-estruturada para os familiares dos usuários

Apêndice C – Roteiro de entrevista semi-estruturada para os trabalhadores de saúde

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Familiares dos Usuários

Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Trabalhadores de Saúde

Apêndice G – Solicitação de permissão para entrada de Campo no CAPS Geral II

Apêndice H – Solicitação de permissão para entrada de Campo no CAPS Geral II à Coordenação da Rede de Atenção Psicossocial

Apêndice I – Cartão de agendamento da entrevista

Apêndice J – Instrumento de Análise do Discurso (IAD) para Organização e Análise do Discurso do Sujeito Coletivo

1. INTRODUÇÃO

Discutir alguns aspectos a respeito dos transtornos mentais - TMs e comportamentais, dos modelos de atenção em saúde mental, e Reforma Psiquiátrica se configuram aspectos importantes para a contextualização do objeto de estudo dessa pesquisa. Nos próximos parágrafos, inicialmente discorre-se sobre os TMs e comportamentais, a respeito desse conteúdo especificamente, utiliza-se principalmente como referenciais os fatores preconizados pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2001), os demais conteúdos são descritos no segundo momento.

Aproximadamente 450 milhões de pessoas, atualmente, sofrem TMs ou de comportamento, entretanto, somente uma minoria delas recebe o tratamento mais básico. Nos países em desenvolvimento é deixada à maioria das pessoas com TMs graves a incumbência de carregarem da maneira como podem os seus fardos particulares de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. De maneira global, a OPAS identifica que muitos indivíduos acabam se transformando em vítimas por causa de sua doença, tornando-se alvos de preconceito, estigma e discriminação. Segundo o Órgão, os TMs representam quatro das dez principais causas de incapacitações em todo o mundo. Isto acarreta um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos.

Conforme a OPAS (2001), os TMs e de comportamento são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, os referidos transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. A esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas fazem parte desse universo.

A evidência científica moderna aponta que os TMs e comportamentais são resultantes de fatores genéticos e ambientais, ou seja, da interação da biologia com fatores sociais, de acordo com estudos da OPAS (2001). O cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem é o comportamento humano um mero resultado do determinismo ambiental. Para a OPAS (2001), desde antes do nascimento e por todo o período de vida, os genes e o meio ambiente estão envolvidos numa série de complexas interações. Essas interações são fundamentais para o desenvolvimento e evolução dos TMs e comportamentais.

A Organização Panamericana de Saúde (2001) defende que ainda se deve aprender muito sobre as causas específicas dos TMs e comportamentais, considerando-se as contribuições da neurociência, da genética, da psicologia e da sociologia, entre outras, às quais desempenham importante papel informativo na maneira como as pessoas compreendem essas complexas relações.

A OPAS (2001) chama a atenção para o fato de que os TMs são universais. Os TMs e comportamentais poderão manifestar-se em todos os homens e mulheres, em todos os seus estágios da vida, de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades. Estão presentes entre pessoas de elevada e baixa renda e entre indivíduos que vivem em áreas urbanas e rurais. É equivocada a idéia de que os distúrbios mentais são problemas característicos das áreas industrializadas e relativamente mais ricas. Igualmente é errônea a crença de que as comunidades rurais, relativamente não afetadas pelo ritmo da vida moderna, não apresentam distúrbios mentais.

Os TMs e comportamentais exercem impacto relevante sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os indivíduos sofrem por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes produtos de discriminação. O fato de não poderem assumir responsabilidades perante a família e os amigos significa uma fonte de preocupação, assim como também o temor de se transformarem num fardo para os outros é algo bastante presente (OPAS, 2001).

Durante dezenas de décadas, o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico imperou como a forma de tratamento predominante na assistência às pessoas com TMs. Porém, este sistema revelou à humanidade a verdadeira face do hospital psiquiátrico, o qual apresenta caráter extremamente excludente, intensificando ainda mais o sofrimento mental vivenciado pelas pessoas internadas nesses estabelecimentos, ocasionando perdas de direitos de cidadania e prejuízos nos mais variados aspectos de suas vidas, favorecendo enfim a produção de indivíduos cronificados¹.

As irregularidades e falhas dos hospitais psiquiátricos são detectadas e evidenciadas por um cenário caracterizado por repetidos casos de maus tratos praticados contra as pessoas com TMs, predominância de isolamento geográfico e profissional das instituições e seu pessoal, procedimentos inadequados de notificação e prestação de contas, precária

¹ Cronificados são aqueles indivíduos institucionalizados há longa data (internados, convivendo em instituições psiquiátricas), que apresentam marcas danosas dessa vivência (AMARANTE, 2003, p.28).

administração, gestão ineficiente, má aplicação de recursos financeiros, ausência de treinamento de trabalhadores de saúde e procedimentos inadequados de inspeção e controle de qualidade. As condições de vida nos hospitais psiquiátricos em todo o mundo se revelam bastante deficientes, identificando-se a prática de violações dos direitos humanos e a existência de cronicidade. Em relação a padrões absolutos, as condições nos hospitais psiquiátricos localizados nos países desenvolvidos são melhores quando comparadas aos padrões de vida em muitos países em desenvolvimento. Entretanto, em termos de padrões relativos, realizando-se uma comparação dos padrões hospitalares com os padrões da comunidade geral em determinado país, pode-se mencionar que as condições em todos os hospitais psiquiátricos são precárias e deficientes (OPAS, 2001).

De acordo com a OPAS (2001), a acumulação de importantes indícios das deficiências detectadas no hospital psiquiátrico, combinada com o surgimento do “institucionalismo” – a manifestação de incapacidades em consequência do isolamento e da atenção institucional em asilos distantes – proporcionou a criação de um movimento pela desinstitucionalização. Esta é uma parte importante da reforma da saúde mental, porém não é sinônimo de desospitalização.

A desinstitucionalização é um processo complexo que aponta para a implementação de uma sólida rede de dispositivos comunitários, conforme levantamento da OPAS (2001), que considera importante a descoberta prévia de alternativas comunitárias com o fechamento de hospitais psiquiátricos. Faz-se necessário que os dois procedimentos ocorram simultaneamente, de maneira bem coordenada e paulatina. Um processo de desinstitucionalização bem fundamentado, segundo a OPAS (2001), apresenta três componentes essenciais: prevenção de admissões errôneas em hospitais psiquiátricos mediante a oferta de serviços comunitários; alta para o universo comunitário de pessoas internadas há longo tempo em instituições e que tenham recebido preparação adequada; estabelecimento e manutenção de mecanismos de apoio na comunidade para usuários não institucionalizados.

Amarante (2003) resgata a história ao lembrar que, no Brasil, o modelo manicomial hospitalocêntrico passou a ser objeto de questionamentos, contestações principalmente na década de 1980, e com o envolvimento de vários segmentos políticos, científicos, sociais dentre muitos outros, considerou-se fundamental a idealização e implementação de ferramentas terapêuticas substitutivas ao regime manicomial, como a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e outros serviços

capazes de oferecer uma atenção humanizada e qualificada às pessoas com TMs, buscando primordialmente a articulação com outros recursos existentes, visando assim a inclusão dessas pessoas no universo familiar e comunitário. Para isso, foram disponibilizados recursos financeiros para criação, implantação e manutenção desses equipamentos terapêuticos, embora com a existência de forte pressão dos donos de hospitais psiquiátricos e setores que alimentam interesses, principalmente financeiros para a manutenção do regime manicomial hospitalocêntrico.

Sanford (2000) já observava o redirecionamento de recursos para essas modalidades alternativas de atenção, assim como a construção de um modelo com o objetivo de aglutinar a convivência dos métodos terapêuticos com exercício de cidadania, liberdade da pessoa com TM, junto com a articulação com os programas de saúde mental e outros programas existentes no município. Esses foram os elementos fundamentais para favorecer uma mudança significativa na qualidade de vida das pessoas com TMs, e possibilitar assim uma mudança na forma como a população entende e reage ao adoecimento psíquico.

É notório que o objeto de estudo dessa pesquisa está essencialmente balizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esta deve ser compreendida como:

Não apenas a mudança do modelo assistencial (antes centrado no hospital psiquiátrico), ou manicômio, e atualmente baseado em serviços de atenção psicossocial e outros dispositivos comunitários ou territoriais), mas a um processo social complexo que visa a transformar a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico. As três palavras-chave da Reforma Psiquiátrica são: cidadania, solidariedade e inclusão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 145).

Neste momento, faz-se necessário uma breve contextualização a respeito da atenção à saúde mental de Sobral, cidade onde se localiza o CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, cenário da realização da pesquisa.

A cidade de Sobral, em 1997, mediante a Secretaria da Saúde e Ação Social, já havia implantado a Estratégia Saúde da Família - ESF como eixo estruturante na organização da sua atenção primária, vislumbrando assim a necessidade de uma reformulação no modelo de saúde mental vigente, que tinha o sistema manicomial (representado pela Casa de Repouso Guararapes) como praticamente a única modalidade de assistência psiquiátrica.

Sampaio (1999) esclarece que essa instituição se tratava de um hospital psiquiátrico clássico, com 80 leitos de internação diuturna e 30 leitos de internação-dia (hospital-dia). Os usuários apresentavam alto grau de cronificação. O cenário da instituição era caracterizado

por internações de longa data e freqüentes re-internações. De fato, inexistia uma política organizada de atenção às pessoas com TMs.

Almeida et al (2004) informam que o hospital foi criado em 1974, e durante a sua existência, foi palco de diversificadas “coisificações²”. A prevalência de internamentos inadequados e a guarda não qualificada de pessoas com TMs compõem o cenário de uma triste página na história da psiquiatria do Estado do Ceará. O estabelecimento seguia os padrões estabelecidos e prevaletentes na maioria das instituições psiquiátricas do país, configurando-se um ambiente manicomial excludente, no qual imperava o isolamento familiar e social, perda de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias, acima de tudo, maus tratos, os quais consistiram em ponto de partida para denúncias às autoridades responsáveis.

Os autores supracitados mencionam que em outubro de 1999, a morte de um usuário, naquele manicômio, por espancamento, suscitou denúncias públicas. Com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará foram realizadas duas auditorias, pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, respectivamente, em que a denúncia foi comprovada e surgiram indícios de prática corriqueira de maus tratos e espancamentos. O poder municipal, com base em deliberação do Conselho Municipal de Saúde, decretou interdição no manicômio, no período compreendido de março a maio do ano 2000, prorrogada em seguida, por mais um mês.

Após 120 dias de intervenção, o poder municipal, através da Portaria N^o 113/00, descredenciou o referido serviço e instituiu oficialmente a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral - RAISMS, a qual nessa pesquisa será denominada de Rede de atenção psicossocial. É importante ressaltar que o investimento público em saúde mental no município já tivera início, de forma embrionária em 1996, sob inspiração da experiência de Quixadá-CE, pois o secretário que assume a pasta da Saúde, em Sobral, foi também o responsável pela experiência anterior. Como relatam Almeida et al (2004), este primeiro programa de saúde mental, inicialmente desenvolvido no espaço físico do Programa de Assistência Médica - PAM, possibilitou a retaguarda técnica e estratégica responsável pelo imediato descredenciamento do hospício local e a criação posterior do CAPS/Sobral.

² Entende-se por coisificação, o ato de tratar uma pessoa como uma coisa, um objeto. Uma pessoa é “coisificada” quando é impossibilitada de expressar sua subjetividade, individualidade, singularidade, tendo seus direitos de cidadania freqüentemente negados e/ou seqüestrados.

A Rede de atenção Psicossocial é composta pelos serviços CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, (especializado no tratamento de pessoas com TMs severos e persistentes), CAPS Álcool e drogas - CAPS AD Maria do Socorro Victor (especializado no tratamento de pessoas com dependência química), um Serviço Residencial Terapêutico - SRT, uma unidade de internação psiquiátrica Dr. Odorico Monteiro de Andrade no hospital geral Dr. Estevam Ponte - UIPHG e um ambulatório de psiquiatria, para cobertura regional, localizado no Centro de Especialidades Médicas - CEM. Tais serviços articulam-se entre si e com as 48 equipes da ESF (distribuídas em 27 centros de saúde da família, sendo 14 na sede e 13 nos distritos), com saúde mental comunitária e Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental.

A Rede de atenção psicossocial é caracterizada por uma política de saúde mental humanizada, qualificada, de base comunitária, baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, da universalidade, hierarquização, integralidade, regionalização e integralidade das ações, apresentando diversidade terapêutica em seus diferentes níveis de complexidade, favorecendo a participação social e a implantação para a avaliação das políticas (SÁ, 2006).

Conforme Sá (2006), um aspecto fundamental a ser destacado, refere-se ao fato da Rede manter estratégias de intersetorialidade, com dispositivos governamentais e não-governamentais, buscando ampliar o acesso das pessoas com TMs a outras políticas de inclusão social, evitando assim a estigmatização, cronificação e exclusão social. A Rede é considerada o pilar estruturante da política de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, prestando uma assistência às cidades da macrorregional e microrregional de Sobral, às quais utilizam-se dos dispositivos ambulatório de psiquiatria no (CEM) e (UIPHG) no hospital Dr. Estevam Ponte.

O processo de trabalho instituído pela referida Rede é algo que vai ao encontro das expectativas e crenças da pesquisadora sobre as formas de cuidado, pois o atual modelo adota uma atenção caracterizada pela humanização do tratamento, em que se busca trabalhar na prática a inserção da pessoa com TM no seio familiar e comunitário, pois a inclusão social junto com uma atenção descentralizada e de base comunitária são fundamentais no sentido de possibilitar uma melhoria na qualidade de vida para essas pessoas. Atualmente, a pesquisadora trabalha no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, a sua inserção na Rede possibilitou a ampliação, a percepção e avaliação crítica sobre o processo de cuidado em saúde mental.

A criação da Rede de atenção psicossocial, em substituição ao extinto modelo hospitalocêntrico, deve ser percebida como uma atitude onde vários atores participaram doando energia, idéias e trabalho, merecendo assim ser qualificada, e para isso se faz necessário detectar impressões e, por que não dizer, as concepções a respeito dessa nova estrutura em relação à extinta modalidade de assistência.

A Reforma Psiquiátrica implantada no município significou uma possível e necessária realidade, não se configurando uma utopia ou um devaneio ingênuo, demonstrando assim que a vontade política, aliada à ousadia, competência e compromisso dos trabalhadores de saúde³ mental foram fundamentais para a implantação de uma política de saúde mental humanizada e qualificada no município. Esta vem estimulando uma ampla participação dos usuários, seus familiares e sociedade em geral para o desenvolvimento de ações voltadas para a inclusão social das pessoas com TMs, considerando a necessidade do acolhimento, respeito e convivência com a diversidade das manifestações humanas. Esse contexto de inserção, de apreensões e de descobertas, favoreceu um olhar ampliado sobre o universo da saúde mental, tendo como conseqüência uma aproximação com o objeto de estudo: Compreender as concepções dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares sobre a prática de saúde mental em Sobral.

Essa pesquisa possibilitará compreender as concepções dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares sobre a assistência prestada no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de atenção Psicossocial. Pressupõe-se que o entendimento do modo como essas pessoas compreendem esses dois universos propiciará a identificação de elementos, os quais orientarão na busca de intervenções que objetivem uma melhor e maior adesão ao cuidado em saúde mental, contribuindo também para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no município.

Dessa maneira, o objetivo geral da pesquisa consiste em compreender as concepções dos trabalhadores de saúde, usuários em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, dos seus respectivos familiares sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de atenção psicossocial de Sobral.

³ São todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para desempenho de funções atinentes ao setor (PAIM, 1994, p.5).

No que concerne aos objetivos específicos, citam-se: **Conhecer a compreensão dos trabalhadores de saúde sobre a atenção prestada às pessoas com TMs no sistema hospitalocêntrico e na Rede de atenção psicossocial; Identificar as vivências dos usuários com TMs, os quais apresentam histórico de atenção no modelo hospitalocêntrico e na Rede de atenção Psicossocial implantada em Sobral; Compreender as experiências dos familiares das pessoas com TMs assistidas no modelo hospitalocêntrico e na Rede em Sobral, detectando as especificidades das diferentes formas de cuidado.**

CAPÍTULO I - EIXO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Discutir alguns aspectos a respeito do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará é fundamental para a contextualização do objeto de estudo dessa pesquisa, pois este movimento permeia e dá vida às ações no universo da saúde mental.

1.1. Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará

De acordo com os estudos de Sampaio (1999), mesmo apresentando características diferentes ao longo da história e de épocas, a doença mental, submersa no conceito genérico e ideológico de loucura, permaneceu silenciosa e desconhecida durante muito tempo, tanto na Europa como no Brasil.

Na Europa, até o Renascimento, os loucos viviam a perambular pelas ruas e estradas, sobrevivendo da caridade pública, relata Sampaio (1999). Sabe-se que, apesar desse drama social, eles não eram encarados como um problema médico ou social, embora com alguma frequência fossem confundidos com os ditos hereges, feiticeiros e bruxos, sendo vistos como um problema natural ou religioso.

Já Resende (1994) menciona que o louco usufruía de um determinado grau de tolerância por parte da sociedade e de relativa liberdade, situação que ocorria até o momento em que o empobrecimento dos camponeses, a urbanização em massa, as guerras e a Revolução Industrial possibilitaram o surgimento da terapêutica moral e dos asilos.

Durante o Brasil Colônia e Imperial, o trabalho escravo assumiu significado pejorativo especial, favorecendo o surgimento precoce e crescente de desordeiros e desocupados nas cidades. Com esse cenário social, a loucura rapidamente começou a ser confundida com situação de pobreza, mendicância, vagabundagem e rebeldia social. Para Sampaio (1999), aspectos como comportamento desordeiro e falta de condições financeiras de sobrevivência foram os motivos justificados para as primeiras internações de loucos, já considerados doentes nas Santas Casas de Misericórdia, nas cidades de São João Del Rey, Santos, Rio de Janeiro e Salvador, no início do século XIX.

Foi a partir do processo de modernização dos asilos, iniciado pela República três anos após a Abolição da Escravatura, que se passou a adotar as senzalas vazias como um novo espaço para acolhida e tutela aos doentes mentais, conforme cita Sampaio (1999). Para

Resende (1994), de 1890 até hoje, a história da psiquiatria brasileira apresenta características marcantes como a violência com autoritarismo, a tutela e a exclusão social das pessoas com TMs, consideradas improdutivas e órfãs da razão.

A história do Brasil apresenta um relato repleto de tentativas de reforma, nas quais Sampaio e Barroso (2001) advertem que o modelo da prática asilar sempre foi dominante. Todas as referidas tentativas estavam ligadas a experiências européias ou norte-americanas que eram bastante avançadas para cada época. Entretanto, essas experiências revelavam-se de pouca criticidade, em relação à realidade social, econômica e cultural brasileira. E assim os estudiosos supracitados destacam algumas dessas experiências no Brasil:

Reforma Clemente Pereira - Década de 1850. Regências Trinas e Maioridade de D. Pedro II. Dentro do espírito higienista francês da Medicina das Cidades, o Brasil imperial ordena os espaços para os escravos (senzala), a morte (cemitérios públicos), as doenças infecto-contagiosas (sanatórios para lepra e tuberculose) e a loucura (hospícios). O objetivo é preventivo: Promover o isolamento daqueles que pudessem perturbar quem vive nas cidades e excluir os definidos como improdutivos. Essa era a época de maior procura dos asilos.

Reforma Teixeira Brandão - Década de 1890. Abolição da Escravatura e Proclamação da República. Mesmo os excluídos devem produzir, segundo condição considerada pelo Positivismo, filosofia republicana por excelência no Brasil, prioritária para a saúde individual e coletiva. Somente o Estado tem poder para excluir e seqüestrar, definindo quem é ou não, sujeito do direito. Deste modo estimula-se em todo o país controle dos hospitais pelo Estado e a criação de campos agrícolas de trabalho. Era de ouro das Colônias.

Reforma Adauto Botelho - Década de 1940. Vargas e Modernização Autoritária do Estado. Um Estado autoritário-populista, que se encontra em franca descoberta dos limites da manutenção da ordem pública pela força, descobre na assistência médica um eixo estratégico para a sedução das novas massas urbanas, cada vez mais envolvidas pela urbanização e industrialização. O objetivo agora é desenvolver campanhas para atender aos abandonados sociais e criar uma máquina previdenciário-assistencial para os trabalhadores. Assim são criados hospitais por todo o país, gerando a expansão dos hospitais Estaduais no Brasil.

Reforma Leonel Miranda - Década de 1960. Golpe Militar e Estratégia da Privatização. O objetivo específico é ampliar a rede hospitalar até a obtenção de um (01) leito para cada mil (1.000) habitantes no Brasil e o objetivo geral é implantar um sistema de empresas privadas com o intuito de terceirizar as funções do Estado no âmbito da saúde

mental. No período de 1964 a 1982, os leitos psiquiátricos multiplicam-se rapidamente, crescendo dezesseis vezes mais que a população brasileira. Juntando interesse econômico e força política centralizadora e autoritária, os objetivos foram atingidos, instalando-se uma imensa e conservadora máquina liberal e curativa. Esse período marca o início da expansão dos hospitais privados.

Em relação ao Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP), compreendido entre as décadas de 1970 a 1990, Sampaio e Barroso (2001) esclarecem que se trata de um projeto reformista, com aspectos socialistas e social-democratas, que antecede o movimento reconhecido como o mais geral de Reforma Sanitária, mas só tem se operacionalizado depois dos avanços desta. Os psiquiatras citados destacam acontecimentos marcantes no Brasil, as VIII (1986) e IX (1992) Conferências Nacionais de Saúde, as I (1987) e II (1992) Conferências Nacionais de Saúde Mental, a Constituição de 1988, o Projeto de Lei Federal "Deputado Paulo Delgado", a Lei Estadual cearense "Deputado Mário Mamede", a consolidação do SUS e do processo de Municipalização.

No plano das iniciativas da sociedade civil, Sampaio e Barroso (2001) ainda citam como grandes marcos brasileiros a Rede de Alternativas Psi (início dos anos 70), Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM (fim dos anos 70 e início dos 80) e Movimento da Luta Antimanicomial (fim dos anos 80 e início dos 90). Os princípios destas experiências estão pautados na atenção psicossocial integrada, no sistema extra-hospitalar de cuidados, na interdisciplinaridade dos serviços, na defesa da contraditória e na polêmica cidadania do indivíduo com psicose.

Amarante (1998) informa que o movimento da Reforma Psiquiátrica ocorreu a partir das denúncias de violências, maus tratos, agressões e óbitos existentes nos hospitais psiquiátricos, possibilitando, ao longo da história, discussões amplas entre os trabalhadores da saúde mental, e a criação no ano de 1978, do primeiro movimento em saúde com participação popular e o MTSM.

Devido à importância e influências ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, faz-se necessário descrever sobre alguns fatos e marcos históricos enumerados anteriormente por Sampaio e Barroso (2001).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) aconteceu em Brasília. Ao contrário das conferências anteriores, às quais apresentavam marcadamente um caráter fechado e contavam com a participação exclusiva dos profissionais e tecnocratas, pela primeira vez na

história, uma Conferência Nacional de Saúde assumiu um caráter de consulta e participação social. Contou assim com representantes de diferentes e variados setores da comunidade, resultado de um processo que envolveu milhares de pessoas em pré-conferências, nos âmbitos estadual e municipal, e em reuniões promovidas por diferentes entidades e instituições da sociedade civil. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, surgiu então, uma nova concepção de saúde. Esta passou a configurar-se como um direito do cidadão e um dever do Estado. Para Amarante (2003), ela permitiu também a definição de alguns princípios básicos, tais como a universalização do acesso à saúde, a descentralização e a democratização, que implicaram uma nova visão do Estado, que passou a significar um promotor de políticas de bem-estar social, quanto à saúde, esta assumiu um significado de qualidade de vida.

A VIII Conferência Nacional de Saúde resulta no surgimento de propostas destinadas à realização de conferências, divididas por temas específicos, dentre os quais os temas Saúde do trabalhador, Saúde da mulher, Saúde da pessoa idosa, Saúde da criança, Recursos humanos em saúde e Saúde mental. Desse modo, diversas conferências foram acontecendo logo depois da VIII Conferência. No caso da conferência sobre Saúde mental foram enfrentadas grandes dificuldades, já que os dirigentes dessa área no Ministério da Saúde resistiam ao processo de democratização sanitária no Brasil. Dessa maneira, mesmo não dispondo do incentivo tão esperado do Ministério da Saúde, foram convocadas conferências estaduais e municipais independentes, numa tentativa de “provocar” os dirigentes ministeriais. Exemplo disso foi a realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental no Rio de Janeiro, em março de 1987, que reuniu cerca de 1.200 pessoas, incluindo técnicos, usuários, familiares e lideranças de entidades da sociedade civil. Seguindo essa tendência, várias outras conferências foram realizadas, em estados e municípios brasileiros, por iniciativas locais, sem a participação do Ministério da Saúde, que anos depois resultariam na convocação para a Conferência Nacional (AMARANTE, 2003).

Dessa maneira, em 1987, no Rio de Janeiro, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, estruturada a partir de três temas básicos: Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre a doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: Direitos, deveres e legislação do doente mental. Este se configurou um momento de grande relevância para o universo da saúde mental, pois propiciou reflexões e aprofundamentos sobre as políticas de saúde mental e a assistência psiquiátrica, além de realizar importantes encaminhamentos. Para Amarante (2003), os desdobramentos foram: Primeiro, que os trabalhadores de saúde mental implementassem

esforços de maneira compartilhada com a sociedade civil, com o objetivo de combater a psiquiatrização dos processos de natureza social; segundo, a necessidade de participação da população, tanto no que se refere à elaboração e implementação, quanto ao nível decisório das políticas de saúde mental; terceiro, que o Estado reconhecesse os espaços não profissionais criados pelas comunidades, visando a promoção de saúde mental; quarto, a necessidade de priorizar investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, em oposição ao modelo centrado no hospital.

No universo jurídico-político, as principais transformações ocorreram mediante a apresentação na Câmara Federal, do Projeto de Lei Federal 3.657/89 do deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG), em Brasília, no ano de 1989. De acordo com Amarante (1998), este projeto contemplava a regulamentação dos direitos da pessoa com TM em relação ao tratamento, indicando a extinção progressiva dos manicômios, mediante sua substituição por outros equipamentos terapêuticos extra-hospitalares.

Inspiradas no Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado, desde 1992, existem nove leis estaduais em vigor. Em todas, está preconizada a substituição progressiva da assistência psiquiátrica por outros mecanismos e serviços. Existe incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com TMs. É importante informar que os Estados com legislação Estadual acerca da Reforma Psiquiátrica, de acordo com o Ministério da Saúde em 2004, são: Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Minas Gerais, este com duas leis e um decreto.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em Brasília em 1992, e significou um processo bastante rico, contou com a participação de milhares de usuários, familiares e técnicos ao longo de suas três fases (municipal, estadual e nacional), quando, segundo destaca Amarante (2003), foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

Conforme mencionado anteriormente, o movimento da Reforma Psiquiátrica possibilitou a criação no ano de 1978, do primeiro movimento em saúde com participação popular e o MTSM. Este se configurou um ator e sujeito político fundamental nesse contexto, voltado na sua essência para a luta popular com o objetivo direcionado para a implantação de práticas inovadoras no campo da saúde mental. Mediante o MTSM surgiram propostas de

reformulação do sistema assistencial e organização de novas práticas, como bem aponta Amarante (1998).

O I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental aconteceu na cidade de São Paulo, em 1979. O II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, por sua vez, ficou conhecido como o Congresso de Bauru, por ter sido realizado nesta cidade em dezembro de 1987. Passou a representar uma importante ruptura na história do MTSM, ao introduzir o lema “*por uma sociedade sem manicômios*”. O MTSM passou por uma profunda, significativa e radical transformação, pois deixou de ser uma entidade predominantemente de técnicos, e tornou-se um movimento social mais amplo. O objetivo não estava centrado na transformação tecno-científica do modelo assistencial, mas passou a focalizar a necessidade de construção de um novo lugar social para a questão da doença ou do sofrimento mental. Pretendia-se comprometer a sociedade na construção de novas formas sociais para lidar com as pessoas com TMs. Amarante (2003) lembra que foi também em Bauru, que houve a decisão para organizar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em 18 de maio, que passou a ser comemorado anualmente, com o desenvolvimento de diversas atividades políticas, culturais e científicas.

Devem ser considerados também outros marcos paradigmáticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Alves e Valentini (2003) citam a intervenção na casa de saúde Anchieta, em Santos-SP (1989); e a publicação das primeiras portarias do Ministério da Saúde, em dezembro de 1991 e em janeiro de 1992, no sentido de viabilizar financeiramente a mudança do modelo assistencial, além de regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental.

Em relação ao episódio da casa de saúde Anchieta, é importante informar que o processo de Reforma Psiquiátrica assumiu repercussão nacional, em 3 de maio de 1989, a partir da intervenção da Secretaria da Saúde do município de Santos no hospital psiquiátrico particular Casa de Saúde Anchieta, após uma série de óbitos de internos. Amarante (2003) destaca que este fato propiciou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao modelo manicomial.

Amarante (2003) considera também de grande relevância a mudança de paradigmas nesse fértil cenário de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e chama para ênfase de mudanças com o tema “*Cuidar sim, excluir não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*”, na realização da III

Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no período de 11 a 15 de dezembro de 2001. A III Conferência reafirmou os princípios do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de ampla participação social em suas etapas preparatórias (com a realização de várias conferências municipais, microrregionais e estaduais) e a Nacional em Brasília, evento do qual participaram quase duas mil pessoas, em sua grande maioria, delegados e observadores eleitos na etapa estadual.

Desdobramentos importantes surgiram da III Conferência Nacional de Saúde Mental, pois o Ministério da Saúde promulgou, no início de 2002, as portarias 251/02 e 336/02. A portaria 251/02 estabeleceu as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos e definindo e estruturando a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Sua promulgação foi decisiva para a normatização dos hospitais psiquiátricos existentes no Brasil para que eles pudessem oferecer assim um melhor atendimento à clientela, ao mesmo tempo em que estabeleceram os parâmetros para a gradativa substituição do modelo hospitalar de atendimento. Já a portaria 336/02, a partir da revisão da 224, de 1992, regulamentou o funcionamento dos CAPS seguindo as experiências no campo da saúde mental surgidas nos últimos dez anos. Amarante (2003) lembra que os CAPS passam a ser os dispositivos ordenadores e a porta de entrada da rede territorial de atenção em saúde mental.

Os estudos de Sampaio (1999) apontam alguns fatos históricos que devem ser ainda considerados dentro do universo da reestruturação da atenção em saúde mental. Paralelamente à tramitação legislativa do Projeto de Lei do deputado Paulo delgado, a Organização Panamericana de Saúde - OPAS, a Organização Mundial de Saúde - OMS e a Organização das Nações Unidas - ONU realizaram grupos de trabalho, encontros e documentos, cuja inspiração converge com a do referido Projeto de Lei.

A Declaração de Caracas é vista como um novo fato relevante, que deve ser ressaltado, já que em Caracas/Venezuela, no ano de 1990, as organizações, associações, autoridades de saúde, trabalhadores de saúde mental, legisladores e juristas se reúnem de forma significativa na Conferência Regional das Américas sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica no contexto dos Sistemas Locais de Saúde. Nessa ocasião, Sampaio (1999) lembra como eles conclamam os Ministérios da Saúde e da Justiça, os Parlamentos, a Previdência Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, as Universidades e outros centros de formação, e os meios de

comunicação a apoiarem e fortalecerem os movimentos de Reforma Psiquiátrica, com o intuito primordial de garantir a implantação e o desenvolvimento qualificado.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os países latinoamericanos contam com a Declaração de Caracas como referência e influência para a adoção de políticas no âmbito da saúde mental. A principal questão identificada na Declaração de Caracas é que a assistência psiquiátrica no modelo convencional não viabiliza o alcance real de objetivos que assegurem um atendimento comunitário, descentralizado, integral, participativo, preventivo e contínuo, considerando-se a existência de uma única modalidade assistencial: o hospital psiquiátrico. O atendimento primário de saúde é a estratégia adotada tanto pela OMS, como pela OPAS, e referendado pelos países membros para alcançar a meta de Saúde para Todos no ano 2000. Desse modo, defende-se fundamentalmente que, a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada à atenção básica favorece a promoção de modelos alternativos, centrados no seio comunitário e dentro de suas redes sociais, facilitando assim uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico.

Sampaio (1999) relata que a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da aprovação da Declaração na Assembléia Geral de 17 de dezembro de 1991, decidiu por adotar princípios que garantissem proteção às pessoas com TMs e melhoria da atenção à saúde mental oferecida às populações. Também foi solicitada à Secretaria Geral a inclusão dos referidos princípios na próxima edição do documento sobre Direitos Humanos, recomendando que lhes fosse concedida a mais ampla divulgação junto a povos e governos.

Sampaio, Moura Fé e Santos (1997) enfatizam que a Reforma Psiquiátrica Brasileira acontece mediante a atualização e transformação de várias técnicas e organizações propostas por grandes movimentos desenvolvidos no mundo ocidental, depois da 2ª Guerra Mundial, como a Psiquiatria de Setor, francesa, pelos fins da década de 1940, a Análise Institucional, francesa, início da década de 1950, a Comunidade Terapêutica, inglesa, início da década de 1950, a Antipsiquiatria, inglesa, pela década de 1960, as Psiquiatrias Preventiva e Comunitária, norte-americanas, década de 1960, e a Psiquiatria Democrática, italiana, década de 1970.

De acordo com Santos et al (2000), a Reforma Psiquiátrica brasileira teve forte influência da psiquiatria democrática italiana. Este movimento questionava a suposta universalidade do racionalismo científico das psiquiatrias, desvelando sua pretensa neutralidade. Neste contexto, emergem como importantes protagonistas os usuários com TMs

e familiares, os quais se juntaram a outros atores, reivindicando por alternativas de atenção, espaços e avanços técnicos.

Corroborando com Santos et al (2000), Sanford (2000) menciona que a Reforma Psiquiátrica Brasileira considera as idéias de Basaglia, personagem principal da Psiquiatria Democrática Italiana, sua principal fonte de inspiração. Os principais critérios orientadores estavam relacionados à busca de um modelo que permitisse a convivência dos métodos terapêuticos com a cidadania e a liberdade da pessoa com TM, a inversão do modelo hospitalocêntrico, proibição da criação de hospitais psiquiátricos e a ampliação do número de leitos, redirecionando os recursos para outras possibilidades de atenção; criação de uma rede de atenção disposta de emergências psiquiátricas e leitos em hospitais gerais, hospitais dia, lares abrigados, ambulatórios regionalizados, dentre outros, contemplando também a regulamentação das internações involuntárias, tendo como premissas às recomendações internacionais (ONU, OMS); articulação dos programas de saúde mental com os existentes no universo comunitário.

Santos et al (2000) esclarecem também que a criação e a consolidação de equipamentos terapêuticos substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: os CAPS, os NAPS, lares abrigados, dispositivos como os hospitais-dia, dentre outras propostas, ocorreram nos anos 90, embora algumas experiências já estivessem sendo desenvolvidas desde os anos 80.

Um fato que deve ser destacado diz respeito à criação do primeiro CAPS do Brasil. Este foi denominado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, o qual foi inaugurado no ano de 1987, em São Paulo. Amarante (2003) destaca que Luiz Cerqueira foi considerado um dos precursores do movimento de Reforma Psiquiátrica, devido à forte influência que exerceu nos primeiros momentos de reforma. A criação desse CAPS influenciou de maneira considerável na criação ou na transformação de muitos dispositivos de saúde mental por todo o Brasil.

A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, compõem um cenário de intenso movimento social, iniciado primeiramente pelos trabalhadores de saúde mental, os quais se mostravam interessados e comprometidos na melhoria da atenção em saúde mental no Brasil. Denunciavam a situação vexatória e precária dos hospitais psiquiátricos, que até então consistiam no único recurso destinado aos usuários com TMs. É nesse contexto que surgem os primeiros serviços de saúde mental, em vários municípios do País, reconhecidos pelo Ministério da Saúde (2003) como dispositivos eficazes, que se

consolidam no sentido de propiciarem a diminuição de internações e uma mudança do modelo de atenção em saúde mental.

Para Santos et al (2000), a prática dos novos serviços na atenção psiquiátrica encontra-se em processo de construção, assim devem-se considerar aspectos de grande relevância, tais como:

(A) Hoje é dado ao “ser louco” a possibilidade de falar, fato este desconsiderado e não praticado há alguns anos atrás, isto evidencia a existência de mudanças. Todavia os estudiosos advertem que “*este discurso permanece aprisionado por saberes imbuídos de mais autoridade para dizer desses sujeitos do que suas próprias palavras*” (SANTOS, et al, 2000: 48)

(B) É inegável que espaços como os CAPS favorecem uma outra dimensão da representação da loucura, passando assim a ser considerada sob a luz de um outro ponto de vista pelos trabalhadores de saúde e pela sociedade;

(C) O envolvimento da família revela-se fundamental no tratamento da pessoa com TM;

(D) A necessidade de entendimento de que a doença mental é um universo que não está restrito ao campo da clínica e por isso exige mais do que mudanças técnicas. Há a necessidade do desenvolvimento de ações da instituição fora da própria instituição;

(E) Para que os modelos substitutivos possam se configurar como algo realmente “novo”, no que se refere ao lidar com o fenômeno loucura, torna-se imperativo que as novas propostas reflitam sobre suas práticas.

Qual seria então o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica? Para Amarante (1998), está relacionado à capacidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, com o ser “louco” e com a doença mental, conduzindo as referidas relações com o objetivo de superação do estigma, da segregação, da desqualificação das pessoas com TMs, buscando estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de solidariedade, de trocas, de possibilidades, de cuidados.

Ainda segundo Amarante (1999), apreende-se que o processo da Reforma Psiquiátrica deve ser pensado a partir da inter-relação de diferentes fatores que se inter cruzam e se completam, dentre os quais se destacam quatro aspectos fundamentais:

Campo teórico-conceitual: trata-se do processo de desconstrução teórica e conceitual dos termos dominantes da psiquiatria, como doença mental, cura, terapêutica, saúde mental, alienação, isolamento, e do conhecimento dos objetos e instrumentos definidos no campo psiquiátrico-psicológico;

Campo técnico-assistencial: refere-se à construção de possibilidades materiais para os sujeitos, decorrentes das transformações conceituais configuradas a partir da substituição terapêutica tradicional pela rede de serviços substitutivos, representadas como espaços de trocas e produção de subjetividades, onde o olhar está centralizado na pessoa e não, na doença;

Campo jurídico-político: voltado para a construção da cidadania dos sujeitos na vida social e coletiva, mediante a revisão de conceitos existentes nas legislações, como doença mental, loucos de todo gênero e psicopatia;

Campo sócio-cultural: implica na transformação do imaginário social em relação à loucura e sua interface a partir de ações e práticas sociais, objetivando a inclusão dos indivíduos considerados “diferentes”.

Faz-se necessário assinalar que são muitas as resistências e os desafios colocados à implantação da Reforma Psiquiátrica. Sanford (2000) alerta para o fato de que ela vem sofrendo em todo o mundo, resistências de diferentes setores da sociedade. Duas são bastante explicitadas, ou seja, uma está relacionada ao preconceito em relação ao fenômeno loucura, pois muitas pessoas defendem que os “loucos” devem ser mantidos nos espaços manicomial, devido à sua suposta carga de periculosidade, colocando em risco os outros indivíduos, caso permaneçam soltos. O outro foco de resistência está representado pelos serviços privados, que possuem grande receio que ocorra o fechamento de seus hospitais e isto acarrete o fim da lucratividade que estes equipamentos produzem.

Sá (2006) ressalta que o processo de desinstitucionalização no Brasil encontrou resistência, isso por conta dos lobbies políticos liderados por empresários proprietários de hospitais psiquiátricos, os quais exerciam grande pressão para a manutenção dessas estruturas. O reflexo do poder exercido por esses grupos pode ser detectado na protelação da aprovação da Lei 10. 216, que levou doze anos para ser aprovada.

A Lei 10. 216, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas com TMs e redireciona o modelo da assistência em saúde mental, só conseguiu aprovação e foi sancionada pelo Presidente da República em 06 de abril de 2001. É importante salientar que

ela sofreu modificações em seu projeto inicial apresentado na Câmara Federal, conhecido como Projeto de Lei Federal 3.657 do "Deputado Paulo Delgado", em Brasília, no ano de 1989.

Sanford (2000) levanta uma questão que também leva a refletir sobre os vários efeitos benéficos produzidos pela implantação de outros dispositivos de atenção à saúde mental. Destaca-se a diminuição do estigma da doença mental, uma vez que o indivíduo com TM, ao invés de ser visto como interno passa a ser considerado um usuário. Nesse modelo, este último tem um ganho considerável em relação ao aumento da sua auto-estima, e a sociedade passa a encará-lo de uma maneira mais humanizada e, conseqüentemente, pode dar-lhe o caráter de sujeito ativo, contribuindo consideravelmente para a diminuição do preconceito.

Há sentido na posição da autora supracitada, pois na prática constata-se que a existência de outras ferramentas terapêuticas substitutivas ao regime manicomial, como por exemplo, CAPS, SRT, UIPHG e suas propostas de atenção fundamentada numa abordagem humanizada, tecnicamente competente, multiprofissional e interdisciplinar, articulada com os diversos segmentos sociais, favorecem uma mudança significativa para uma melhoria na qualidade de vida da pessoa com TM, ocasionando também uma mudança na forma da população conceber o sofrimento e o adoecimento mental.

Merecem destaque as estratégias para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Identifica-se ao longo da nossa história que a partir da década de 1990, a atenção em saúde mental no Brasil passou a desfrutar de importantes transformações, ocasionando relevantes desdobramentos nos anos posteriores. Amarante (2003) menciona que, com a criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços desta natureza, tornando tais serviços modelos para todo o país, com a promulgação das portarias 189, de 1991, 224, de 1992, além de conceituar e regulamentar outras modalidades assistenciais, tais como hospitais-dia, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, unidades e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Entre 1991 e 1995, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de ir definindo a trajetória de uma Reforma Psiquiátrica com o intuito de construção de uma rede de serviços capaz de substituir eficazmente o sistema hospitalocêntrico. Algumas normas, como a portaria SNAS N.º. 224, de 29 de janeiro de 1992, ocasionaram uma repercussão relevante e eficaz. Simultaneamente, nos diversos estados da federação, iniciando-se pelo Rio Grande do Sul,

foram sendo aprovados projetos de Reforma Psiquiátrica, acompanhando a Lei Federal proposta pelo Deputado Paulo Delgado (AMARANTE, 2003).

Sá (2006) enfatiza que a atenção em saúde mental passou a dispor de legislação específica, a qual dispõe sobre os parâmetros de assistência, preconizando a equipe técnica necessária aos serviços e os atendimentos a serem prestados, fornecendo assim elementos fundamentais para a fiscalização desses serviços.

A lei nº 10.216, 6 de abril de 2001, já citada anteriormente, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas com TMs e redireciona o modelo da assistência em saúde mental, introduziu importantes inovações no modelo assistencial, além de regulamentar as internações psiquiátricas, que passaram a ser classificadas como voluntárias, involuntárias e compulsórias. Amarante (2003) lembra que foram também regulamentados os lares abrigados que, a partir das portarias 106 e 1.220/00, e assim passaram a ser denominados de serviços residenciais terapêuticos SRTs.

Os SRTs foram criados para a operacionalização da desinstitucionalização. Seu objetivo está destinado para a inserção social das pessoas com TMS. Consistem em alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas, com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos, pelo fato de não contarem com suporte adequado na comunidade. Este dispositivo pode também servir de apoio aos usuários de outros serviços de saúde mental, os quais estão desprovidos de suporte familiar e social suficientes, necessitando assim de uma garantia de um espaço adequado de moradia. A criação dos SRTs, os quais dispõem de financiamento próprio, configura-se também uma estratégia importante no sentido de evitar que com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, muitos indivíduos com TMs passem a morar nas ruas ou vivam em condições sub-humanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), as portarias 189/91 e 224/92 instituíam e definiam os CAPS como sendo os dispositivos de atenção em saúde mental, entretanto somente com a Portaria Nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde estabelece as modalidades dos CAPS, que passam a ser assim regulamentados: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme descrito a seguir:

CAPS I: É um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando no período de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

CAPS II: É um dispositivo de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas;

CAPS III: É um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana;

CAPSi: É um dispositivo de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se em referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos;

CAPS ad: É um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, funcionando das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas.

Dentro do contexto atual da política de saúde mental do Ministério da Saúde (2004B), os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, estar circunscritos no espaço de convivência social (família, escola, trabalho, igreja, etc) daqueles usuários que os freqüentam. Deve se configurar um dispositivo que possibilite o resgate das potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre indo ao encontro da comunidade.

De acordo com Ministério da Saúde (2004), os CAPS visam oferecer atendimento nos moldes de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, disponibilizando cuidado clínico eficiente e voltado para a singularidade do usuário; promover a inserção social dos usuários mediante a realização de ações intersetoriais que estabeleçam intersetorialidade,

envolvendo a educação, o trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; responsabilizar-se pela organização da rede de serviços de saúde mental do seu território; oferecer suporte e supervisão a atenção à saúde mental na rede básica (ESF, PACS); regular a porta de entrada da rede de atenção em saúde mental de sua área; coordenar articulado com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; responsabilizar-se pela manutenção da listagem dos usuários de sua região que fazem uso de medicamentos para a saúde mental.

Outra estratégia implantada no cenário da Reforma Psiquiátrica no país diz respeito à Lei no 9.867, de 10 de novembro de 1999 que dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos. As cooperativas sociais, têm a finalidade de propiciar a inserção das pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, estão fundamentadas no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos. A mencionada lei contempla e considera os seguintes grupos de pessoas em desvantagens: os deficientes físicos e sensoriais; os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas com necessidade de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos; os dependentes químicos; os egressos de prisões; os condenados a penas alternativas à detenção; os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar complexa do ponto de vista econômico, social ou afetivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Ministério da Saúde (2004) argumenta que essa lei propicia o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para as pessoas com TMs em acompanhamento nos serviços comunitários. Consiste em um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. É importante informar que o projeto original é de iniciativa do deputado Paulo Delgado (PT-MG).

A criação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pelo Programa de Volta para Casa, significa também uma relevante política implementada para a atenção às pessoas com TMs, egressas de internações psiquiátricas em hospitais ou manicômios judiciários, assim como os moradores de SRT. É um benefício estabelecido pela Lei Nº. 10.708 de 31 de julho de 2003. O programa atende o disposto na Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com TMs e redireciona o modelo de atenção em saúde mental, a qual, mais especificamente em seu artigo 5º, determina que as pessoas com histórico de longos períodos institucionalizados, ou para as quais se caracterize situação de

grave dependência institucional, sejam objeto de política específica, de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, conforme Ministério da Saúde (2003).

SÁ (2006) adverte que a implantação dessas alternativas não manicomialistas estão atreladas ao compromisso que o município deve assumir em prestar uma atenção em saúde mental de maneira extra-hospitalar, possibilitando a (re) habilitação e inclusão social das pessoas com TMs.

Outro aspecto que deve ser ressaltado diz respeito aos centros de convivência e cultura. No período compreendido entre os anos de 2003 e 2006, o Ministério da Saúde promoveu a avaliação da inclusão dos centros de convivência e cultura nas redes de atenção à saúde mental das grandes cidades. Ele defende que se trata de um dispositivo bastante potente e efetivo na inclusão social das pessoas com TMs em tratamento. A implantação dos centros de convivência e cultura nos municípios necessita, prioritariamente, de resposta pública efetiva e consolidada para os TMs severos e persistentes. O processo de discussão dos centros possibilitou ao Ministério da Saúde a recomendação, especialmente a partir de 2005, da implementação destes dispositivos em municípios com uma boa rede CAPS e com população superior a 200 mil habitantes. Em relação à política de financiamento para esses serviços, ainda encontra-se em processo de construção, é importante também informar que atualmente existem aproximadamente, sessenta centros de convivência e cultura em funcionamento no país, em sua maioria estão concentrados nos municípios de São Paulo, Belo Horizonte e Campinas.

Os centros de convivência e cultura são dispositivos públicos que compõem a Rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. O valor estratégico e a vocação destes centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. Os centros de convivência e cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferece para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, 57).

Outro Programa enfatizado pelo Ministério da Saúde (2007) é o de inclusão social pelo trabalho. Em 2004, o Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde junto com a Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, iniciaram um diálogo sistemático voltado para o enfrentamento da reinserção social e econômica das pessoas com TMs. Em 2004, os referidos Ministérios promoveram a realização de uma oficina de experiências de geração de renda e trabalho de usuários de serviços de saúde

mental, e construíram as primeiras propostas destinadas a uma política nesse campo. Mediante a portaria interministerial MS/TEM no 353 /05, em 2005, foi criado o grupo de trabalho de saúde mental e economia solidária e uma linha específica de financiamento direcionada aos municípios que apresentavam o desenvolvimento de atividades de inclusão econômica de pessoas com TMs (PT MS /GM nº1169/05), impulsionando efetivamente estas iniciativas.

Dentre as atividades realizadas e, considerando a necessidade de propagação das proposições resultantes da articulação entre as políticas públicas de saúde mental e de economia solidária, o grupo de trabalho participou de diversos fóruns e realizou a elaboração de um conjunto de recomendações para os atores e as diversas instâncias envolvidas nesse campo. Revelou-se também estratégico o investimento em capacitação, mediante a realização da primeira turma nacional de formação em economia solidária para gestores municipais de saúde mental, em 2006, para o desenvolvimento nos municípios de um planejamento de apoio e monitoramento dessas experiências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Existem atualmente mapeadas no Brasil 239 experiências de inclusão social pelo trabalho. A parceria saúde mental/economia solidária é uma construção recente, e há um longo caminho a ser trilhado nesse campo. Ainda segundo o Ministério da Saúde (2007:43):

O aprofundamento das discussões para a construção de marco jurídico a partir dos princípios expressos na Lei de Cooperativas Sociais (Lei Federal nº 9867/1999) é certamente uma das tarefas que está no cenário dos próximos anos. A garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para as pessoas com TMs e/ou com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Certamente, constitui uma tarefa delicada e complexa que exigirá, nos próximos anos, o empenho no diálogo e articulação com os diversos atores e recursos dos territórios para a efetiva produção de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos das pessoas em situação de vulnerabilidade, no contexto das políticas públicas promotoras de desenvolvimento local e inclusão social.

Saindo desse fértil e próspero cenário de estratégias para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e adentrando no contexto da existência de hospitais psiquiátricos no país, ainda detecta-se que é bastante expressivo o número das referidas instituições em nosso país. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que está existindo um redirecionamento da atenção em saúde mental para os equipamentos extra-hospitalares. Conforme o Ministério da Saúde (2005), até aproximadamente, abril de 2005, o país contava com a existência 260 SRTs, vários ambulatorios, alas psiquiátricas em hospitais gerais e uma participação cada vez mais efetiva da realização de ações do campo da saúde mental na atenção básica. E para os

usuários cuja permanência é prolongada, o Programa de Volta para Casa, consiste em um instrumento real e efetivo de suporte à inclusão social.

Em 1996 detectavam-se 72.514 leitos em hospitais psiquiátricos e 154 CAPS. Até maio de 2006, esse número de leitos em hospital psiquiátrico sofreu uma redução para 40.942, e o número de CAPS foi ampliado para 840. Embora a Reforma Psiquiátrica tenha alcançado importantes conquistas, sabe-se que há uma longa caminhada a ser percorrida em nosso país. Cabe mencionar que os gastos em saúde mental no ano de 2005 demonstram que 55,83% foram direcionados para as estruturas hospitalares, e no que diz respeito aos gastos extra-hospitalares em saúde mental, constatou-se um percentual equivalente a 44,17%, conforme Ministério da Saúde (2006).

Entende-se que as referidas estratégias são de grande relevância para impulsionar a Reforma Psiquiátrica no País, entretanto, não se pode esquecer que ainda há outros desafios impostos à Reforma Psiquiátrica Brasileira, os quais devem ser considerados e interpretados também como aspectos prioritários. Destacam-se assim a desprecarização das relações de trabalho, a ausência de uma educação permanente dos trabalhadores de saúde, a necessidade de expansão da rede de atenção em saúde mental concomitante à redução de leitos psiquiátricos, a ampliação das ações de saúde mental na atenção primária.

Neste momento, coloca-se em ênfase o movimento de Reforma Psiquiátrica no Ceará, toma-se como referências principais os estudos realizados por Sampaio e Barroso (2002), Sampaio (1998) e Moura Fé (2004), pois estes estudiosos apresentam uma história de relevante envolvimento e contribuição para a saúde mental no Ceará. Posteriormente, será descrito o processo de Reforma Psiquiátrica implantado em Sobral, destacando-se os serviços que compõem a Rede de atenção psicossocial e a sua importância no contexto da saúde mental do município.

Sampaio e Barroso (2002) informam que desde 1886, havia no Ceará o asilo para alienado, denominado São Vicente de Paula (de natureza asilar e tutelar), vinculado à Santa Casa de Misericórdia. Além desse asilo para alienados, em 1935, foi criada a Casa de Saúde São Gerardo, primeira instituição de característica privada, e em 1963, o Hospital de Saúde Mental de Messejana, de caráter público. Essas foram as primeiras instituições manicomiais no Estado, as demais surgiram posteriormente.

Segundo Sampaio (1998), o primeiro CAPS do Ceará foi inaugurado, em novembro de 1991, pela Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu, cidade a 400 km de Fortaleza,

iniciando o processo de criação de alternativas de atenção em saúde mental no estado. O segundo foi inaugurado, em agosto de 1993, pela Sociedade Hospitalar São Francisco, entidade filantrópica de Canindé, cidade a 100 km de Fortaleza. O terceiro em dezembro de 1993, pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá, cidade a 170 km de Fortaleza, o pioneiro na inclusão de supervisão institucional sistemática, no desenvolvimento de uma política de formação de trabalhadores especialmente para a Reforma Psiquiátrica, no atendimento domiciliar de emergência, na integração com o hospital geral e na integração horizontal com programas sanitário-sociais. O quarto foi inaugurado, em março de 1995, pela Secretaria Municipal de Saúde de Icó, cidade a 350 km de Fortaleza, e o quinto em maio de 1995, pela Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. E ainda neste último ano mencionado, o sexto CAPS, situado na cidade de Juazeiro do Norte.

Sampaio (1998) enfatiza que o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Ceará apresenta importantes sucessos, apesar das resistências e oposições. Os CAPS implantados no interior do Ceará estabeleceram táticas de ação comum mediante um sistema de ação política (estruturas sociais e legais de apoio) e de um sistema de ação pedagógica (formação continuada dos trabalhadores de saúde).

Em relação ao sistema de ação política, o autor supracitado adverte que está centrado nos movimentos sociais, nas Comissões de Saúde Mental e na legislação, com incorporação de princípios da Reforma Psiquiátrica. Esta ação tem por objetivo desimpedir os canais sociais de apoio à montagem de um novo sistema de cuidados, realizando a identificação de pontos de resistência e oposição, mobilização de alianças, esclarecimentos junto à comunidade local

O sistema de ação pedagógica, por sua vez, contempla a promoção de seminários periódicos de aprofundamento teórico (Curso Epidemiologia Social, Curso Semiologia e Psicopatologia, etc), de jornadas científico-culturais de breve duração (Jornada de Saúde Mental e Cidadania, Encontros InterCAPS etc), de reunião semanal de estudo e discussão de casos, na realização de pesquisas e na realização de supervisão institucional. Esta ação visa manter os trabalhadores de saúde vigilantes, atualizados e criativos para o enfrentamento de dificuldades oriundas de práticas não protegidas pelo segredo das paredes manicomiais, conforme cita Sampaio (1998).

Faz-se necessário resgatar e mencionar alguns acontecimentos no contexto do Estado, os quais ocasionaram importantes repercussões e avanços no processo de Reforma Psiquiátrica do Ceará. Assim utilizam-se, prioritariamente como fonte de pesquisa, os estudos

realizados por Moura Fé (2004), pois este estudioso oferece importantes elementos e conteúdos que possibilitam uma melhor compreensão desse processo. Segundo o referido psiquiatra, em 1992, realizou-se no Estado a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará, a qual configurou-se como preparatória para a II Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu nesse mesmo ano, em seu final, em Brasília. Nesta conferência estadual foi realizada uma votação de uma moção de apoio a um projeto de lei, que estava tramitando na Assembléia Legislativa, o qual propunha definir juridicamente uma reforma na atenção prestada às pessoas com TMs, fundamentado nas idéias da Reforma Psiquiátrica, o Projeto de Lei do Deputado Mário Mamede (atual Lei No. 12.251, de 29 de Julho de 1993).

A referida lei que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória foi publicada no Diário Oficial do Estado em 12 de agosto de 1993. Esta lei significou um marco importante na legislação estadual, pois foi uma das primeiras aprovadas no País e serviu de apoio a um projeto nacional que tramitava no Congresso Nacional, de autoria do deputado Paulo Delgado, o qual conforme explicitado anteriormente foi aprovado com modificações e transformado na Lei 10.216 de 5 de Abril de 2001, a lei atual e em vigor. A lei estadual serviu também para impedir que os leitos do Hospital Antônio de Pádua de Fortaleza (hospital psiquiátrico que fechou por problemas próprios) fossem distribuídos para os outros hospitais psiquiátricos (MOURA FÉ, 2004).

Em 1993, ocorreu a criação da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica de Fortaleza, ligada ao Conselho Municipal de Saúde e a primeira deste gênero implantada numa Capital de Estado, anterior à Comissão Nacional e os CAPS de Canindé e de Quixadá. Moura Fé (2004) conta que a comissão de Reforma Psiquiátrica de Fortaleza desempenhou um papel relevante e estratégico no apoio teórico e técnico para a implantação dos novos CAPS. Ele destaca que ela foi constituída por profissionais competentes das Universidades: Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR), representantes dos órgãos de classe - Medicina, Psicologia, Serviço Social e de usuários de saúde mental e outros -, envolvidos com a Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, foi possível proporcionar o suporte científico necessário à implantação destes novos modelos de atenção à saúde mental. Vale salientar que o primeiro CAPS de Fortaleza, o CAPS III (inaugurado em 1998) foi idealizado e projetado por esta Comissão Municipal, em parceria com o Hospital das Clínicas da UFC.

Moura Fé (2004) esclarece que, em 1995, com a implantação de mais três CAPS no Estado (Icó, Juazeiro do Norte e Cascavel), duplicou-se o número existente, numa demonstração inequívoca de aprovação do novo modelo de atenção. Os referidos dispositivos foram surgindo por iniciativa e responsabilidade municipal, acompanhando, de certa forma, a política de municipalização da saúde, preconizada pelo SUS. Os governos federal e estadual quase não se envolviam nesse processo. A evolução acompanhou-se, anualmente, e a seqüência de surgimento dos CAPS do Ceará aconteceu dessa maneira: Em 1991-CAPS de Iguatu; 1993-CAPS de Canindé e Quixadá; 1995-CAPS de Icó, Juazeiro do Norte e Cascavel; 1997-CAPS de Aracati; 1998-CAPS III de Fortaleza; 1999-CAPS de Itapipoca, de Sobral, de Morada Nova e de Barbalha; 2000-CAPS de Capistrano; 2001-CAPS de Fortaleza VI, de Fortaleza IV, de Quixeramobim, de Crateús, de Marco e de Horizonte; 2002- CAPS de Crato, de Tauá, de Aquiraz, de Paraipaba e Sobral (Álcool e Drogas); 2003-CAPS de Jardim, de Caucaia, de Maracanaú, de Maranguape e de Iguatu (Álcool e Drogas); 2004-CAPS de Caucaia (Álcool e Drogas), de Juazeiro do Norte (Álcool e Drogas) e de Camocim; 2005-CAPS de Euzébio, de Tamboril, de Limoeiro do Norte, de Farias Brito, de Itarema, de Amontada e de Iguatu (Infantil).

Moura Fé (2004) chama a atenção para o revelador fato de que esses números são capazes de evidenciar a carência de tais serviços em Fortaleza. Com a realização do II Encontro dos CAPS do Ceará, em Fortaleza, nos dias 26 e 27 de março de 2004, já havia sido percebida essa carência, assim recomendou em sua proposta de número 11 o seguinte: “Que a Secretaria de Saúde de Fortaleza seja alertada da necessidade da ampliar a rede de assistência em saúde mental não asilar (CAPS, ambulatórios de saúde mental em postos de saúde e outros, residências terapêuticas, leitos e emergências psiquiátricas em hospitais gerais), com o objetivo de evitar e diminuir as internações psiquiátricas, oferecendo assim uma assistência mais qualificada e cidadã”.

As internações psiquiátricas em Hospitais Gerais, por outro lado, compreendem experiências que evoluíram de maneira variada, com maior ou menor consistência de cidade para cidade que dispõe de CAPS. Segundo Moura Fé (2004), apreende-se que em Quixadá, de 1994 a 2000, realizaram-se 238 internações psiquiátricas em Hospital Geral. Em Canindé, no período compreendido de 1998 a 2003 efetuaram-se 168 internações em Hospital Geral com um tempo médio de internação de 8,05 dias e em Sobral, há uma UIPHG, que realizou 1032 internações no período de agosto de 2002 a dezembro de 2003, com um tempo médio de internação de 07 dias. Internações são também realizadas em Cascavel, Marco, Iguatu e Tauá.

As outras cidades trabalham esta possibilidade. Identifica-se que o tempo de permanência da internação em hospital geral é bem menor, se comparado às internações em hospital especializado, que apresenta uma média de 20 ou mais dias. Moura Fé (2004) observa que se trabalha junto às cidades que dispõem de CAPS a utilização desta modalidade de assistência, porém sempre recomendando a possibilidade de não realizar a internação.

Em maio de 2003, o Ministério Público do Ceará, mediante a atuação da Promotoria de Defesa da Saúde Pública, reuniu autoridades da saúde e pessoas envolvidas na área de saúde mental, para discutir os mecanismos necessários para a operacionalização da Lei 10.216 de 6 de Abril de 2.001, que dispõe sobre os cuidados às pessoas com TMs, e da Portaria 2.391, de 26 de Dezembro de 2.002, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as internações psiquiátricas e dá outras providências. Desse encontro, ocorreu a criação da Comissão Estadual Revisora de internações Psiquiátricas Involuntárias, instituída pela Portaria 1342/2003 da Secretaria da Saúde do Ceará, publicada no Diário Oficial de 27 de Junho de 2003 e constituída de 02 representantes da Secretaria de Saúde e 01 representante do Ministério Público (MOURA FÉ, 2004).

Em novembro de 2003, a Promotoria de Defesa da Saúde Pública do Ceará, em parceria com as Secretarias de Saúde do Estado e do Município de Fortaleza, realizaram o I Seminário sobre Internação Psiquiátrica e Cidadania do Ceará, que contou com a participação de 140 pessoas de todo o Estado do Ceará, representantes dos Hospitais Psiquiátricos, do movimento da luta anti-manicomial, CAPS e outros serviços de saúde mental, profissionais e entidades de classe, usuários e familiares e outros. O relatório final deste Seminário relacionou 23 propostas diretas e diretrizes para operacionalizações de ações e serviços que poderão propiciar um salto substancial à Reforma Psiquiátrica do Estado. No entanto, a Comissão instituída não conseguiu ainda dispor das condições necessárias à sua plena funcionalidade; detalhes de sua composição, local de trabalho, formulários de rotina e outros pormenores desprovidos de essencialidades indicam, provavelmente, mecanismos de resistência na operacionalização da Lei, isto é, da Reforma Psiquiátrica. Moura Fé (2004) ressalta que era previsível essa resistência, pois para tornar-se lei, ela foi discutida por mais de 10 anos no Congresso Nacional e não conseguiu satisfazer de todo aos movimentos contrários à Reforma, de maneira que, não operacionalizá-la traz alguma vantagem para tais movimentos.

Moura Fé (2004) defende que o Movimento da Luta Anti-Manicomial do Ceará representou importante influência durante a evolução da Reforma Psiquiátrica. De um lado,

lutou contra a instituição manicomial e contra sua cultura, e de outro, apoiou as iniciativas não asilares de atenção à saúde mental, principalmente referente à criação dos CAPS. Foi identificada também sua importante influência no movimento que desencadeou o fim da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral-CE. Outros fatos que aconteceram durante o processo de evolução da Reforma Psiquiátrica do Ceará devem ser destacados pela relevância que desempenhou e continuam desempenhando no sentido de sua própria evolução.

Esses fatos compreendem os eventos específicos de Saúde Mental, tais como as Conferências, Jornadas, Seminários e Encontros e outros semelhantes, perfazendo mais de cinquenta, no período de 1991 para 2004 e assim distribuídos: 02 Conferências Estaduais de Saúde Mental, 02 Encontros dos CAPS do Ceará, 01 Oficina de Saúde Mental do COSEMS/Ce, 01 Seminário sobre Reforma Psiquiátrica da SOCEP, 01 Seminário sobre Internação Psiquiátrica e Cidadania no Ceará e 01 Jornada dos Hospitais-Dia do Ceará. Em Quixadá, 11 Jornadas de Saúde Mental e 01 Conferência Municipal; em Canindé, 10 Jornadas de Saúde Mental e 01 Conferência Municipal; em Iguatu, 04 Jornadas de Saúde Mental e 01 Conferência Municipal; em Cascavel 03 Jornadas de Saúde Mental e 01 Conferência Municipal; em Quixeramobim, 02 Jornadas de Saúde Mental e mais as Jornadas e/ou Conferências ocorridas em Sobral, Aracati, Tauá, Icó e Fortaleza (MOURA FÉ, 2004, p. 05).

Outro fato importante destacado pelo estudioso em questão diz respeito especificamente à realização do II Encontro dos CAPS do Ceará, nos dias 26 e 27 de março de 2004. A Coordenação de Saúde Mental do Ceará reuniu os 30 CAPS do Estado neste evento e o trabalho de integração funcional e de consolidação de condutas e posturas resultou na elaboração de um documento de 43 propostas que direcionam uma política de Saúde Mental no Ceará.

Percebe-se assim, que o estado do Ceará está impulsionando o processo de Reforma Psiquiátrica, entretanto, detecta-se que ainda se constitui uma tarefa árdua a expansão dessa nova política de atenção à saúde mental, pois especificamente em relação ao contexto de Fortaleza, há uma grande concentração de hospitais psiquiátricos, e claro que existem muitos interesses financeiros e políticos implicados nisso. A rede primária de saúde encontra-se em uma dinâmica de estruturação e os CAPS já implantados na Capital, Fortaleza, lidam com algumas dificuldades, tais como desprecarização das relações de trabalho, da educação permanente dos trabalhadores de saúde, a necessidade de expansão da rede de atenção em saúde mental, concomitante à redução de leitos psiquiátricos, falta de articulação do serviço especializado com a atenção primária, bem como da ampliação e fortalecimento das ações de saúde mental na atenção primária.

Em Sobral, conforme mencionado no desenvolvimento da pesquisa, com a implantação da ESF como estratégia norteadora da organização da atenção primária da saúde no município, já se conjecturava a reformulação no modelo de saúde mental predominante que tinha o hospital psiquiátrico praticamente como a única forma de assistência psiquiátrica.

Sampaio (1999) esclarece que o atendimento especializado em psiquiatria de Sobral, data do início da década de 1970, em que foi instalado um pequeno serviço particular. Em 1974, foi criada a Casa de Repouso Guararapes, que se consolidou como referência regional em assistência psiquiátrica até seu descredenciamento em 10 de julho de 2000.

Antes do início da implantação da atual Rede de atenção psicossocial, Sobral contava com os seguintes recursos de atendimento: Internação (na Casa de Repouso Guararapes, dispositivo asilar com características claramente manicomial e com capacidade para oitenta leitos de internação diuturna e 30 leitos de internação-dia (hospital-dia). As pessoas atendidas demonstravam alto grau de cronificação com internações prolongadas e recorrentes; Atendimento emergencial (realizado pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral que, na prática, não formalizava este procedimento); Atendimento ambulatorial (havia pequena quota de assistência pública na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, conveniada ao SUS, no Hospital Perpétuo Socorro, também conveniado ao SUS e no Posto de Atendimento Médico – PAM, atualmente denominado de Centro de Especialidades Médicas - CEM); Atendimento liberal (Existiam dois consultórios de psiquiatria privados, onde o pagamento era realizado de forma direta ou com a utilização de planos privados de saúde). Sampaio (1999) cita que, na verdade, o município não dispunha de nenhuma política organizada de atenção às pessoas com TMs.

Os estudos de Costa et al (1997) corroboram com o autor supracitado, ao mostrar detalhadamente que na Casa de Repouso Guararapes, havia um histórico sombrio de internamentos inadequados, identificando-se também um alto número de óbitos, assim como um elevado número de evasões e nenhuma alta com complementação ambulatorial sugerida. Este último aspecto denunciava a inexistência de um sistema de cuidados, evidenciando o binômio terapêutica-leito como uma modalidade onerosa, de desempenho insuficiente, configurando-se como a única opção.

Sampaio (1999) revela que o hospital psiquiátrico de Sobral custava ao SUS mais caro que o Instituto de Medicina Infantil de Fortaleza, o Hospital Cura D'Ares de Fortaleza, o Hospital Gonzaga Mota/Messejana, dentre outros. Detectava-se de fato um agravante equívoco na lógica do sistema.

Diante desse cenário, cabe uma indagação. A partir de quando a cidade de Sobral começou efetivamente a direcionar o seu olhar para a atenção à saúde mental do município. Pereira e Andrade (2001) esclarecem que o início da organização da atenção em saúde mental no município teve como marco fundamental uma reunião de planejamento ocorrida em 1997. Neste evento estavam presentes, o Secretário da Saúde e Ação Social de Sobral, o consultor em saúde mental da mesma Secretaria e um grupo de técnicos, composto por um médico, uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira, que, posteriormente, iriam constituir a primeira equipe de saúde mental de Sobral. Neste encontro foram traçadas estratégias para a implementação de uma política de saúde mental para o município de Sobral. A política implementada deveria ser capaz de reverter o modelo predominante, o qual era caracteristicamente assistencialista, centralizado na doença, hospitalocêntrico, de lógica asilar. A reversão do modelo deveria estar direcionada para o cumprimento da Lei Estadual de número 12.151/93 de autoria de Mário Mamede, a qual dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras alternativas de serviços de atenção em saúde mental. Deveriam também ser aplicadas as diretrizes defendidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, em conformidade com os princípios doutrinários do SUS.

A partir desse referencial, os autores supracitados advertem que a equipe considerou relevante a necessidade de realização de um evento, o qual foi promovido pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, e significou um momento favorável para a discussão das relevantes questões a serem discutidas de uma maneira ampliada. Assim, em abril de 1998 foi realizado o 1º Seminário de Saúde Mental de Sobral. As discussões resultaram em uma proposta de saúde mental para o município que preconizava, entre outras ações, a criação de um Programa de Saúde Mental, com a formação de uma equipe básica no CEM. Vislumbrava-se que esse núcleo embrionário se tornasse mais complexo, originando posteriormente a criação de um CAPS local.

Após a realização do referido seminário, o Programa de Saúde Mental do CEM foi instituído oficialmente e posteriormente, passou por um processo de ampliação dentro do município. Mas Pereira e Andrade (2001) lembram que, inicialmente, esse processo apresentava caráter predominantemente ambulatorial, posteriormente passou a integrar uma diversidade de atividades: individuais, grupais e na comunidade. Assim, este programa funcionou de abril de 1998 a novembro de 1999, quando a equipe de saúde mental foi transferida para uma outra estrutura, onde passou a funcionar o CAPS de Sobral.

Em outubro de 1999, a morte de um usuário na Casa de Repouso Guararapes ocasionou sentimentos de revolta e levou a denúncias públicas por parte de parentes dos usuários internados na instituição. Foram realizadas auditorias das secretarias Estadual e Municipal de Saúde, com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará, o que veio a confirmar as denúncias prestadas e culminar no desenrolar de um processo de reformulação na assistência psiquiátrica do município.

De acordo com o Relatório de Sindicância referente ao processo 002/99 da Casa de Repouso Guararapes, as principais conclusões apontaram que:

Não há evidências de que o óbito do Sr. Damião Ximenes Lopes deveu-se a violência perpetrada por pacientes ou funcionários da Casa de Repouso Guararapes, não obstante houvesse risco e oportunidade de que tal acontecesse. (...) não oferece condições de funcionamento consoante com a legislação sanitária (...); Há evidências de maus-tratos e abuso sexual de paciente (SOBRAL, 2000, p. 21)

Pereira e Andrade (2001) ressaltam que no Relatório da Comissão de Sindicância constava a confirmação de denúncias de maus-tratos, espancamentos e abuso sexual, procedimentos de rotina dentro do hospital. Isto levou a Secretaria da Saúde e Ação Social, com base na deliberação do Conselho Municipal de Saúde, decretar a intervenção no sistema manicomial.

Antes da atuação da junta interventora no hospital psiquiátrico, a Secretaria da Saúde e Ação Social do município de Sobral cogitou uma proposta de implantação de uma Rede municipal de assistência à saúde mental, a qual propunha a transformação da Casa de Repouso Guararapes no complexo assistencial de saúde mental Guararapes. Esse complexo seria composto por um CAPS, um hospital-dia, um SRT e oficinas terapêuticas e de habilitação social (SOBRAL, 1999).

Entretanto, essa proposta inicialmente idealizada não foi concretizada, e felizmente em contrapartida, decidiu-se pelo rompimento do modelo hospitalocêntrico, asilar, cronificador e implementou-se uma política de saúde mental condizente com os princípios e diretrizes do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, operando-se no sentido da desinstitucionalização, buscando-se primordialmente a inclusão familiar, comunitária e social da pessoa com TM.

Em relação à atuação da junta interventora, faz-se necessário informar que quando assumiu o hospital, ela deparou-se com um volume de 63 internos, constituído de 21 mulheres

e 42 homens. Como bem relata Pereira e Andrade (2001), foram constatados, numa considerável parcela dos indivíduos internados, falha diagnóstica e histórico de internação sem indicação formal. Constatou-se um contexto caracterizado por uma deficitária situação física, terapêutica e financeira na instituição. A inexistência de projetos terapêuticos era predominante, detectando-se também péssimas condições sanitárias e de hospitalidade, além de dívidas fiscais, trabalhistas e comerciais.

Paralelamente, havia uma reestruturação do CAPS, em que se buscava trabalhar de forma articulada com as equipes do PSF locais. Foram iniciados os primeiros contatos com o gestor/proprietário do hospital Dr. Estevam, objetivando a implantação de uma unidade de saúde mental (enfermaria e urgência) no referido hospital.

Pereira e Andrade (2001) argumentam que, durante o enfrentamento do problema do hospício, uma séria questão detectada diz respeito à reversão do processo caótico de abandono afetivo e social dos internos. Estas pessoas estavam excluídas de bens culturais, educacionais, de trabalho e de direitos de sobrevivência. Foram implementadas diversas ações como a reconstrução de moradias deterioradas, a inserção no trabalho, a adesão de cuidadores da comunidade, busca de proteção social, dentre outros. Tais iniciativas visavam restabelecer a identidade social e a dignidade das pessoas com TMs, violadas e perdidas em anos de lamentável exclusão. Um fator bastante evidenciado refere-se à herança da loucura significando incapacidade e periculosidade, às quais eram justificadas por práticas segregadoras, praticadas pelos familiares, trabalhadores de saúde e sociedade.

Simultaneamente a todo este contexto histórico, idealizava-se a implementação de um SRT, ou seja, uma residência para abrigar moradores com TMs severos, sem vínculos ou suporte sócio-familiar temporário ou permanente. A principal meta da criação dessa instituição era abrigar antigos asilados provenientes da Casa de Repouso Guararapes. Este serviço responsabilizava-se em oferecer cuidados especializados, visando à habilitação psicossocial, com o desenvolvimento da autonomia e exercício de cidadania das pessoas.

Após 120 dias de intervenção, a Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, através da portaria 113, descredenciou o hospital psiquiátrico no dia 10 de julho de 2000. A partir de então, foi instituída a Rede de atenção psicossocial, composta por CAPS Geral II, UIPHG no Hospital Dr. Estevam Ponte, em regime de enfermaria e urgência, um SRT e o já existente ambulatório de psiquiatria regionalizado no CEM. Posteriormente, foi incorporado à Rede de atenção psicossocial o CAPS ad (especializado no tratamento de pessoas com dependência

química). Tais serviços articula-se entre si, e com a ESF, com a saúde mental comunitária e Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental.

Rede de Atenção Psicossocial de Sobral



Fonte: Rede de Atenção Psicossocial de Sobral. (Adaptado de Duarte, S. R., 2006.)

A implantação da Rede de atenção psicossocial vem possibilitando a construção de um novo lugar social para a pessoa com TM, caracterizando-se por uma atenção qualificada, humanizada e integral. É considerada a pedra angular estruturante da política de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica municipal, além de oferecer assistência às cidades da macrorregional e microrregional de Sobral, às quais recebem atendimento no ambulatório de psiquiatria CEM e na UIPHG. A sua implantação é considerada um marco histórico da realização da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral, pois possibilitou a inversão do modelo anterior caracteristicamente hospitalocêntrico, asilar, segregador, cronificador para uma atenção em saúde mental extra-hospitalar, de base comunitária, propiciadora da inclusão familiar, comunitária e social da pessoa com TM.

O Ministério da Saúde (2005) recomenda a implementação desse modelo, ressaltando também a relevância da construção de uma rede comunitária para a reorganização e redirecionamento da atenção em saúde mental. A construção de uma rede comunitária de cuidados é uma medida primordial para a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico é fundamental

para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. No entanto, esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se consolida na medida em que permanentemente articula-se com outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços sociais.

A Rede de atenção psicossocial se configura uma ferramenta fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica implantada no município, pois os seus dispositivos vêm favorecendo a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária, terciária, a intersetorialidade, mediante a articulação com Justiça, Previdência Social, Ação Social e Educação, instituições profissionalizantes, dentre outros.

A Rede está condizente com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e vem sendo premiada nos últimos anos, conquistando o reconhecimento em nível nacional. Em 2001 foi contemplada com o Prêmio David Capistrano da Costa Filho, na categoria Experiências Exitosas na área da saúde mental, promovido pelo Ministério da Saúde, em 2003 recebeu uma homenagem do Governo Federal pela organização da atenção em saúde mental no município, em 2005 venceu o Prêmio de Inclusão Social, na categoria Clínica, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria e patrocínio da Indústria Farmacêutica Eli Lilly do Brasil. Em 2006, destacou-se como a grande vencedora do Prêmio Saúde É Vital, (Categoria Saúde Mental) promovido pela renomada Editora Abril.

Destaca-se ainda como campo de pesquisa e estágio regular para estudantes da graduação (acadêmicos de Medicina, Psicologia, Enfermagem e Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Federal do Ceará (UFC) e pós-graduação (Residência em Psiquiatria do Hospital Saúde Mental de Messejana, Residência de Medicina de Família e Comunidade, Residência em Psiquiatria da Rede de atenção psicossocial), e em experiências mais pontuais para estudantes de outros estados.

É importante citar que, em agosto de 2001, o município iniciou a implantação de uma Rede de Saúde Mental Comunitária, articulada com as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF, com a inclusão de ações de promoção em saúde mental (terapia comunitária, massoterapia, cuidando do cuidador, terapia do resgate da auto-estima), com o objetivo de investir na promoção de saúde nos universos individual, familiar e comunitário.

Merecem destaque também dois fatos de grande relevância no contexto da saúde do município de Sobral, ou seja, a aprovação do Programa de Residência Médica em Psiquiatria

da Rede de atenção psicossocial (no final do ano de 2007) e a implantação de uma UIPHG no hospital macrorregional que será construído em breve na cidade.

Sá (2008) esclarece que a Residência Médica em Psiquiatria significa uma experiência com aspecto fortemente inovador, pois segue pautada em um modelo extra-hospitalar, de alicerce comunitário, numa prática que rompe com o modelo hospitalocêntrico ainda predominante nos Programas de Residência em Psiquiatria do Brasil. Lembra que os residentes terão como campo de formação os serviços que compõem a Rede e os centros de saúde da família. A Residência em Psiquiatria é uma realização da Prefeitura Municipal de Sobral/Secretaria da Saúde e Ação Social, em parceria com a UFC do Ceará/Faculdade de Medicina de Sobral, Universidade Vale do Acaraú-UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS.

A construção do hospital macrorregional significará um marco na atenção à saúde da população, acredita Sá (2008), pois percebe que o município dispõe somente da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que é um hospital de referência para a macrorregião de saúde. O fato é preocupante já que a Santa Casa de Sobral atende a um público de aproximadamente de 1,5 milhão de habitantes, abrangendo cerca de 60 municípios da zona norte, vizinhos a Sobral. No âmbito da saúde mental, a existência desse hospital assume também grande relevância, pois será implantada uma UIPHG.

Os estudos de Sá (2008) revelam que a taxa de ocupação na UIPHG Dr. Estevam está acima de 100%. O número de leitos psiquiátricos no hospital geral existente tem ultrapassado os 10% da capacidade instalada do hospital, prevista na Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Sá cita ainda que a capacidade instalada de internação psiquiátrica no hospital geral Dr. Estevam é equivalente a 884, porém tem realizado aproximadamente 1.200 internações/ano nos últimos dois anos, e que o número de internações psiquiátricas realizadas procedentes da 2ª Macrorregião, e realizadas em Fortaleza no período de janeiro de 2005 a agosto de 2008, é igual a 635.

Sá (2008) observa que há um déficit preocupante de 63 leitos psiquiátricos em hospital geral na 2ª Macrorregião. As recomendações, segundo a autora supracitada, consistem na construção de vinte leitos de internação psiquiátrica em hospital geral, e dez leitos para observação, urgência e emergência psiquiátrica no hospital macrorregional de Sobral.

A seguir realiza-se um breve histórico sobre os serviços que compõem a Rede de atenção psicossocial do município de Sobral: CAPS Geral II, CAPS ad, SRT, UIPHG e ambulatório regionalizado no CEM, destacando-se as suas especificidades, a articulação entre eles, introduzindo-se também questionamentos no contexto da saúde mental do município. Os conteúdos referentes ao CAPS Geral II serão descritos no desenvolvimento da pesquisa, especificamente no item Cenário da Pesquisa.

No ano de 2002, foi integrado à Rede o CAPS ad. Trata-se de um serviço de atenção secundária, especializado no tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Atende à população oriunda de Sobral e de dois municípios vizinhos: Forquilha-CE e Massapê-CE, os quais fazem fronteiras com a cidade de Sobral, permitindo assim a acessibilidade. Os usuários são encaminhados pelos centros de saúde da família, por demanda espontânea e/ou mesmo por outros serviços de saúde do município que integram a Rede de saúde mental.

Funciona semanalmente, de segunda à sexta-feira, de 8h às 12h e das 14h às 18h. O corpo técnico é formado por médico clínico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem, educador físico, oficineiro, dentre outros.

O CAPS ad pode e deve atuar de forma preventiva. Segundo o Ministério da Saúde (2004), a prevenção voltada para o uso abusivo e ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de variadas estratégias direcionadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. Faz-se necessário prioritariamente a inserção das práticas propostas, com a participação de todos os segmentos sociais disponíveis. A prevenção estaria voltada para o impedimento do uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedindo uma “escalada” do uso e minimizando as conseqüências de tal uso. A lógica da Redução de Danos deve dar sustentabilidade a tal planejamento, em uma ampla perspectiva de práticas direcionadas para minimizar as conseqüências globais de uso de álcool e drogas.

Redução de danos são ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento. Os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para

usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamentos de substituição e evitar a associação do beber-dirigir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004:48)

Sá (2006) esclarece que a política de atenção do referido dispositivo compreende o atendimento ambulatorial individual e grupal, organização da demanda e da rede de suporte psicossocial, ou seja, articulação estabelecida com o Conselho Municipal Antidrogas - COMADE, Alcoólicos Anônimos, Justiça, Previdência Social, Conselho Tutelar, Educação, instituições de profissionalização e meios de comunicação. Em relação às funções desempenhadas pelo serviço destaca-se a realização e manutenção atualizada do cadastro dos usuários que fazem uso de medicação excepcional, supervisão e capacitação das equipes que atuam na ESF, desenvolvimento de ações de promoção de saúde no seio comunitário, visando à prevenção do uso e abuso de drogas e da dependência química.

O CAPS ad presta também atendimento a demandas espontâneas, bem como usuários encaminhados pela atenção primária e secundária ou outras entidades, oferecendo as seguintes atividades no âmbito da atenção, conforme Ministério da Saúde (2004d): Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimentos grupais (psicoterapia, grupo operativo, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas; atenção domiciliar; atendimento voltado à família; atividades comunitárias, buscando a integração do dependente químico no contexto comunitário, assim como sua inserção nas dimensões familiar e social. Os usuários em atendimento de um turno (4 horas) devem receber uma refeição diária; aqueles que estão em acompanhamento de dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; atendimento de desintoxicação.

O CAPS ad de Sobral já iniciou a realização de estudos, visando a implantação de uma política de redução de danos no município, bem como a habilitação de serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Sá (2006) acredita que estas políticas contribuirão substancialmente para a humanização da atenção ao usuário, proporcionando-lhe uma melhoria na sua qualidade de vida.

No contexto da experiência municipal, apreende-se que a atenção desenvolvida pelo CAPS ad vem contribuindo para o resgate da dignidade, da auto-estima, exercício de cidadania e, sobretudo, vem favorecendo para inclusão social e comunitária das pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Após o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, foi implantado o SRT, como tática de desospitalização, preservando o cuidado público à clientela cronicada no hospital,

com baixa autonomia pessoal e vínculos familiares tênues ou inexistentes. A possibilidade de proporcionar a esta clientela uma vida em casa comunitária, na perspectiva da cidadania, embora cheia de déficits, grandes expectativas e incertezas, para a equipe, para os clientes, futuros moradores, e para a vizinhança do serviço em instalação. Foi iniciado um trabalho de desinstitucionalização progressiva dos clientes, quando ainda estavam em regime de internação, visando o desenvolvimento prévio de habilidades para a autonomia e o resgate da capacidade de desejar a autonomia (ALMEIDA et al, 2004).

O Ministério da Saúde (2007) esclarece que as residências terapêuticas também chamadas de SRTs são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com TMs graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação de SRTs nos municípios. Este se configura uma das principais ferramentas para a efetivação de processos de desinstitucionalização de pessoas com história de longas internações.

O lar “Renascer” (denominação eleita pelos próprios moradores), ou seja, o SRT de Sobral foi criado em 06/07/2000. É o primeiro SRT do Ceará e de toda região nordeste e também o primeiro de caráter público criado no Brasil após a publicação, pelo Ministério da Saúde, da portaria nº. 106, de 11/02/2000.

Numa rua do centro da cidade, sem placa de identificação, arquitetura tradicional das casas do sertão cearense, fica a Residência Terapêutica, perto de praças, igrejas e padarias. Na entrada, um portão, onde frequentemente um ou mais dos moradores atuais, deixam-se ficar observando o movimento da rua. Garagem, sala de estar, sala de refeições, cozinha com despensa, cinco quartos, dos quais dois com banheiro próprio, um banheiro comunitário e um quintal, gramado, fazem o espaço físico (ALMEIDA et al, 2004).

Os usuários do referido serviço são pessoas com grave comprometimento psíquico, com histórico de longas internações psiquiátricas, às quais infelizmente tornaram-se vítimas de cronificação, com perdas de vínculos familiares e/ou sociais, apresentando diversos prejuízos nos mais variados aspectos de suas vidas. Dentre os objetivos do SRT, destacam-se a realização de um trabalho voltado para a auto-estima e auto-confiança de seus membros; o desenvolvimento de habilidades dos moradores para a aquisição de maior autonomia; a promoção de cidadania dos usuários, habilitando-os para a retomada dos laços sociais perdidos. Propiciar as condições de interação dos moradores junto à sociedade e às suas

famílias, quando conhecidas, bem como estimular o desenvolvimento pessoal no que diz respeito à construção de suas vidas visando a criação de projetos individuais, também se configuram aspectos importantes a serem considerados.

É relevante mencionar que o SRT recebe retaguarda da REDE/Sobral, em que os moradores recebem a atenção de uma equipe multiprofissional (psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem), os quais norteiam sua prática fundamentada numa abordagem humanizada e interdisciplinar.

A criação do SRT foi de grande relevância para a desinstitucionalização de seis pessoas com TMs que residiam na Casa de Repouso Guararapes, para as quais não havia possibilidades de inserção familiar ou comunitária. Sá (2006) conta que eram seis pessoas que apresentavam baixa autonomia, os seus vínculos familiares encontravam-se bastante fragilizados ou então desconhecidos, envolvidos numa situação de relevante vulnerabilidade sócio-econômica. A maioria dessas pessoas, segundo Sá, não possuía documentação, nem recebia Benefício de Prestação Continuada - BPC da LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social.

O projeto terapêutico do SRT de Sobral está fundamentado nos princípios e diretrizes preconizados pelo Ministério da Saúde (2004b), ou seja, está centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida diária, com o objetivo de ampliação da inserção social. Seu objetivo central contempla os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, mediante a sua inserção em programas de alfabetização, no universo do trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; respeito aos direitos do usuário como cidadão e como uma pessoa com capacidade para desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Sá (2006) menciona que dos seis moradores do SRT, um retornou para o convívio com a família, outro foi a óbito no ano de 2005, devido a problemas clínicos; já os demais permanecem nessa moradia e atualmente usufruem de uma outra qualidade de vida: recebem atenção da equipe de saúde mental, são beneficiários do Programa de Volta para Casa, recebem o auxílio de reabilitação psicossocial equivalente a R\$ 240,00. Desses moradores, três ainda acumulam o BPC da LOAS no valor de um salário mínimo. Os moradores do SRT utilizam esses recursos financeiros para a compra de objetos pessoais, em atividades de lazer,

possuem poupança, utilizam os recursos comunitários, possuem hoje uma maior autonomia, enfim, compartilham a vida da cidade.

Almeida et al (2004) relatam que os moradores, reconhecidos como pessoas portadoras de desejos e direitos, podem escolher o que vão comer, os horários de dormir e acordar, as atividades não estruturadas. E a participação em oficinas de auto-expressão, terapêuticas e de habilitação social é providenciada, na medida em que surgem as necessidades, o máximo possível fora da casa, no CAPS, nos clubes, no mercado, nos órgãos públicos etc. Caso possam estudar, são direcionados às escolas. Quando precisam de dentista, cardiologista ou psiquiatra são direcionados aos ambulatórios correspondentes. Se há problema com o recebimento de benefícios sociais e previdenciários, a rede da Ação Social é acionada.

É importante informar que duas vagas remanescentes foram ocupadas posteriormente por seis moradores em períodos distintos, usuários do CAPS ou CAPS ad. Eram pessoas com TMs graves ou persistentes, em situação de extrema vulnerabilidade social, com histórico de reinternações subseqüentes em hospital geral ou moradores de rua sem vínculos conhecidos ou fragilizados. Sá (2006) destaca que essas admissões foram realizadas e então se elaborou projetos terapêuticos para esses usuários, sendo que desses citados, quatro receberam alta (dois passaram a residir sozinhos e dois voltaram a residir com a família) e outros dois ainda permanecem, um desses moradores está sendo habilitado para o trabalho formal.

Atualmente, o SRT encontra-se com oito moradores, um enfermeiro coordenador do serviço, uma cozinheira, quatro cuidadores e recebe suporte técnico de uma terapeuta ocupacional.

Em relação às internações psiquiátricas, estas passaram a ser realizadas na UIPHG Dr. Estevam Ponte. Pereira e Andrade (2001) argumentam que a criação dessa unidade objetivou a garantia de uma retaguarda diferenciada para as pessoas com TMs, de maneira especial para àquelas oriundas de outros municípios, os quais não ofereciam dispositivos organizados de atenção. O trabalho realizado nesse serviço se revela de natureza multiprofissional, não mais centralizado na figura do médico e no fator medicação. Está fundamentado nos preceitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo norteado pelas atuais diretrizes do Ministério da Saúde, através da portaria número 224/92.

Botega (1998) refere que as enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais representam uma proposta de atenção articulada ao movimento mais amplo do processo de

Reforma Psiquiátrica. A internação psiquiátrica tem por função o fornecimento temporário de um ambiente protegido, o qual deve estar tecnicamente instrumentalizado, oferecendo asseguramento e tratamento para as pessoas em estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso para si ou para outros.

Almeida et al (2004) mencionam que a resistência inicialmente encontrada para a criação de uma enfermaria psiquiátrica no Hospital Dr. Estevam Ponte, foi superada mediante a realização de reuniões de trabalho entre as equipes do CAPS, do hospital e da Secretaria da Saúde. Foi instalada então uma unidade composta por 20 leitos, destes, cinco destes são destinados à desintoxicação alcoólica, atendendo ao município de Sobral e à macrorregião de saúde, principalmente aos usuários em estado agudo de crise psicótica, mas também a quadros de depressão associada à dependência química, de violência auto ou heterodirigido, de recusa de medicação ou alimentar prolongada, de sintomas extrapiramidais, desorientação e confusão mental.

A enfermaria psiquiátrica está localizada no térreo do hospital, possibilita o trânsito dos usuários nas demais alas, conta com três quartos, dois de seis leitos e um de três, sala de terapia ocupacional, refeitório, sala de guarda-pertences, posto de enfermagem, sala para avaliação psiquiátrica e psicoterapia individual, área livre para exposição solar e portaria que permanece aberta em horário comercial. O ambiente favorece a orientação espaço-temporal e está organizado de modo a ser seguro, prevenindo acidentes. A equipe reúne-se regularmente e discute as suas dificuldades e as dos usuários, buscando as soluções mais adequadas, sobretudo focando a retirada do estado agudo, a alta rápida e a articulação com o CAPS, no caso dos sobralenses, e com o CEM no caso da microrregião para o acompanhamento pós-hospitalar (ALMEIDA et al, 2004).

A unidade recebe apoio técnico dos trabalhadores de saúde da Rede de atenção psicossocial, a qual disponibiliza os seguintes trabalhadores de saúde: um médico clínico e um psiquiatra e dois enfermeiros (20 horas semanais cada um), um educador físico (oito horas semanais) e conta com assessoria de assistentes sociais que são acionados quando necessário. Outros dois profissionais são custeados pelo hospital: psicólogo e terapeuta ocupacional (20 horas semanais cada) e oito auxiliares de enfermagem, dois por turno e um médico plantonista em regime integral, que atende as intercorrências da referida unidade. Nos fins de semana, um médico psiquiatra ou um clínico geral com habilidade em saúde mental permanecem de sobreaviso, um enfermeiro trabalha no período diurno, e dois auxiliares de enfermagem em tempo integral, segundo relatos feitos por SÁ (2006).

É importante enfatizar que a UIPHG se configura um serviço organizado com base nos princípios e diretrizes do SUS. Trabalha de maneira articulada com os demais dispositivos da Rede, apresentando um dos menores índices de número de dias de permanência no internamento, ou seja, de aproximadamente 07 dias.

Com a implementação de uma adequada política de saúde mental no município, se tornou necessária a reestruturação do ambulatório do CEM, de modo que funcionasse como porta de entrada da Rede para os outros municípios que referenciavam os usuários para Sobral. Dessa maneira, este serviço deveria filtrar possíveis internações desnecessárias, garantindo também um segmento ambulatorial, buscando também evitar a cronificação acarretada por repetidas internações, conforme estudos de Pereira e Andrade (2001).

O ambulatório de psiquiatria do CEM realiza atendimento para os indivíduos da zona Norte do Estado do Ceará, com exceção de Sobral. Normalmente as consultas são agendadas por seus municípios de origem. O intervalo entre as consultas é estabelecido mediante as necessidades individuais de cada usuário. Este serviço possui entre os trabalhadores de saúde, um psiquiatra e auxiliares de enfermagem e oferece atendimento de segunda à sexta-feira, de 8h às 11h.

1.2. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

A escolha do eixo metodológico da pesquisa está orientada, principalmente para atender à complexidade do objeto do estudo, qual seja, compreender as concepções dos trabalhadores de saúde, usuários, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, seus respectivos familiares sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de atenção psicossocial.

A pesquisa “PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL - CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares e suas implicações no contexto da saúde mental no Município” exige um referencial teórico e metodológico capaz de penetrar no contexto dos significados. O eixo metodológico que melhor contemplou as necessidades é proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005) e optou-se por este por entendê-lo adequado tanto à natureza como ao objeto do estudo.

Utiliza-se o DSC para organização das informações discursivas, pois se entende que ele oferece suporte para a compreensão dos discursos dos participantes da pesquisa, contextualizadas a partir de cada situação vivida.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005), a proposta do DSC pretende a retomada do discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos. É uma estratégia metodológica com objetivo de esclarecer determinada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Assim, com este modo discursivo, é possível visualizar com mais clareza e compreensão a representação social, à medida que ela surge sob uma ótica clara e direta de um discurso, a representação do modo como os indivíduos reais, concretos, pensam. O DSC significa a padronização dos discursos, como se o discurso de todos fosse o discurso de um. Desse modo, o significado e a intencionalidade podem ser resgatados através de uma análise de um número reduzido de depoimentos de indivíduos situados em dado campo social. Estes discursos fornecem as representações sociais, permitem a compreensão dos campos sociais e dos sentidos neles presentes, remetendo à teia de significados. Nesse método, o que se busca é a reconstrução, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça. Assim, a partir de discursos-síntese pode se expressar uma dada “figura”, ou seja, um determinado pensar ou representação social sobre um fenômeno.

A proposta de Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000) implica a utilização de quatro figuras metodológicas, elaboradas para ajudar a organizar e tabular os discursos, condições prévias e fundamentais para uma boa análise e interpretação desses discursos. As figuras são as expressões-chave, a idéia central, a ancoragem e o DSC. Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000) explicam a definição de expressões-chave como as transcrições literais de partes dos depoimentos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. Elas favorecem o resgate da literalidade do depoimento. Este resgate é fundamental na medida em que, através dele, o leitor é capaz comparando em trecho selecionado do depoimento com a integralidade do discurso e com as afirmativas reconstruídas sob as formas de idéias centrais e ancoragens – de julgar a pertinência ou não da seleção e da tradução dos depoimentos. Configuram-se como uma espécie de “prova discursivo empírica” da “verdade” das idéias centrais e das ancoragens e vice-versa. Na maioria das vezes, é com a matéria-prima das expressões-chave que se constroem os DSC.

Para Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), o conceito Idéia Central representa as afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos. Já a Ancoragem é um discurso ancorado, possível de encontrar nele traços lingüísticos explícitos de teorias, hipóteses, conceitos, ideologias existentes na sociedade e na cultura e que estes estejam internalizados na pessoa.

O DSC, segundo proposta de Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), é a principal das figuras metodológicas. Estratégia metodológica com intuito de tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Consiste em uma forma não-matemática, nem metalingüística de representar (e de produzir) de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem repostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante. Uma das marcas distintivas da contemporaneidade é a emergência da pluralidade. O DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um.

Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000) esclarecem que a construção do DSC se dá de duas formas: Análise de cada depoimento e captação, de cada um, em suas diferentes (mas complementares) idéias centrais e suas respectivas expressões-chave, agregando-se ou “somando-se”, em seguida, as idéias centrais e/ou suas Expressões-chave para obter o DSC. Importante ressaltar que quando as idéias centrais diferentes de cada depoimento são agregáveis, “somáveis” com facilidade, pode-se optar pela primeira forma. A segunda forma

se refere à análise de cada depoimento, extraindo-se as idéias centrais. Em seguida, identificam-se as Idéias Centrais iguais ou equivalentes e suas respectivas Expressões-chave. Finalmente, agregando-se ou encadeando-se discursivamente estas expressões-chave das idéias centrais iguais ou equivalentes compõem-se os DSCs.

Quando o pesquisador considera, por alguma razão, que a realidade estudada passa a ser mais bem escrita, necessita ser decomposta em idéias centrais em si mesmas ricas e complexas, que dão nascimento a DSCs igualmente ricos e complexos, pode-se usar a segunda forma. Nada impede também que, em certas circunstâncias, as duas formas sejam usadas num mesmo trabalho, representando diferentes níveis de análise dos depoimentos.

Nessa pesquisa, após a coleta de todas as informações (gravadas e transcritas), realizou-se a tabulação das informações. Estas foram organizadas no quadro denominado de instrumento de análise do discurso – IAD (Apêndice J).

Cada entrevista foi analisada isoladamente e dessa análise, selecionou-se as expressões-chave de cada discurso particular, por exemplo, da resposta à questão norteadora. Identificou-se a idéia central de cada uma dessas expressões-chave. A idéia central se configura a síntese do conteúdo dessas expressões, ou seja, o que estas querem efetivamente dizer. Depois da identificação das expressões-chave e idéias centrais de cada depoimento, as idéias semelhantes ou complementares foram agrupadas numa idéia central síntese ou categoria. Denominou-se essa idéia central síntese e construíram-se os DSCs com o conteúdo das idéias centrais semelhantes ou complementares e de suas respectivas expressões-chave. Então cada idéia central síntese deu nascimento a um DSC.

1.3. Hermenêutica na Perspectiva de Gadamer

Os discursos coletados na entrevista dessa pesquisa foram interpretados à luz da hermenêutica de Gadamer (1997). Entretanto, antes de discorrer sobre as idéias do autor em questão, realiza-se a seguir uma distinção entre a hermenêutica tradicional e a contemporânea.

Os estudos de Nunes Júnior (2008) possibilitam o conhecimento sobre a distinção das referidas hermenêuticas. Na hermenêutica de cunho tradicional, trabalha-se na perspectiva de que o processo interpretativo possibilita que se alcance a “interpretação correta”, “o sentido exato da norma”, “o verdadeiro significado da palavra”, o “correto” sentido do texto ou da norma etc., a visão tradicional a enxerga então como um problema normativo e metodológico (ou seja, um conjunto de métodos e técnicas destinado a interpretar a essência da norma), a hermenêutica contemporânea, por sua vez, a qual está fundamentada

principalmente nos trabalhos de Martin Heidegger (‘Ser e Tempo’) e de Hans-Georg Gadamer (‘Verdade e Método’), direciona-se para a compreensão como totalidade e a linguagem como meio de acesso ao mundo e às coisas. Na sua obra ‘Verdade e Método’, Gadamer propicia o nascimento e o desenvolvimento de uma nova hermenêutica, a qual se refere ao mundo da experiência, ao mundo da pré-compreensão, em que as pessoas já são e se compreendem como seres a partir da estrutura prévia de sentido. A compreensão, dessa maneira, é ligada ao contexto vital do existente humano e o ato de compreender é uma realidade existencial. A interpretação não é encarada como uma questão de método, mas uma questão relativa à própria existência do intérprete. A hermenêutica é entendida como um problema universal (isto é, filosófico e ontológico, que afeta em geral toda a relação entre o homem e o real), na qual o processo interpretativo decorre do exame das condições em que ocorre a compreensão.

Nunes Júnior (2008) chama a atenção para o fato de que a hermenêutica é tida, nos dias atuais, como uma teoria ou filosofia de interpretação, capaz de tornar compreensível o objeto de estudo mais do que sua mera aparência ou superficialidade. A hermenêutica tem por objetivo revelar, descobrir, esclarecer qual o significado mais profundo do que está oculto, não-manifesto, não apenas de um texto ou norma, mas também da linguagem. Por meio da hermenêutica, chega-se a compreender o próprio homem, o mundo em que vive, sua história e sua existência.

A interpretação é concebida como algo inerente à totalidade da experiência humana, vinculada à sua condição de possibilidade finita, sendo uma tarefa criadora, circular, que ocorre no campo da linguagem. Dessa maneira, quando o homem é uma conjugação dele mesmo, mais a sua vida, as suas impressões prévias, a sua cultura prévia, enfim, todos os seus preconceitos vão influenciar e impregnar a sua interpretação. A essência daquilo que se vai interpretar é a essência na perspectiva do intérprete e como a interpretação depende dos fatores supracitados, a própria essência pode ser discutida, segundo Gadamer (1997).

Para Gadamer (1997:42) a interpretação:

Começa sempre com conceitos prévios que serão substituídos por outros mais adequados. Justamente todo esse constante reprojeter que perfaz o movimento de sentido do compreender e do interpretar, é que constitui o processo que Heidegger descreve.

Gadamer (1997:403) adverte que “face a qualquer texto, nossa tarefa é não introduzir, direta e acriticamente, nossos próprios hábitos lingüísticos”, mas “o que se exige é simplesmente a abertura à opinião do outro ou à do texto”.

Evidencia-se nesse momento a denominada noção de alteridade do texto mencionada por (Gadamer,1997:405):

Quem quer compreender um texto, em princípio, tem que estar disposto a deixar que ele diga alguma coisa por si. Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente tem que se mostrar receptiva, desde o princípio, para a alteridade do texto. Mas essa receptividade não pressupõe nem neutralidade com relação à coisa nem tampouco auto-anulamento, mas inclui a apropriação das próprias opiniões prévias e preconceitos, apropriação que se destaca destes.

Gadamer (1997) defende que a compreensão ocorre a partir dos próprios preconceitos (ou pré-juízos) das pessoas, os quais são muito mais do que meros juízos individuais, mas a realidade histórica do próprio ser do indivíduo. Os referidos preconceitos, que estruturam a compreensão, não são arbitrários.

A compreensão somente alcança sua verdadeira possibilidade, quando as opiniões prévias, com as quais ela inicia, não são arbitrárias. Por isso faz sentido que o intérprete não se dirija aos textos diretamente, a partir da opinião prévia que lhe subjaz, mas que examine tais opiniões quanto à sua legitimação, isto é, quanto à sua origem e validade (Gadamer: 1997: 403)

Gadamer (1997) ensina que o círculo hermenêutico não é de natureza formal, e não é nem objetivo e nem subjetivo. O estudioso descreve a compreensão como a interpretação do movimento da tradição (objeto de pré-compreensão), e do movimento do intérprete.

Nunes Júnior (2008) coloca que a relação do intérprete com a tradição é instaurada por ele mesmo enquanto compreende e participa do acontecer da tradição, que é continuamente determinada a partir dele próprio. Daí por que Gadamer tem um entendimento do círculo hermenêutico não no sentido tradicional (perspectiva metodológica), mas como algo que descreve um momento estrutural ontológico da compreensão.

Para Gadamer (1997), toda experiência hermenêutica pressupõe uma inserção no processo de transmissão da tradição. Há um movimento antecipatório da compreensão, a pré-compreensão, que se configura um momento essencial do fenômeno hermenêutico e é impossível ao intérprete desprender-se do círculo da compreensão.

Outro aspecto preconizado por Gadamer (1997) é que não existe diferença entre a interpretação e a compreensão, porque compreender é sempre interpretar. Ele entende como processo unitário a compreensão, a interpretação e a aplicação. Assim, o trabalho do intérprete acontece a partir da fusão de horizontes, porque compreender é sempre o processo

de fusão dos horizontes presumivelmente dados por si mesmos. Compreender uma tradição sinaliza projetar um horizonte histórico que por sua vez ocasiona um novo horizonte presente. Um texto histórico somente torna-se interpretável, a partir da historicidade do intérprete.

Quanto à realização dessa fusão de horizontes, Gadamer (1997) denomina de “tarefa da consciência da história efetual”, que é, em primeiro lugar, a consciência de uma situação hermenêutica, ou seja, de uma situação em que as pessoas se encontram em face da tradição que querem compreender.

Nunes Júnior (2008) realiza uma leitura desse conteúdo exposto, argumentando que a fusão de horizontes acontece pela interpretação. O ato de interpretar implica na produção de um texto novo, mediante a adição de sentido que lhe fora dada pelo intérprete dentro de uma concepção dialógica. Essa adição de sentido decorre da consciência da história efetual do intérprete. Daí porque a hermenêutica deve direcionar o seu olhar para o sentido construtivista da história, não podendo, quando se deparar com um texto, ficar limitada à intenção do autor ou o primeiro significado, mas considerar principalmente o influxo operado no desenvolvimento da história.

1.4. A Trajetória da Pesquisa

1.4.1. Natureza e Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com eixo no DSC e na hermenêutica na perspectiva de Gadamer (1997). A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (1994, p.21):

Trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis.

Minayo (2006) considera que a preocupação da pesquisa qualitativa recai no aprofundamento e abrangências da compreensão. Dessa maneira, não será contemplado nessa pesquisa o critério numérico. Permaneceu-se no campo coletando informações até o momento em que se percebeu que as mesmas foram saturadas, ou seja, até o momento em que não identificou-se mais fatos novos.

Acrescenta Minayo (2006) que, quando a opção é pelo método qualitativo, esta se baseia em alguns pressupostos teóricos, dentre eles o de que as abordagens qualitativas são mais indicadas às questões do significado e da intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

1.4.2. O Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa é o CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, situado na cidade de Sobral. A seguir realiza-se uma contextualização sobre o município e o CAPS Geral II.



Sobral-CE



CAPS Geral II

A cidade de Sobral está localizada na região noroeste do Estado do Ceará. Desde o ano de 1997, o município vem se organizando progressivamente na incorporação de um sistema municipal de saúde, com o desenvolvimento de ações intersetoriais, onde o sistema de

serviços de saúde conta hoje com uma rede de atenção primária para a sua população de 180.000 habitantes. É sede de macrorregional e microrregional de saúde, para as quais dispõem uma rede de serviços de média e alta complexidade, próprios, conveniados ou contratados, que assistem a uma população de aproximadamente 1.500.000 usuários, oriundos dos municípios da região Norte do Estado do Ceará. Conta também com os serviços de vigilância à saúde, bem como outros de regulação que desde o ano de 2005 se arranjam como vigilância ao sistema. O processo de educação permanente está desenvolvendo-se nos diversos serviços, com a participação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e universidades (SOBRAL, 2007).

ESTADO DO CEARÁ



O município está distante 224 km de Fortaleza, Capital do estado. É constituído por onze distritos, com uma área territorial de 2.129 Km², equivalente a 1,45% do território estadual. A divisão distrital inclui Rafael Arruda, Aracatiaçu, Aprazível, Jaibaras e Taperuaba como os maiores distritos municipais em extensão, somados aos distritos de Jordão, Caracará, Bonfim, Patriarca, São José do Torto e Caioca. Limita-se ao Norte com os Municípios de Meruoca, Massapê e Santana do Acaraú; ao Sul, com os Municípios de Santa Quitéria,

Groáiras e Cariré; a Leste com Miraíma, Irauçuba e Canindé e a Oeste com Coreaú, Mucambo e Alcântaras (SOBRAL, 2004).

A média das temperaturas máximas é de 34°C, uma das mais altas do Estado e, a baixa pluviosidade, média anual de 854 mm, além da má distribuição das chuvas, contribuem para o florescimento da caatinga arbustiva, vegetação predominante em 75% do território municipal. O clima predominante em Sobral é quente seco (SOBRAL, 2004).

Por estar estrategicamente localizado e possuir vias de acesso favoráveis, Sobral constitui-se em um pólo de atendimento de bens e serviços especializados da própria Região Norte do Estado do Ceará e de escoamento da produção para os Estados do Piauí, Maranhão e Região Norte do país. Essa influência atinge um raio de 200 km entre as regiões administrativas de Crateús e Novas Russas (SOBRAL, 2004).

A gestão do Sistema Municipal de Saúde é plena. Tal sistema é composto pelos três níveis de atenção hierarquizados e integrados. Dentro desses sistemas que compõem a Secretaria da Saúde e Ação Social, se insere a Rede de atenção psicossocial.

O CAPS Geral II de Sobral, um dos serviços que compõem a Rede, estruturou-se a partir de 1998, mediante a implantação de um ambulatório de psiquiatria com equipe multiprofissional. Foi inaugurado em novembro de 1999. Neste dispositivo, são realizadas diversificadas atividades: atendimento individual; atendimento em grupo (grupo de crianças, grupo de convivência, grupo de psiquiatria, grupo de terapia ocupacional, oficinas expressivas, oficinas terapêuticas, oficinas culturais, atividades esportivas, atividades de suporte social, dentre outros); coordena oficinas geradoras de renda (espaço extra CAPS), atendimento para a família (grupo de pais, atendimento individualizado a familiares, atenção domiciliar), atendimento psicoterápico; tratamento medicamentoso; atividades comunitárias (utilizando os recursos comunitários, envolvendo pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade); mobilização político-social, ação matricial para as equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF.

Esse serviço foi cadastrado pelo Ministério da Saúde, recebendo a classificação de CAPS II em 2002. Atende prioritariamente as pessoas com TMs severos e persistentes do município de Sobral. Atende os usuários em regime ambulatorial e semi-intensivo (permanência de um turno – manhã e/ou tarde). Funciona semanalmente, de segunda à sexta-feira, de 8h às 12h e das 14h às 18h. Recebe a demanda encaminhada por triagem nas unidades da ESF, ou um dos outros serviços que compõem a Rede de atenção psicossocial.

O Ministério da Saúde (2004) esclarece que os CAPS II são implantados em cidades com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Oferecem atendimento diário para pessoas com TMs severos e persistentes. São dispositivos que funcionam de segunda à sexta-feira, no horário das 8h às 18h e podem operar em um terceiro período, funcionando até as 21h.

Os CAPS, assim como os NAPS, os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) e outras alternativas de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico estão atualmente regulamentados pela Portaria nº 336; GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do SUS. Este instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 considera o Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A referida portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, cuja missão consiste em prestar atendimento diuturno às pessoas com TMs severos e persistentes, num determinado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando assim as internações e possibilitando o exercício de cidadania e da inclusão social das pessoas com TMs e de suas famílias, segundo Ministério da Saúde (2004).

Os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento de redes sociais, cumprindo as suas funções na assistência direta, assim como na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando de maneira articulada com as equipes da ESF, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários, buscando também articulação com os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, conforme o Ministério da Saúde (2004).

O CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes de Sobral conta com uma equipe multiprofissional composta por psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, enfermeiro, educador físico, auxiliar de enfermagem, pedagogo, oficinairo, dentre outros. Desenvolve um trabalho com abordagem interdisciplinar, onde se busca a valorização dos diferentes saberes e práticas, visando também a elaboração de estratégias e ações para o desenvolvimento de uma prática crítica, transformadora, caracterizada principalmente por uma atenção humanizada e de qualidade, com um trabalho voltado também para a promoção da auto-estima, exercício de cidadania e promoção da inclusão social dos usuários assistidos.

O referido dispositivo procura funcionar dentro de uma série de características que têm como fonte de inspiração maior os estudos defendidos por Sampaio e Barroso (2001), O Projeto Técnico (2008) do CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes está amplamente fundamentado no Manual de Organização dos CAPS de autoria dos psiquiatras supracitados, os quais definem esse dispositivo como:

Um serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, destinado aos problemas de saúde mental, individual e coletiva. Caracteriza-se por multiplicidade crítica de funções e técnicas, prática interdisciplinar e acessibilidade local. Por sua complexidade, deve situar-se em distritos sanitários de regiões metropolitanas, ou em municípios de porte médio ou grande, coordenando a política de saúde mental de onde se instale e servindo de referência a equipes mínimas de saúde mental em municípios de pequeno porte na região de cobertura (Sampaio e Barroso, 2001, p. 02).

De acordo com Prefeitura de Sobral (2008), o projeto técnico do CAPS Geral II, apresenta as seguintes características principais a serem destacadas:

Integração a sistemas primários de atenção - O CAPS está intimamente ligado a ESF, que em Sobral apresenta uma cobertura equivalente a 100% dos territórios. Esta integração acontece na forma de colaboração na promoção à saúde mental, prevenção de transtornos psíquicos e educação continuada nas ferramentas terapêuticas da saúde mental, o que é de grande relevância na atenção aos usuários, cujo tratamento pode e deve ser realizado na atenção primária, principalmente os transtornos ansiosos e afetivos leves, bem como os casos de somatizações. A porta de entrada principal do CAPS Geral II consiste nos encaminhamentos de rotina, de urgência ou domiciliares feitos pelas equipes da ESF.

Integração a sistemas secundários de atenção - O CAPS Geral II consiste em um serviço de atenção secundária, e quando necessário, pode realizar encaminhamentos para outros recursos secundários, buscando sempre uma articulação com a ESF. O CAPS disponibiliza orientação e capacitação em saúde mental para as equipes dos centros de saúde da família, caso seja necessário.

Integração a sistemas de política social - O CAPS Geral II utiliza os recursos de política social já existentes na sociedade e procura estabelecer parcerias, assim busca integrar-se a diversas entidades e serviços, como por exemplo, Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, Secretaria de Tecnologia e Desenvolvimento Econômico, Serviço Social do Comércio - SESC; Secretaria de Desenvolvimento da Cultura e do Turismo, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC, Fundação de Ação Social, Sistema de Informação

Nacional de Empregos (SINE/IDT), Secretaria Especial de Esportes, UVA, Tribunal de Justiça, etc.

Acessibilidade local - Conforme citado anteriormente, o CAPS Geral II oferece atendimento aos moradores de Sobral. A cidade é sede de micro e macrorregião de saúde, entretanto, o atendimento do restante dos municípios da macrorregião que não disponham de CAPS é realizado no ambulatório de psiquiatria regionalizado localizado no CEM Dr. Aristides Andrade, respeitando-se assim a acessibilidade local ao serviço.

Multiplicidade de funções e técnicas - O CAPS Geral II não se configura um serviço com atendimento exclusivamente destinado a psicóticos agudos ou crônicos em fase aguda, como são os serviços hospitalares. O seu olhar está também voltado para os diferentes e variados fatores causadores de processos de sofrimento mental. O serviço disponibiliza múltiplos níveis de atenção, favorecendo alternativas terapêuticas e preventivas direcionadas às diferentes demandas.

Prática multiprofissional interdisciplinar - A equipe do CAPS Geral II é multiprofissional e desenvolve suas ações pautadas na interdisciplinaridade. O universo da saúde mental é bastante complexo, dessa maneira faz-se necessário a atuação de diferentes técnicos, que com seus saberes e práticas contribuem para uma atenção mais efetiva e integral às pessoas em sofrimento ou com adoecimento mental.

Educação permanente - O CAPS Geral II adota a política da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, e incentiva a educação permanente de sua equipe. O serviço busca de maneira continuada propiciar o questionamento de suas práticas de forma a zelar pela promoção, prevenção e o tratamento em saúde mental da forma mais adequada e competente. Isso se constitui uma estratégia importante, no sentido de adaptar o serviço às possíveis mudanças no perfil de usuários, que podem ocorrer em decorrência da ação das próprias políticas do CAPS.

Redução crítica da hierarquia interna (coordenações por mandatos delimitados) - Além da coordenação da Rede de atenção psicossocial, cuja indicação está fundamentada no consenso entre a equipe de saúde mental e o secretário da Saúde, o CAPS Geral II de Sobral dispõe de um coordenador clínico do serviço, um coordenador administrativo, este último tem uma atuação na Rede. Incentiva-se que cada trabalhador do serviço, vinculado diretamente à assistência assumida, em consenso com a equipe, a coordenação clínica. O objetivo é reduzir a hierarquia interna e compartilhar as responsabilidades entre os trabalhadores.

Redução crítica da hierarquia assistente/assistido - O CAPS Geral II assume o compromisso de reduzir a diferença e a relação assimétrica entre quem trata e quem é tratado. Essa é uma tarefa de grande relevância no sentido de propiciar o resgate da auto-estima e estimular o protagonismo e empoderamento dos usuários. A Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, cuja criação foi estimulada pela equipe do CAPS, também exerce um papel fundamental no sentido de contribuir para a redução dessa hierarquia.

Polarização das políticas de saúde mental - Mediante a intermediação da Rede de atenção psicossocial com a Secretaria da Saúde e Ação Social, dentre outros, o CAPS Geral II é o co-responsável pelo planejamento das políticas de saúde mental no município. Ele organiza a demanda no território atendido, sob a coordenação do gestor local, e dentro desse processo está incluída a regulação da porta de entrada da atenção à saúde mental, que se dá principalmente, na articulação com a atenção primária.

Em relação ao processo de supervisão, o CAPS Geral II adota e desenvolve a realização de supervisão clínico-institucional, fato que vem proporcionando a qualificação técnica da equipe, e ocasionando repercussões bastante positivas na atenção a saúde mental prestada à população.

A Supervisão Clínica se configura um momento em que são realizados os estudos de caso, a elaboração de políticas de saúde mental a serem implantadas, significa enfim uma oportunidade rica de instrumentalização teórico-científica e prática da equipe.

Sampaio e Barroso (2001:03) chamam a atenção para o fato de que a supervisão institucional deve ser:

Exercida por um profissional externo, de reconhecida competência técnico-teórica, que sistematicamente auxilie a equipe na prática da autocrítica e da colocação de novos objetivos. Os problemas de uma equipe de saúde mental podem resultar de conflitos de variadas naturezas (políticas, econômicas, administrativas, entre programas, entre níveis de formação, entre abordagens teóricas, intercorporativas, interpessoais) que podem se expressar umas pelas outras, de forma labiríntica e especular.

No universo da saúde mental do município, merece destaque a realização da triagem, uma estratégia necessária utilizada também com o objetivo de regular a porta de entrada. Desde agosto de 2004, a triagem é realizada nos centros de saúde da família. Os profissionais dos CAPS (atualmente psiquiatra e terapeuta ocupacional) realizam os atendimentos de maneira compartilhada e integrada com os trabalhadores de saúde da equipe da ESF. Isto se

chama de ação matricial, conforme será especificado no desenvolvimento dessa pesquisa. Além de desenvolver um papel técnico-assistencial, com orientação quanto ao monitoramento farmacológico, atendimento às emergências psiquiátricas, realização de visita domiciliar, dentre outras, a ação matricial possibilita também o processo de educação permanente para a ESF.

O Ministério da Saúde (2004) recomenda que para cada usuário do CAPS deve ser elaborado um projeto terapêutico individualizado, isto é, um conjunto de atendimentos que contemplem a sua singularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela, propondo atividades durante a permanência diária no serviço, considerando as suas necessidades. Um personagem fundamental que deve atuar nesse contexto da atenção é o terapeuta de referência TR. Este deve monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço, responsabilizando-se também pelo contato com a família e pela avaliação periódica dos objetivos propostos no projeto terapêutico, estabelecendo um diálogo freqüente com o usuário e com o corpo técnico do CAPS.

No CAPS Geral II de Sobral adota-se a estratégia do TR, este junto com o usuário e o coordenador clínico do serviço, elabora o projeto terapêutico que deve está fundamentado é claro, na singularidade e potencialidades dos usuários assistidos. A equipe leva em consideração as aptidões, os gostos, interesses e habilidades dos mesmos.

O Ministério da Saúde (2004) também defende que, de acordo com o projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02, atendimento intensivo, atendimento semi-intensivo e atendimento não-intensivo.

Faz-se necessário esclarecer que o atendimento intensivo, no contexto de um CAPS Geral II, diz respeito ao atendimento diário oferecido à pessoa que se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas relacionadas ao convívio social e familiar, precisando assim de atenção continuada. Esse atendimento também pode ser domiciliar, caso se faça necessário.

No CAPS Geral II de Sobral, o atendimento intensivo destina-se tanto aos usuários de alta da UIPHG, quanto àqueles com necessidades especiais de habilitação decorrente de seu quadro clínico ou da perda dos laços sociais devido à exclusão, isolamento ou preconceito.

O grupo de convivência do CAPS Geral II, vinculado à modalidade de atendimento intensivo, desenvolve-se diariamente, nos turnos da manhã e tarde, com exceção das quintas-feiras à tarde, com o desenvolvimento de atividades dentro e fora do serviço. Em média, 40 usuários vinculam-se ao referido grupo, sendo que a participação e a frequência dos mesmos nas atividades propostas no grupo estão fundamentadas nos seus respectivos projetos terapêuticos.

Dentro de sua proposta, foram elaborados diferentes grupos, os quais buscam contemplar as dimensões auto-expressiva, lúdica, criativa, simbólica, produtiva, profissionalizante, sócio-habilitadora do usuário assistido, considerando-o principalmente um ser social que se constrói na inter-relação com as outras pessoas e com o ambiente. Os grupos temáticos, identidade, auto-expressivo, cultural, de arte-terapia, de educação em saúde (voltado principalmente para um trabalho de higiene pessoal e AVD's), de atividade física, de lazer são os grupos que compõem o grupo de convivência. O Terapeuta Ocupacional, junto com psicólogo, educador físico, enfermeiro, assistente social, oficinairo são atualmente os profissionais mais envolvidos diretamente na realização dos grupos. Dessa maneira, os diferentes olhares e saberes e a prática da interdisciplinaridade são aspectos fundamentais que propiciam o fortalecimento do potencial terapêutico do grupo.

Os objetivos dos grupos podem assim ser enumerados: Promover a auto-expressão; estimular a criatividade; possibilitar a capacidade de escolha; oferecer suporte aos usuários em um ambiente afetivo e acolhedor; trabalhar a capacidade de tolerância; fornecer informações sobre a doença, utilizando-se de experiências compartilhadas; favorecer a integração grupal; estimular o desenvolvimento do sentido crítico; estimular a atenção, concentração e memória; trabalhar a auto-estima; auxiliar no enfrentamento de dificuldades pessoais e sociais; diferenciar limitações e incapacidades; instrumentalizar os usuários para manejar sintomas e lidar com eventos geradores de ansiedade e conflitos diversos; estimular a conquista de maior autonomia; propiciar a sociabilização; promover a habilitação social, dentre outros.

Na modalidade de atendimento semi-intensivo, o usuário pode ser atendido até doze dias mensalmente. É ofertada nos casos em que o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa tenham diminuído, melhorando as possibilidades de relacionamento. Porém, o indivíduo deve continuar recebendo atenção direta da equipe para reestruturar-se e resgatar sua autonomia. Da mesma forma que o atendimento intensivo, essa modalidade semi-intensiva de atendimento pode ser realizada por atenção domiciliar.

Em relação ao atendimento não-intensivo, este é ofertado para aquele usuário que não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades nos universos da família e do trabalho. Essa pessoa poderá ser atendida até três dias no mês. Esse atendimento também pode ocorrer na instância domiciliar.

No CAPS Geral II de Sobral, em relação às referidas modalidades de atendimento supracitadas, uma estratégia que está sendo implementada e ampliada para a atenção aos usuários intensivos, semi-intensivos e não intensivos é a de formação de grupos terapêuticos. O serviço dispõe de diferentes grupos: grupo semi-aberto de psicoterapia, de atendimento psiquiátrico, de crianças e adolescentes, de familiares, de pais, de terapia ocupacional, de convivência (este acolhe os usuários pós-alta, bem como àqueles com necessidades especiais de (re) habilitação decorrentes de seu quadro clínico ou da perda dos laços sociais devido à exclusão, isolamento ou preconceito, podendo assim se beneficiarem de atendimentos em âmbito mais intensivo), dentre outros.

A habilitação social é uma finalidade primordial contemplada pelo CAPS Geral II. Este realiza parcerias com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais, visando a criação de sistemas de apoio social de longa duração. Isto vem favorecendo a aquisição de geração de renda, a minimização dos agentes geradores de crise, a transição cultural da população em relação ao adoecimento mental, bem como a integração comunitária e social dos usuários.

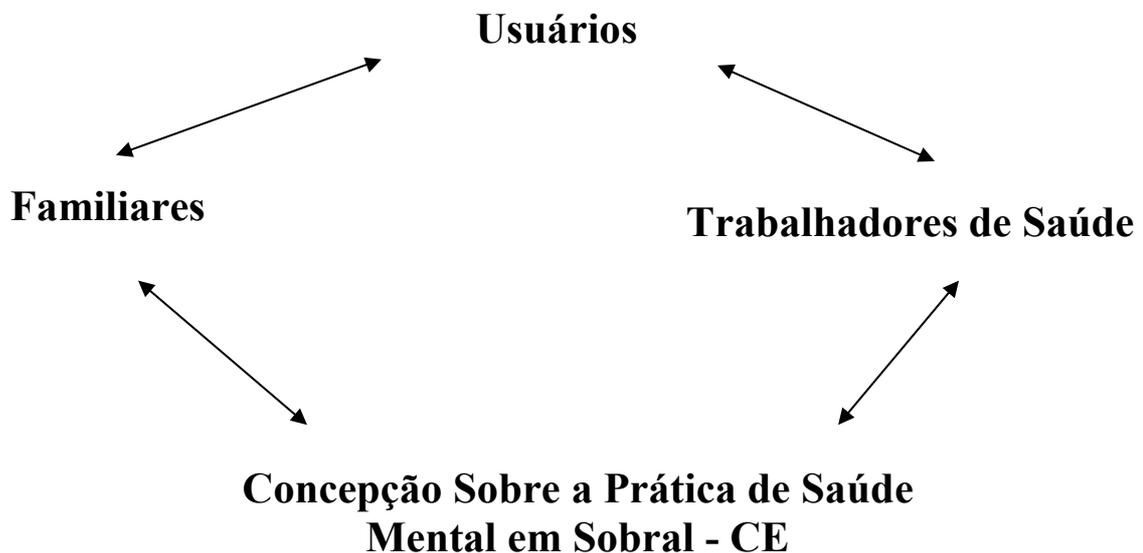
A equipe de saúde mental entende que se deve ter o cuidado de não transformar os usuários assistidos em “internos crônicos” do serviço, assim as ações são direcionadas no sentido de não tornar o usuário dependente do CAPS. Defende-se que os usuários com necessidades de habilitação psicossocial não fiquem interminavelmente vinculados às referidas modalidades de tratamento, tampouco se estimula que ele venha com uma grande frequência ao serviço.

Por esta razão, o CAPS Geral II busca estabelecer parcerias com a sociedade civil organizada, oferecendo atenção psicossocial fora do serviço. Isso acontece mediante a realização de cursos, capacitação profissional e projetos de inserção no mercado de trabalho. Como todos esses contatos se dão com a supervisão direta ou indireta dos trabalhadores de saúde do CAPS, são considerados atos terapêuticos mediados por sua equipe, e parte do tratamento semi ou intensivo dos usuários.

A criação da Associação Encontro de Amigos da Saúde Mental veio proporcionar a inserção no campo do trabalho protegido, sem maiores riscos trabalhistas para os usuários e os trabalhadores de saúde envolvidos. A Associação, uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, pode receber doações e assim reinvestir o capital na atenção psicossocial dos usuários assistidos.

1.4.3. Participantes da Pesquisa

Foram envolvidos na pesquisa os usuários, os seus respectivos familiares e os trabalhadores de saúde, que atuaram na assistência psiquiátrica e/ou observadores ativos que acompanharam o processo de cuidado oferecido tanto no modelo hospitalocêntrico, como na atual Rede de atenção psicossocial.



Fonte: Construída pela autora

Os trabalhadores de saúde participantes da pesquisa são psiquiatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico (ex-secretário) da Saúde do município, médica auditor da saúde, ofineiro/auxiliar de saúde mental, médico (ex-supervisor) da Rede de Sobral-CE/apoiador da reforma, os quais foram entrevistados nos seus locais de trabalho, bem como em outros lugares sugeridos por eles. Como critério de inclusão, participaram aqueles com histórico de atuação no modelo hospitalocêntrico e na Rede de atenção psicossocial, bem como aqueles trabalhadores de saúde, observadores ativos que acompanharam o processo de cuidado oferecido tanto no modelo hospitalocêntrico como na atual Rede. Para a aquisição da

amostra dos trabalhadores de saúde, além dos critérios acima citados, estão a saturação das informações como um balizador para o alcance desse universo.

No tocante aos 12 trabalhadores de saúde que participaram da pesquisa, 07 são do sexo masculino e 05 do sexo feminino, com idade compreendida entre os 33 e 60 anos. Quanto ao estado civil, 10 são casados e dois solteiros. Destes, três são enfermeiros; dois auxiliares de enfermagem; um oficineiro/auxiliar de saúde mental; quatro médicos psiquiatras; um médico sanitário (secretário da Saúde do município no período de 1997 a 2004) e um médico auditor da Saúde.

Quanto ao envolvimento dos trabalhadores de saúde, identificou-se que dentre os enfermeiros, um atuou como enfermeiro em 1999 na Casa de Repouso Guararapes e membro integrante da Junta Interventora no caso de Damião Ximenes Lopes. Nos dias de hoje, trabalha no CAPS ad e realiza plantões na UIPHG Dr. Estevam, bem como exerce a função de coordenador do SRT do município.

Um outro trabalhador de saúde da enfermagem começou a atuar na equipe básica de saúde mental do município em 1997. Participou como membro da junta interventora no “caso Damião”. Trabalhou no CAPS Geral II de 1999 até março de 2002. Atualmente está à frente da coordenação da saúde mental comunitária em Sobral.

Uma enfermeira trabalhou no hospital Guararapes a partir de 1995, onde atuou durante um ano e três meses. Posteriormente passou a compor a equipe do hospital dia em abril de 1996, onde permaneceu até junho de 2000, trabalhou durante quatro anos nessa instituição. Logo após a intervenção na Casa de Repouso Guararapes, que resultou no fechamento do referido hospital psiquiátrico em julho de 2000, passou a atuar no CAPS até fevereiro de 2004. Trabalha atualmente numa unidade de saúde da ESF, localizada em um distrito de Sobral.

Em relação aos auxiliares de enfermagem, uma trabalhou na Casa de Repouso Guararapes, de 1997 a 2000, quando então ocorreu o seu fechamento. Atualmente trabalha como cuidadora do SRT. O outro trabalhador de saúde atuou no hospital Guararapes de 1994 até o final de 1995, durante um período de nove meses. Trabalha atualmente na Santa Casa do município e no CAPS ad, desde 2002.

Um oficineiro/auxiliar de saúde mental trabalhou no hospital dia de 1996 até o seu fechamento em 2000, depois passou a atuar no CAPS Geral II e CAPS ad, onde permanece até os dias de hoje.

No que concerne aos seis médicos participantes da pesquisa, quatro são psiquiatras; e os outros dois são: um médico sanitarista e um médico auditor. Quanto aos psiquiatras, um apoiou o reflexo do movimento da Reforma Psiquiátrica, quando iniciada em Sobral desde o ano de 1997, realizou supervisão institucional do CAPS até 2004 e é professor titular em Saúde Pública da UECE. Outro começou a atuar na saúde mental em Sobral desde 1982. Trabalhou no centro de saúde de Sobral – ambulatório de psiquiatria, hospital Guararapes e hospital dia. Atualmente atua no CAPS Geral II e no ambulatório de psiquiatria do CEM. Outro psiquiatra trabalhou no Guararapes, no hospital dia, fez parte da equipe de saúde mental que atuava no PAM em 1997, posteriormente trabalhou na Rede de saúde mental até 2004; outro psiquiatra atuou na intervenção do hospital Guararapes e trabalhou na Rede de atenção psicossocial, de março/2000 a outubro/2003. O médico sanitarista foi Secretário Municipal da Saúde de Sobral, de 1997 a 2004. Na sua gestão ocorreu o fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes e a implantação da Rede de atenção psicossocial. Atualmente é gestor da Saúde no município de Fortaleza e professor da Faculdade de Medicina (UFC) em Sobral. Outro médico participante da pesquisa trabalha em Sobral desde 1998, foi auditor na equipe de comissão de auditoria que realizou auditoria no caso de Damião Ximenes Lopes, basicamente esse foi o seu envolvimento com a saúde mental do município. Atualmente é consultor da Secretaria da Saúde do Município e professor da Faculdade de Medicina da UFC em Sobral.

A pesquisa contemplou os usuários com TMs, de ambos os sexos, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, estabilizados, e que apresentavam histórico de atendimento no modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, encontrando-se no momento da pesquisa em tratamento no CAPS Geral II, em condições físicas e psíquicas, e com autonomia para decidir sobre a sua participação e colaboração com a pesquisa.

Importante informar que a escolha do CAPS Geral II como cenário da pesquisa, justifica-se também pelo fato da pesquisadora fazer parte equipe multiprofissional do referido serviço há aproximadamente nove anos.

Dos dez usuários entrevistados, nove especificamente apresentaram histórico de internação na Casa de Repouso Guararapes e seis com tratamento no dispositivo hospital dia.

Pelo fato de se tratar de um grupo que apresenta critérios de voluntariedades, involuntariedades no processo da criticidade (do juízo crítico), os usuários somente tornaram-se oficialmente membros informantes da pesquisa, mediante a co-autorização expressa de

seus familiares responsáveis. Assim foi solicitado o consentimento tanto do usuário, como de um familiar responsável. A população entrevistada para este segmento foi delimitada no campo com o auxílio dos seguintes critérios: aceitação e não-aceitação dos usuários, falta de condições psíquicas para participar da pesquisa, ausência de histórico em acompanhamento nos hospitais Guararapes e dia, bem como saturação das informações.

No período de realização da pesquisa, dos 40 usuários em acompanhamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, 10 aceitaram participar da pesquisa e correspondiam aos critérios preconizados no estudo.

Em relação aos demais usuários, nove recusaram participar da pesquisa; nove usuários não apresentavam histórico de internação na Casa de Repouso Guararapes e hospital dia; 12 não apresentavam condições psíquicas para participar da pesquisa.

Do total de 10 indivíduos que compuseram a amostra, 08 são do sexo masculino e 02 do sexo feminino, sendo 8 solteiros, 1 viúvo e 1 separado. A faixa etária dos participantes está compreendida entre os 23 e os 57 anos de idade. Destes, 06 são sobralenses, um é oriundo da serra da Meruoca-CE, um de Crateús-CE, um de Pacujá-CE e um de Madeira-CE, povoado localizado próximo à cidade de Santana do Acaraú-CE.

Em relação à escolaridade, dois concluíram o ensino médio; quatro cursaram o ensino fundamental incompleto; um o ensino fundamental completo e três não são alfabetizados. No tocante à ocupação, 05 usuários são aposentados; quatro encontravam-se desempregados e um era do lar.

A renda familiar variou entre os R\$ 300,00 e R\$ 1.400,00. Dois usuários relataram que a renda da família é equivalente a R\$ 300,00; um relatou uma renda de R\$ 350,00; um apresentou renda familiar de R\$ 500,00; um outro tinha renda de R\$ 600,00; dois informaram uma renda de R\$ 650,00; outro com renda de R\$ 800,00 e finalmente dois participantes mencionaram uma renda de R\$ 1.400,00.

No que se refere ao diagnóstico dos usuários, detectou-se que quatro apresentam transtorno afetivo bipolar; três esquizofrenia; um com esquizofrenia hebefrênica; um com transtorno esquizoafetivo e um usuário com TM devido à lesão e disfunção cerebral e à doença física, associado à epilepsia.

No que diz respeito à manifestação da primeira crise, associada à faixa etária, identificou-se que dois usuários apresentaram a primeira crise aos 15 anos de idade; um

apresentou aos 16 anos; um com 17 anos; um aos 19 anos de idade; dois aos 20 anos de idade; um com 25 anos de idade; um com 26 anos e outro usuário aos 35 anos de idade. Observou-se assim que a faixa etária da manifestação da primeira crise está compreendida entre os 15 e 35 anos de idade, sendo que a maioria dos usuários apresentou a primeira crise na fase da adolescência.

No tocante aos familiares (mãe, avô, filho e irmã), estes apresentavam condições físicas e psíquicas, autonomia para decidir sobre a sua participação e colaboração com a pesquisa, estavam convivendo com o usuário, apresentando condições de responder à entrevista. Como critérios de inclusão, foi estabelecido que as pessoas deveriam se integrar de modo espontâneo e esclarecido e que deveriam expressar disponibilidade para responder à entrevista, além de possuírem um familiar que foi assistido pelo modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, sendo que no momento da pesquisa este familiar teria de ser um usuário da Rede de saúde mental. Diante destes critérios associados à saturação das informações no campo, identificou-se a amostra composta pelos familiares participantes da pesquisa.

No que diz respeito aos 10 familiares de usuários participantes da pesquisa, 08 são do sexo feminino e 02 do sexo masculino, sendo que desses, três são solteiros, um casado, um separado e 5 são viúvos. A faixa etária dos participantes está compreendida entre os 24 e os 77 anos de idade.

Em relação ao grau de parentesco dos familiares, identificou-se a presença de seis mães, um avô, um filho e duas irmãs. Quanto à escolaridade, constatou-se que dois familiares cursaram o ensino fundamental; 05 não concluíram o ensino fundamental; e três não eram alfabetizados.

No que concerne à ocupação dos familiares, detectou-se que uma pessoa trabalhava como costureira; um encontrava-se desempregado; dois eram pensionistas; três aposentados e três do lar.

1.4.4. Técnicas e Instrumentos de Coleta dos Discursos

Inicialmente solicitou-se autorização formal, por escrito à Diretoria de Ensino e Pesquisa do Instituto de Desenvolvimento em Tecnologias em Saúde da Família para a realização da pesquisa. Posteriormente foi encaminhado o projeto de pesquisa ao Comitê de

Ética em Pesquisa – CEP/UVA, cujo objetivo consistiu em obter a aprovação com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE.

Com a aprovação do projeto, foi encaminhado um ofício à Coordenação da Rede de atenção Psicossocial (Apêndice H) e à Coordenação do CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes (Apêndice G) com o objetivo de comunicar a realização da pesquisa.

A abordagem aos os usuários e familiares ocorreu no primeiro momento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes. A pesquisadora realizou apresentação pessoal, seguida de uma explicação acerca do projeto de pesquisa, de sua importância, do método a ser utilizado e dos objetivos com a realização da mesma. Foi entregue aos mesmos um cartão de agendamento para a realização da entrevista (Apêndice I), constando o dia, local e horário da realização da entrevista. No segundo momento, foi apresentado e distribuído a cada integrante potencial o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D e E).

A abordagem aos trabalhadores de saúde, no primeiro momento, foi realizada nos seus locais de trabalho. A pesquisadora realizou apresentação pessoal, seguida de uma explicação acerca do projeto de pesquisa, de sua importância, do método a ser utilizado e dos objetivos com a realização do estudo. Além disso, foi apresentado e entregue a cada integrante potencial o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F). Assegurou-se aos participantes da pesquisa o direito de desistir da participação a qualquer momento. Garantiu-se também o anonimato, bem como o retorno dos resultados da pesquisa.

Ao final do primeiro contato verbal com cada participante da pesquisa, foi distribuído aos mesmos um cartão de agendamento (Apêndice I), marcando a data do próximo encontro, o qual ocorreu em local, dia e horário pré-agendado e acordado com eles para a realização da pesquisa.

A pesquisa realizou-se no período de março de 2007 a maio de 2008. O período de coleta de informações ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2008.

As entrevistas foram realizadas individualmente, seguindo o modelo de entrevista semi-estruturada. Organizou-se um roteiro com as principais questões que foram abordadas na entrevista.

O instrumento foi aplicado a usuários (Apêndice A), familiares (Apêndice B) e trabalhadores de saúde (Apêndice C), buscando compreender as concepções das pessoas com TMs, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, familiares e

trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de atenção psicossocial. Vale salientar que os instrumentos foram submetidos a um pré-teste, em seguida foram realizadas as mudanças necessárias, com o intuito de aprimorá-los.

Ao aceitarem participar da entrevista, o passo seguinte consistiu em solicitar o pedido de autorização para gravação da entrevista. Quanto à utilização do gravador, Leopardi (2002) enfatiza que é interessante o registro desta forma, pois o pesquisador tem a certeza da fidedignidade da reprodução, evitando, assim, riscos de interpretações equivocadas. Possibilita, também, que o pesquisador fique atento à fala do entrevistado, fazendo intervenções, quando necessário.

Todas as entrevistas foram gravadas em fita cassete com a permissão dos participantes da pesquisa. Após a entrevista, a fita foi ouvida pelo entrevistador e pelo entrevistado, o qual foi novamente consultado sobre a utilização das informações para o estudo e, posterior utilização e divulgação científica.

1.4.5. Organização, Análise e Interpretação dos Discursos

A organização das informações teve como suporte o referencial proposto por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), e Lefèvre e Lefèvre (2005), o DSC já descrito no eixo metodológico. Optou-se pela referida proposta para organização e análise das informações por considerá-la adequada tanto à natureza como ao objeto da pesquisa.

Os discursos coletados foram interpretados à luz da hermenêutica de Gadamer (1997), já explicitada no desenvolvimento da pesquisa.

1.4.6. A Ética na Pesquisa

Os preceitos ético-legais foram respeitados, em que se buscou caminhar de forma correta na realização dessa pesquisa. Para tanto, o primeiro procedimento foi enviar o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da UVA. Após obtenção do parecer favorável, iniciou-se o trabalho de campo. Antes, porém, foi encaminhada a proposta da pesquisa à coordenação da

Rede de atenção Psicossocial (Apêndice H) e à coordenação do CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes (Apêndice G).

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente resolução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Quanto à eticidade nessa pesquisa, poderá ser conferida nos seguintes aspectos: Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para todos os participantes da pesquisa (Apêndices D, E, F) respeitando o desejo de cada um de não participar da pesquisa e garantindo que qualquer dano seria evitado.

A pesquisa foi norteada pelos princípios da beneficência: respeitaram-se os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes; assegurou-se a confidencialidade e a privacidade dos participantes; quando da divulgação dos resultados da pesquisa, foram ressaltados os aspectos possíveis de propiciar uma melhoria nas condições de vida das pessoas envolvidas.

Essa pesquisa incorporou os quatro princípios da bioética citados por Fortes (1998): autonomia, beneficência e não-maleficência, justiça e equidade que norteiam a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contém diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, de forma direta ou indireta, individual ou coletiva, sejam elas realizadas por quaisquer categorias profissionais, no campo biológico, psíquico, educacional, cultural ou social, incluindo o manejo de informações e materiais.

O princípio da autonomia foi considerado mediante o esclarecimento aos participantes da pesquisa de que sua participação seria voluntária, sendo que a qualquer momento poderiam se negar a responder às questões abordadas, como também poderiam desistir da pesquisa, evidenciando assim o consentimento livre e esclarecido, o qual orientou as pessoas sobre o preenchimento, fazendo-lhes saber que tal procedimento se configurava uma exigência em respeito às questões ético-legais da pesquisa. Em relação às pessoas com TMs, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) foi assinado pelos mesmos e por um familiar responsável. A inclusão efetiva dos participantes da pesquisa ocorreu após assinatura e devolução do Termo de Consentimento Informado, sendo-lhes garantido o seu anonimato na divulgação dos resultados, conforme preconiza a Resolução Nº 196/96.

Foi garantido o respeito à individualidade dos participantes da pesquisa. Quanto ao princípio da beneficência foi acordado que seriam devolvidos os resultados da pesquisa aos participantes da pesquisa e aos representantes legais das entidades envolvidas, objetivando uma forma de devolução dos resultados obtidos com o estudo. Ainda quanto aos benefícios desta pesquisa, ressaltou-se que ela se configurava um instrumento de empoderamento da equipe de saúde mental, a qual possibilitaria uma melhor compreensão dos usuários assistidos, assim como também ofereceria subsídios para um melhor vínculo com o usuário, familiar, serviço especializado e trabalhador de saúde, além de favorecer uma melhoria da atenção em saúde mental, subsidiando outras pesquisas e despertando o interesse desse tema em trabalhadores da saúde mental e estudantes.

E no que diz respeito à não-maleficência, foi garantido que no transcorrer da pesquisa nenhum efeito nocivo incidiria sobre os participantes. Suas concepções/opiniões sobre o objeto de estudo não influenciariam na forma como estes seriam tratados na Rede de atenção psicossocial durante e após a pesquisa.

A pesquisa atendeu ainda ao princípio da justiça e equidade, pois esse estudo tem como objetivo contribuir para a melhoria da atenção à pessoa com TM, desenvolvendo assim finalidades sócio-humanitárias. Os resultados desse trabalho serão apresentados às instituições envolvidas, bem como aos atores sociais participantes direta e indiretamente, ou seja, usuários, familiares e trabalhadores de saúde.

CAPÍTULO II – CONSTRUÇÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE, USUÁRIOS E FAMILIARES

Os discursos dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares estão fundamentados nos seguintes eixos: Sentido da hospitalização em hospital psiquiátrico tradicional e hospital dia, Retrato do modelo da Rede de atenção psicossocial e (Des) Humanização do cuidado em diferentes dispositivos de atenção em saúde mental. De cada eixo emergiram categorias, ou seja, idéias centrais sínteses, originadas das idéias centrais semelhantes ou complementares, representativas de suas respectivas expressões-chave.

2. O SENTIDO DA HOSPITALIZAÇÃO EM HOSPITAL PSQUIÁTRICO TRADICIONAL E HOSPITAL DIA EM SOBRAL

Para o início da elaboração do capítulo, torna-se necessária a apresentação das idéias centrais sínteses (denominadas de categorias), dos discursos dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares, às quais se configuram representativas das idéias centrais e das respectivas expressões-chave dessas últimas.

No primeiro momento, colocou-se em evidência a assistência prestada na Casa de Repouso Guararapes. Os discursos dos trabalhadores de saúde apontaram para o surgimento de categorias. A Categoria 1 denominada **PREDOMINÂNCIA DA LÓGICA DA LUCRATIVIDADE**, apresentou a idéia central lógica de lucro.

DSC – 1

A assistência no Guararapes era de queixa-conduta, não existia triagem prévia. Alcoólatra, psicótico, depressivo eram prontamente internados, o compromisso era com o lucro. Quando a demanda chegava no Guararapes não era realizada nenhuma avaliação, simplesmente recebiam as pessoas, muitas vezes sem a presença de nenhum familiar. De 45 em 45 dias os prontuários do Guararapes eram renovados e não queriam nem saber se a família vinha, se o paciente estava melhor, renovavam logo o prontuário. Embora sendo um hospital público, incorporava o modelo privado de acumulação dentro do setor saúde, então a grande lógica não era da qualidade da assistência à pessoa com transtorno mental, era uma lógica mesmo de lucro. O proprietário tinha vários negócios, o hospital era apenas um negócio. O hospital na época tinha um faturamento de 60 mil reais por mês. A auditoria feita após a morte de Damião sugeriu muitos aspectos, o faturamento não era revestido para a qualidade da assistência e sim para investimentos do proprietário. A idéia que tinham era que o Guararapes não era um hospital e sim um hotel, os pacientes eram vistos como hóspedes, quanto maior a estadia, quanto mais tempo dentro do hospital, maior o lucro. O proprietário do Guararapes ficava embevecido quando se dava alta aos pacientes que não tinham mais justificativas para continuarem internados. Isto dificultava o trabalho dentro do hospital. O hospital era abandonado pelo sistema de administração, o administrador não gastava, não fazia nenhum investimento para melhorar a assistência. Tinha época que no Guararapes tinha na faixa de 120 pacientes internados. As internações eram de meses, pois quanto mais tempo os pacientes ficavam internados, melhor e maior era o lucro para o dono.

De acordo com os trabalhadores de saúde, a lógica que fundamentava e movia a assistência desenvolvida no hospital psiquiátrico, era predominantemente lucrativa. Daí a explicação para não existir uma dinâmica de triagem adequada dos casos que eram encaminhados para a instituição, prevalecia um cenário caracterizado por internações imediatas, e na maioria das vezes inadequadas, renovação de prontuários, sem o cuidado de avaliação da necessidade de continuação no sistema de internamento, superlotação de usuários, os quais estavam condicionados a internações de longa duração.

Ao focalizar um trecho dos discursos dos trabalhadores de saúde: “(...) A assistência no Guararapes era de queixa-conduta, não existia triagem prévia. Alcoólatra, psicótico, depressivo eram prontamente internados (...)”, observa-se que havia uma dinâmica voltada para internar na instituição todos que a ela chegavam e eram encaminhados.

Reforçando a concretude do fato relatado acima, em Sobral (2000), identifica-se que um importante fator apontado pelo relatório de sindicância, produzido na época da intervenção no hospital psiquiátrico, para apurar a morte de um usuário internado, diz respeito à ausência prolongada do médico no hospital. Os casos de internação eram realizados pelo porteiro, nos horários em que os médicos não se encontravam. O primeiro trabalhador de saúde não tinha qualificação para a realização de triagem e indicação de internação. No segundo momento, após a internação, era que o médico chegava, e então fazia a avaliação e prescrição. Constatava-se também uma prática de internar todos que chegavam. Isso só não acontecia quando não existiam vagas disponíveis.

Apreende-se pelos discursos dos trabalhadores de saúde que, embora sendo de natureza pública, constatou-se que a assistência psiquiátrica prestada pelo referido estabelecimento possuía uma lógica essencialmente privada, lucrativa: “(...) Embora sendo um hospital público, incorporava o modelo privado de acumulação dentro do setor saúde (...) a grande lógica não era a da qualidade da assistência (...), era uma lógica mesmo de lucro (...)”.

O proprietário do hospital psiquiátrico, inclusive, não era uma pessoa vinculada ao universo da saúde, era um empresário, e como tal estava compromissado marcadamente com o lucro. A instituição significava para ele somente mais um de seus empreendimentos. Os trabalhadores de saúde denunciam que o proprietário irritava-se mesmo com o fato de os usuários receberem alta do hospital e isto de certa maneira trazia transtornos para os trabalhadores de saúde e prejuízos para os usuários: “(...) O proprietário ficava embravecido

quando se dava alta aos pacientes que não tinham mais justificativas para continuarem internados. Isto dificultava o trabalho dentro do hospital (...).”

Compreende-se que isto interferia na qualidade da assistência, pois como os usuários eram encarados como fontes geradoras de lucro, o hospital se distanciava da essência de significar um espaço de cuidado e atenção qualificada. Como se pode explicar essa situação? Será que existia alguma legitimação para o hospital psiquiátrico apresentar essa dinâmica de funcionamento?

Os estudos de Amarante (2003) levam a um entendimento sobre a situação explicitada. Ele esclarece que, com a privatização da psiquiatria, ocorreu o nascimento da indústria da loucura. Na década de 60 aconteceu a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, que se tornaram o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Por intermédio da previdência social, o Estado optou por comprar os serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de realizar investimentos na precária situação da rede pública. A doença mental transformou-se então em objeto de lucro, isto fez com que um conhecido médico da época chamado Dr. Carlos Gentile de Melo evidenciasse a expressão “indústria da loucura” para caracterizar este tipo de “mercado” promissor. Na prática, isto significou um considerável aumento do número de leitos hospitalares e, conseqüentemente, de internações em hospitais psiquiátricos. No final da década de 70, a previdência social disponibilizou 97% do total dos recursos da assistência psiquiátrica somente para o pagamento das internações na rede hospitalar conveniada e contratada.

Há que se questionar: Que hospital psiquiátrico é este que enxerga os seus usuários como hóspedes e potenciais fontes geradoras de lucro? Quantos internamentos inadequados foram realizados nessa instituição? Quantos usuários sofreram prejuízos e perdas oriundas das longas e reinternações freqüentes? Quantos se tornaram vítimas de rupturas violentas com o seio familiar e o universo comunitário e social? Quantas pessoas com TMs foram submetidas ao processo de cronificação? Tudo isto para garantir os lucros do seu proprietário. Todo o contexto exposto compõe um conjunto propiciador da existência de fortes indícios de iatrogenia⁴ na instituição.

Será que os demais hospitais psiquiátricos do Brasil comungavam com o mesmo objeto de interesse da Casa de Repouso Guararapes? No Jornal O POVO (2006), tem-se a

⁴ Este termo também substituído por iatropatia provém de iatro (que significa médico), com o radical genia (gerador, gênese). Em síntese diz respeito a todo tipo de dano provocado pela intervenção médica ou qualquer forma de tratamento médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.147).

possibilidade de conhecer o relato de um indivíduo com histórico de internações em hospitais psiquiátricos, o qual denuncia que os donos e os sócios dos hospitais psiquiátricos se posicionam contra a Reforma Psiquiátrica devido aos seus altos lucros financeiros. Alega que os personagens poderosos da psiquiatria são ou têm políticos (senadores, deputados e vereadores) patrocinados em suas campanhas eleitorais com verbas oriundas do confinamento e tortura de cidadãos brasileiros.

Em OPAS (2001) apreende-se também relatos históricos sobre hospitais psiquiátricos de vários países, incluindo-se os do Brasil, em sua grande maioria, que se transformaram em depósitos de pessoas com TMs e em respeitáveis estabelecimentos geradores de altos lucros.

Entende-se que em Sobral, no contexto da assistência da Casa de Repouso Guararapes, a elaboração de um projeto terapêutico individualizado para o usuário significava algo improvável de existir e caso houvesse a intenção para tal, na prática tornara-se uma complexa situação a sua operacionalização de maneira adequada e satisfatória. O hospital psiquiátrico significou uma instituição não comprometida pela guarda responsável de pessoas com TMs, estas foram usadas pra satisfazer e justificar a necessidade de obtenção de lucro do proprietário do estabelecimento, sedento por posses materiais. Para algumas famílias que não se sentiam co-responsabilizadas com o tratamento de seus parentes, significou uma fonte de ganhos secundários, e para alguns trabalhadores de saúde, muito provavelmente acomodados ou impotentes diante do sistema, se configurou um cabide de emprego, gerador de renda financeira. Para a pessoa com TM significou uma atenção não qualificada e um manancial rico de violação aos direitos humanos. Em relação à sociedade como um todo, desempenhou o papel de guarda do “louco”, tido como uma verdadeira ameaça à manutenção da ordem e proteção das pessoas consideradas “normais”.

Os discursos dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares em relação ao hospital Guararapes, indicaram a Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE. Nos discursos dos trabalhadores de saúde, emergiram as seguintes idéias centrais: capacitação inadequada para o serviço prestado, impropriedade diagnóstica, internações inadequadas, inexistência de projeto terapêutico, descontinuidade da assistência, não garantia da medicação e ausência de equipe multiprofissional, conforme observado no discurso abaixo.

Os profissionais sofriam da síndrome da procrastinação, sempre deixavam para depois o que poderiam fazer logo, não chegavam no horário, não saíam no horário. Saíam com frequência do hospital para resolver assuntos pessoais no horário de trabalho, depois voltavam. O olhar era de descaso, indiferença. As prescrições e condutas não eram evoluídas nos prontuários. No prontuário de Damião Ximenes não constava nenhuma evolução, nem médica, nem de enfermagem. O que existia, às vezes, eram prescrições do auxiliar de enfermagem. Da grande maioria dos profissionais existia total falta de compromisso e cuidado com os pacientes. Quando chegava um paciente, os médicos mandavam os auxiliares fazer a admissão, depois iam vê-lo, costumavam fazer prescrição verbal. Até médica falsa apareceu no hospital. Passou pela direção do hospital, pelo dono do hospital que não pediu nenhuma credencial à mesma. Ficou atuando como psiquiatra por um período de seis a oito meses. Descobrimos que trabalhava como auxiliar de raio X em Belém. Não havia diferenciação para saber se a pessoa apresentava neurose, psicose, na visão dos médicos todos eram psicóticos. Com a morte de um paciente no manicômio, foi instituída uma junta interventora. Os profissionais se mostraram resistentes à atuação da junta. Participei como membro da junta, um dos fatores que mais chamou minha atenção foi a existência de diagnósticos errados. Existia muitos pacientes com doença de Alzheimer, identificados e tratados como esquizofrênicos. Teve a participação fundamental de duas psiquiatras que reavaliaram os casos e detectaram diversas irregularidades, dentre essas, muitos diagnósticos errados. Havia pessoas internadas que não necessitavam estar no hospital. Iniciou-se o processo de alta dos pacientes diagnosticados e tratados inadequadamente. A alta era realizada com a medicação correta e logo era agendado o retorno ao ambulatório. Cada caso foi sendo drenado cuidadosamente, ficaram no hospital somente aqueles pacientes graves, que infelizmente haviam sofrido cronificação. A maioria dos auxiliares não tinha formação, nem qualificação para trabalhar na enfermagem e na saúde mental, essas pessoas foram desvinculadas pela junta. A assistência não oferecia nenhum projeto terapêutico adequado, qualificado para o paciente que infelizmente se cronificava cada vez mais. Fora do contexto do hospital não existia continuidade no tratamento. Não existia participação dos órgãos públicos na manutenção dos medicamentos. Uma assistência ao paciente não se faz somente com a presença do médico, mas se faz também incluindo os outros profissionais.

Identifica-se nos discursos dos trabalhadores de saúde, que havia uma falta de compromisso com a assistência de qualidade daqueles que atuavam no hospital psiquiátrico: “(...) Os profissionais sofriam da síndrome da procrastinação (...) O olhar era de descaso, indiferença. As prescrições e condutas não eram evoluídas nos prontuários (...) Da maioria existia total falta de compromisso e cuidado com os pacientes. Quando chegava um paciente, os médicos mandavam os auxiliares fazer a admissão, depois iam vê-lo, costumavam fazer prescrição verbal (...)”.

Sabe-se que a doença mental deve ser tratada fundamentalmente por trabalhadores de saúde com capacidade técnica, pois a condução inadequada dos casos acarreta prejuízos consideráveis no quadro psicopatológico e na saúde das pessoas com TMs. No entanto, observa-se que os médicos tinham uma prática comum de realizar prescrição verbal, sem

antes dessa conduta, fazer uma avaliação criteriosa e responsável do quadro psicopatológico manifestado pelo usuário.

A capacitação inadequada para o serviço prestado foi outro aspecto citado: “(...) Até médica falsa apareceu no hospital (...) Ficou atuando como psiquiatra por um período de seis a oito meses (...)”. Em outro momento, apreende-se que os participantes da pesquisa identificaram que a maioria dos auxiliares de enfermagem não tinha formação, nem qualificações para trabalhar na enfermagem, teriam então competência para atuarem no universo da saúde mental?

Que conjuntura é esta? Como se explica a primeira situação, ou seja, a ocorrência de uma pessoa sem qualificação técnica conseguir atuar como psiquiatra numa instituição sem ser responsabilmente investigada pela coordenação clínica e administrativa do hospital? Quantos usuários se tornaram vítimas do saber e da prática dessa suposta médica? Na segunda circunstância, faz-se necessário outro questionamento: Se uma das atribuições do auxiliar de enfermagem é responsabilizar-se pelo monitoramento da medicação dos usuários internados, como não tinham formação, nem qualificação, como se pode garantir que os medicamentos eram corretamente administrados?

Os trabalhadores de saúde denunciam que na atuação da junta interventora, percebeu-se que as impropriedades diagnósticas também reinavam soberanas no âmbito da assistência: “(...) Existia muitos pacientes com Alzheimer, identificados e tratados como esquizofrênicos. (...) Não havia diferenciação para saber se a pessoa apresentava neurose, psicose, na visão dos médicos todos eram psicóticos (...)”.

Faz-se necessário ressaltar que os achados dessa pesquisa encontram respaldo com o relatório de sindicância produzido pela equipe liderada pela psiquiatria, para apuração da morte de Damião Ximenes Lopes, o qual constatou a falta de conhecimento técnico da equipe médica, bem como graves falhas na terapêutica adotada, caracterizados por impropriedades diagnósticas, prescrições de medicações inadequadas, dentre outras irregularidades. Estes aspectos mostraram-se determinantes no quadro psicopatológico das pessoas internadas (SOBRAL, 2000).

A predominância das internações inadequadas, também deixou a sua marca, mediante os discursos dos trabalhadores de saúde: “(...) Havia pessoas internadas que não necessitavam estar no hospital (...)”.

Este resultado encontra ressonância com os estudos realizados pela OPAS (2001), em diferentes hospitais psiquiátricos. Ela refere que pelo menos um terço dos indivíduos não apresentava diagnóstico psiquiátrico que justificasse sua presença em hospitais psiquiátricos visitados na América Central e na Índia. Na maioria dos hospitais, o registro em prontuários revelou-se bastante inadequado. E mais, em 80% dos hospitais psiquiátricos visitados durante os últimos cinco anos, constatou-se também que exames rotineiros como de sangue e de urina não eram realizados.

Retomando os estudos de Sobral (2000), evidencia-se a existência corriqueira de impropriedades diagnóstica e terapêutica no âmbito da assistência prestada no hospital psiquiátrico. Havia a predominância de diagnósticos iguais, bem como de diagnósticos errados dos usuários internados.

Os estudos de Levav & Gonzalez (2000), corroboram com os conteúdos aqui percorridos, e comprovam que em diversos hospitais psiquiátricos situados na América Central e na Índia, foi também detectada a prática de internações inadequadas. Pelo menos um terço dos indivíduos internados era composto por pessoas com epilepsia ou retardo mental, e para os quais a institucionalização psiquiátrica é desnecessária e não traz benefícios. Eles poderiam voltar a viver na comunidade, fazendo uso de medicação apropriada e recebendo suporte de uma série de serviços e sistemas de apoio de base comunitária.

Diante de todo o contexto mencionado sobre o hospital psiquiátrico do município, não há como se surpreender a respeito da denúncia da inexistência de projeto terapêutico para os usuários internados, bem como da ausência de equipe multiprofissional.

Em relação à não-garantia da medicação e à ausência de cuidados extramuro, entende-se que são aspectos relacionados à inexistência de uma Política Municipal organizada de atenção direcionada para as pessoas com TMs, na época, conforme ressalta Sampaio (1999). Este estudioso esclarece que a Casa de Repouso Guararapes se tratava de um hospital psiquiátrico clássico, com 80 leitos de internação diuturna e 30 leitos de internação-dia (). A clientela apresentava alto grau de cronificação, com longas internações e frequentes re-internações. Na realidade não existia nenhuma política organizada de atenção às pessoas com TMs.

Como há possibilidade de se oferecer uma atenção qualificada em saúde mental, sem prioritariamente existir uma garantia da medicação para o tratamento extramuro? Entende-se também que no momento em que o usuário recebia alta da instituição e não lhe era garantido

uma continuidade da assistência no sentido mais amplo, havia uma situação bastante favorável para que ele se tornasse refém da ciranda crise-internação.

Neste contexto, identifica-se que de fato o hospital psiquiátrico não conduziu de maneira adequada os casos que lhes foram colocados sob a sua responsabilidade. Neste estabelecimento constatou-se o descompromisso com a assistência de qualidade, nutrido pela capacitação inadequada para o serviço prestado, impropriedade diagnóstica, internações inadequadas, inexistência de projeto terapêutico, descontinuidade da assistência, não-garantia da medicação e ausência de equipe multiprofissional.

Compreende-se que o hospital psiquiátrico compõe um degradante cenário de instituições psiquiátricas que, por excelência, produziram dívidas existenciais irreparáveis, causadoras de diversificadas e importantes perdas na vida de milhares de milhares de pessoas com TMs e de seus familiares.

Os discursos dos usuários em relação à Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE ofereceram como as idéias centrais: reinternação no hospital psiquiátrico; capacitação inadequada para o serviço prestado e crise psicótica sucessiva. A idéia central capacitação inadequada para o serviço prestado corroborou com a dos discursos dos trabalhadores de saúde.

DSC – 3

Eu passava um mês internado, voltava pra casa, quebrava tudo, aí polícia me levava de novo pro hospital. Os pacientes vivia em crise, impregnado. Eu já passei por muitas internações, saía de alta, com poucos dias voltava de novo para o hospital. Os medicamentos daquela época não prestavam porque eu vivia em crise. Aqueles doutores eram devagar, nem passar remédios direito sabia. Tinha auxiliar de enfermagem, monitor de pátio que botava os pacientes pra brigar e ficava tudo mangando da gente. Mandavam a gente subir no pé de castanhola, depois pular para ver se a gente era doido mesmo. Era um inferno lá dentro, podia ver a gente se matando, ficava era mangando da gente e acovitando as brigas. As pacientes batia na gente, quando eu ia falar pros auxiliar, diziam: se vira, aí, eu também metia a peia nelas, partia pra cima pra bater, eu não podia ficar só apanhando.

Os usuários relataram que as reinternações no hospital psiquiátrico e as crises psicóticas sucessivas manifestadas pelos usuários compõem o perfil do quadro apresentado pelas pessoas assistidas no hospital. Apreende-se também uma prática em saúde mental inadequada e incongruente com uma assistência tecnicamente qualificada.

Por que será que os usuários com TMs eram submetidos a freqüentes reinternações no hospital Guararapes? Qual (is) o(s) motivo(s) de manifestarem crises psicóticas

sucessivas? Nessa instituição, existiam procedimentos de conduta, incluindo a medicamentosa, em ressonância de fato com o cuidado em saúde mental? Fora do contexto do hospital, havia continuidade do tratamento?

Identifica-se no discurso dos usuários, que havia pessoas que trabalhavam no hospital psiquiátrico com capacitação inadequada para o serviço prestado, estavam despreparadas para lidarem com as pessoas com adoecimento mental: “(...) Tinha auxiliar de enfermagem, monitor de pátio que botava os pacientes pra brigar e ficava tudo mangando da gente. Mandavam a gente subir no pé de castanhola, depois pular para ver se a gente era doido mesmo (...)”.

Os discursos dos usuários encontram ressonância em Pereira (2001), o qual menciona que no relatório de sindicância constam diversos depoimentos de pessoas com histórico de internação no Guararapes, às quais relataram que por diversas vezes presenciaram que enfermeiro, carcereiro, monitores do pátio, incentivando brigas dos internos entre si e aquele interno que apanhava, tornava-se alvo de chacota, zombaria, sendo incentivado novamente a brigar durante horas.

Que conduta profissional é esta? Considerando-se que se tratasse de um pequeno grupo isolado de trabalhadores de saúde que apresentavam condutas inadequadas, onde estavam os outros que não coíbiam as referidas ações? Tinham conhecimento dessa postura e mesmo assim se mostravam omissos, passivos ou indiferentes?

Apreende-se também no discurso dos usuários que o conhecimento técnico da equipe médica é fortemente questionado e criticado. “(...) Os medicamentos daquela época não prestavam porque eu vivia em crise. Aqueles doutores eram devagar, nem passar remédios direito sabia (...)”.

As colocações dos usuários não são infundadas, pois de acordo com Pereira (2001), o citado Relatório de Sindicância apontava para a constatação de que em relação à assistência médica do hospital, eram constantes as impropriedades diagnósticas e terapêuticas, sugerindo uma falta de conhecimento técnico da equipe médica que atuava dentro da instituição.

A comparação entre os diagnósticos encontrados no prontuário e os diagnósticos realizados pela equipe de pesquisa revelou a predominância de diagnósticos iguais para vários usuários internados na instituição, de acordo com dados do Relatório de Sindicância em Sobral (2000). No referido Relatório detectaram vários casos de pessoas que receberam diagnósticos equivocados. Havia pessoas diagnosticadas como portadoras de esquizofrenia e a

avaliação da equipe designada pela Secretaria da Saúde do Município, para apurar o “Caso Damião”, indicou que se tratava de casos de retardo mental. Outro grupo de usuários diagnosticados como portadores de transtorno bipolar, na avaliação da equipe, estava diagnosticado como esquizofrênicos pelo prontuário. Uma pessoa que apresentava distímia havia recebido o diagnóstico de esquizofrenia de acordo com o prontuário. Usuários com diagnóstico de psicose não especificada apresentavam na realidade algum diagnóstico psiquiátrico mais específico. E muitos outros diagnósticos divergentes foram encontrados.

No tocante à terapêutica adotada, o já mencionado Relatório de Sindicância Sobral (2000) apontou para graves falhas na terapêutica adotada no hospital psiquiátrico. Vários usuários com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar foram encontrados em fase maníaca. Desses, aproximadamente sete usuários faziam uso de carbonato de lítio em doses de 600 mg por dia, porém a dose recomendada deve ser dosada mediante o exame de lítio sérica, geralmente são necessários 900 mg de lítio por dia. No entanto, a equipe não constatou a realização de litemias de controle para os citados internos, bem como não foi observada a realização de exames complementares, indicados como conduta prévia ao uso de lítio (uréia, creatinina, T3, T4, TSH, eletrólitos). A grande maioria dos usuários com diagnóstico de transtorno bipolar, os quais deveriam ser prescritos como medicação de primeira escolha um estabilizador de humor, como lítio, carbamazepina ou até ácido valpróico, estavam fazendo uso exclusivo de antipsicóticos, inclusive na prescrição de alta, segundo apurado no Relatório.

O documento Sobral (2000) também revelou que muitos usuários estavam fazendo uso de fenobarbital, sem indicações, nem tampouco justificativas claras no prontuário e de maneira paradoxal, identificou-se que uma interna com histórico de crises convulsivas epiletiformes tipo grande mal, estava sem prescrição de anticonvulsivantes, usando três tipos de antipsicóticos diferentes. De acordo com a literatura, sabe-se que os antipsicóticos baixam o limiar convulsivante em indivíduos propensos a tal problema. Caso se faça necessário, é indicado o uso de haloperidol em doses menores possíveis, pois se trata de um antipsicótico típico que provoca menores alterações no limiar convulsivante.

Além da predominância de impropriedades diagnósticas e terapêuticas, há denúncias relativas a internamentos inadequados na citada instituição. De acordo com os estudos de Costa et al (1997), no hospital psiquiátrico de Sobral, pelo menos 10% dos internamentos mostrara-se inadequados. Identificou-se um alto número de óbitos e evasões e nenhuma alta com complementação ambulatorial sugerida. Este último indicador demonstra a inexistência

de um sistema de cuidados, colocando a terapêutica-leito, modalidade onerosa e de desempenho insuficiente, como única opção.

Que estabelecimento é este destinado a tratar e cuidar de pessoas com TMs, mas que na prática não estava cumprindo a sua função, pois não se mostrava comprometido com o cuidado, mas se distanciou do cuidado qualificado, das condutas terapêuticas, oferecendo apenas procedimentos inadequados, comprometendo gravemente o tratamento e a recuperação das pessoas internadas? Como ele pode ser definido, caracterizado depois de toda essa constatação? Quantas pessoas tornaram-se alvo desse tipo de cuidado? Quantas foram internadas inadequadamente, e que na realidade não existiam justificativas para esse procedimento? A resposta aproximada é a de um lugar produtor de adoecimento e cronificação, a qual mostrou-se imperioso em oferecer procedimentos bastante inadequados, comprometendo inconseqüentemente o tratamento das pessoas internadas, significando uma fonte propiciadora de adoecimento e cronificação.

Acredita-se que a predominância de constantes impropriedades diagnósticas e terapêuticas, bastante sugestivas de falta de conhecimento técnico da equipe médica que atuava dentro da instituição, associada a uma capacitação inadequada para o serviço prestado, e a inexistência de um aporte de cuidados fora do contexto hospitalar contribuíram de maneira determinante para a não melhoria no quadro psicopatológico dos usuários, que acabavam sendo envolvidos numa labiríntica ciranda de crise-internação freqüentes.

Em relação à Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE, os discursos dos familiares também corroboraram com as idéias centrais Reinternação no hospital psiquiátrico e Crise psicótica sucessiva, já referidas nos discursos dos usuários.

Quando se colocou em evidência a assistência prestada pelo hospital-dia, os discursos dos trabalhadores de saúde referiram a Categoria 2 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE. Esta se encontrou fundamentada nas idéias centrais: melhoria na qualidade do cuidado, atuação de equipe multiprofissional, compromisso dos trabalhadores de saúde, garantia da medicação e melhoria no quadro clínico da doença.

DSC – 4

No hospital dia tinha uma equipe multiprofissional dedicada, que se esforçava para prestar uma assistência de qualidade para os usuários, os diferentes profissionais contribuíam para uma assistência de qualidade. A equipe multiprofissional era formada por enfermeiro,

psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, auxiliar de enfermagem, ao todo eram 12 profissionais. Havia reunião mensal da equipe e a equipe era muito comprometida com os pacientes e familiares. Muitas vezes tiramos dinheiro do nosso próprio bolso para o hospital não fechar, planejávamos as atividades mais adequadas para trabalhar com cada paciente, dentro das limitações existentes, pois o dono não nos dava condições adequadas para a realização de nosso trabalho. A nossa intenção era a melhor possível, buscávamos fazer o melhor para o nosso paciente. A medicação era administrada criteriosamente no hospital, onde os pacientes tomavam os medicamentos, no final de semana levavam para casa. A criação do significou um grande avanço na qualidade da assistência, propiciou a redução das internações de longa duração, possibilitou uma melhoria no quadro clínico dos usuários atendidos, muitos usuários permaneceram estáveis durante um tempo considerável. A maioria dos pacientes tinha sido internada no Guararapes eram reincidentes e se internavam bastante e quando passaram a ser atendidos no hospital dia, permaneciam três, quatro anos sem desenvolver nenhuma crise. Durante os quatro anos de hospital dia, apenas quatro dos pacientes apresentaram uma crise. Logo após tiveram a estabilização do quadro e assim permaneceram até o fechamento do hospital.

Os discursos dos trabalhadores de saúde ressaltam a importância de atuação de uma equipe multiprofissional no âmbito da assistência: “Tinha uma equipe multiprofissional dedicada, (...) os diferentes profissionais contribuíam para uma assistência de qualidade (...) Havia reunião mensal da equipe e a equipe era muito comprometida com os pacientes e familiares (...)”.

Entende-se que se configura um fator primordial a existência de uma equipe multiprofissional no contexto de uma atenção em saúde mental, realizada no âmbito de um hospital psiquiátrico, de um dispositivo como o hospital dia ou de um centro de atenção diária. Em relação a este fato, Jorge e França (2001) salientam que é indiscutível a relevância da abordagem médico-psiquiátrica de muitos TMs para o diagnóstico e tratamento, porém deve-se considerar a especificidade e complexidade do universo do adoecimento psíquico, valorizando-se dessa maneira outras modalidades terapêuticas além daquelas de natureza predominantemente somática, às quais assumem importante significado na obtenção de resultados clínicos relevantes e duradouros.

Os autores supracitados mencionam que no processo de Reforma da Atenção em Saúde Mental, deve-se considerar a existência de equipe multiprofissional e interdisciplinar, reconhecendo a pluralidade dos saberes e a complexidade das ações e dos serviços assistenciais, os quais se configuram aspectos primordiais no processo de Reforma Psiquiátrica. Os conceitos de desospitalização e desinstitucionalização norteiam o processo de mudança de objeto dominante das ações em saúde mental da área intra-hospitalar especializada para a extra-hospitalar, onde os serviços e os centros de atenção diária, todos

referenciados na comunidade, passam gradativamente a assumir e dividir o papel da atenção em saúde mental.

Corroborando com o pensamento explicitado, Bastos e Jorge (2002) relatam que no universo da assistência à saúde mental no Brasil, os trabalhadores de saúde se deparam com a construção de conceitos e práticas que favorecem a superação do modelo médico-psiquiátrico e das práticas asilares junto às pessoas com TMs, às quais tornam-se detentoras de uma história de vida marcada por singularidades e diferenças. Evidenciam-se transformações e conquistas bastante relevantes, resultantes principalmente da transformação da política de saúde mental e da participação democrática das diferentes categorias profissionais, partidos políticos, instituições privadas, associações de usuários e de familiares e demais segmentos sociais.

Compreende-se indiscutível o fato de que o saber médico e o paradigma biológico configuram-se como conhecimentos determinantes e fundamentais no universo da saúde, porém no campo da saúde mental, especialmente, não são unicamente suficientes e absolutos para dar respostas a todas as questões da saúde mental. Entende-se que o universo da saúde mental é bastante complexo e que realmente não pode ser reduzido e/ou relacionado somente a um fator causal, nem tampouco é possível a um único saber oferecer todas as respostas suscitadas nesse campo enigmático e fascinante.

Constata-se que o saber da medicina ao articular-se com os saberes da psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social, se constituem uma estratégia primordial para o enfrentamento da doença mental e desenvolvimento de uma política de saúde mental humanizada e de qualidade. Não se pode esquecer de que o ser humano não é somente biológico, mas um ser singular e plural, ou seja, é auto-expressivo, lúdico, criativo, cultural, ocupacional, social, etc.

No que diz a atuação da equipe multiprofissional no hospital dia de Sobral, em Aragão et al (2000), apreende-se que durante os quatro anos de seu funcionamento, a equipe formada por psiquiatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, educador físico, monitores de terapia ocupacional, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais buscou trabalhar ancorada nos preceitos de uma assistência humanizada, com o objetivo de reconstrução de identidades, valorização da pessoa com TM, procurando transpor barreiras que acabavam segregando a pessoa com TM da sociedade. A assistência domiciliar, o trabalho voltado também para os familiares dos usuários, o envolvimento da comunidade e a realização de outras atividades favoreceram o surgimento de uma diferente

postura em relação ao tratamento psiquiátrico, antes restrita às normas do sistema manicomial.

Oda et al (1995) mencionam que são muitos os desafios colocados a uma equipe de um hospital dia. Ela tem de ser capaz de construir programas terapêuticos específicos direcionados para cada grupo de usuários, para isso, terá de considerar como parâmetros norteadores, o agrupamento por diagnóstico sindrômico e o grau de comprometimento psicossocial; além de definir de maneira clara os objetivos dos programas, com a colocação de limites. Uma importante estratégia que deve ser adotada é a existência de trabalhadores de saúde de referência para determinados grupos de usuários e familiares, embora se deva estimular também a vinculação com o instrumento de tratamento. Outros aspectos a serem considerados referem-se ao estabelecimento de espaços de convivência social comuns a todos os usuários do hospital dia e a capacitação dos membros da equipe para o manejo adequado no enfrentamento de situações-problema, às quais poderão emergir das relações entre os usuários e destes com os membros da equipe que prestam atendimento.

Em relação às reuniões regulares que a equipe do hospital dia realizava, Oda et al (1995) acrescentam que elas são decisivas e de fundamental importância para o sucesso do programa. A implementação das discussões clínicas e teóricas favorece o aumento da capacitação técnica da equipe, bem como possibilita uma melhoria na integração e otimização do funcionamento do dispositivo.

Os trabalhadores de saúde advertiam que se deparavam com dificuldades, pois o proprietário da instituição não propiciava condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho. Entretanto, a equipe era bem intencionada, e procurava realizar o melhor na assistência dentro das condições nas quais estava inserida: “(...) Muitas vezes tiramos dinheiro do nosso próprio bolso para o hospital não fechar, planejávamos as atividades mais adequadas (...), dentro das limitações existentes, o dono não nos dava condições adequadas para a realização de nosso trabalho (...)”.

No que diz respeito à estrutura física, o hospital dia de Sobral dispunha de uma grande área verde para a realização de atividades de jardinagem, horta e atividades físicas; sala de recepção, salas para atendimentos, refeitório, copa, posto de enfermagem, ambiente de repouso para os usuários. No entanto, as condições físicas do hospital apresentavam deficiências que dificultam o funcionamento das atividades propostas. O número de salas para atendimento multiprofissional era insuficiente e aspectos como tamanho, ventilação, iluminação e estrutura das salas causavam prejuízos no atendimento prestado. Os

equipamentos e utensílios eram obsoletos e escassos. A equipe solicitava a realização de alterações na estrutura física, a aquisição de equipamentos e recursos necessários para a realização de atividades, pois esses fatores eram apontados como determinantes para uma melhor funcionalidade e conseqüentemente para uma melhoria na assistência prestada às pessoas com TMs (ARAGÃO et al, 2000).

Pressupõe-se que o fato do proprietário não investir para uma melhoria nas condições de trabalho gerou prejuízos na assistência oferecida aos usuários atendidos no âmbito do hospital dia. Ressalta-se que o proprietário dessa modalidade de tratamento, era o mesmo da Casa de Repouso Guararapes e constatou-se no desenvolvimento dessa pesquisa que o empresário encarava o Guararapes como uma fonte geradora de lucro. Será que o hospital dia era também encarado com essa lógica, e assim o empresário da mesma maneira que não investia para uma melhoria na qualidade da assistência prestada no Guararapes, não considerava interessante também investir no dispositivo?

Assim, se faz necessário manter vigilância no sentido de que o hospital dia não se transforme em uma instituição compromissada com o lucro. Oda et al (1995) instigam uma reflexão sobre o cuidado que se deve ter para que esse dispositivo não signifique numa instituição geradora de lucro, pois a cultura secular hospitalocêntrica pode utilizar o dispositivo como chance de renascer. Corria-se o risco dessa estrutura ser vista predominantemente pelo aspecto estritamente financeiro, como um negócio gerador de lucro, mantendo cronicamente, como antes, a pessoa com TM na comunidade. Não basta que os hospitais dia funcionem como asilos abertos, em substituição aos asilos fechados. Para contornar esse risco, fez-se necessário a realização de uma auditoria periódica para avaliar a qualidade da atenção prestada pelos hospitais dia.

Os autores supracitados defendem que o usuário deve ser motivado a circular na comunidade, utilizando-se dos recursos comunitários. Acrescentam que para o hospital dia alcançar um pleno e adequado funcionamento, assim como para a garantia de sua manutenção, fazia-se necessário que a comunidade onde ele se encontra inserido o considere como um serviço útil e desejável. A promoção da reintegração dos usuários passa a ser efetivada, na medida em que esses indivíduos tenham a possibilidade de utilizarem de forma não discriminada todos os recursos comunitários (de cultura, lazer, etc.), havendo ou não a intermediação do hospital dia.

A criação do hospital dia em Sobral, para os trabalhadores de saúde, propiciou um avanço importante no contexto da saúde mental do município, contribuindo para uma

melhoria na qualidade da assistência e no quadro clínico dos usuários atendidos: “(...) A criação do hospital dia significou um grande avanço na qualidade da assistência, propiciou a redução das internações de longa duração, possibilitou uma melhoria no quadro clínico dos usuários atendidos, muitos usuários permaneceram estáveis durante um tempo considerável (...)”.

Sem dúvida que a redução de longas internações em hospital psiquiátrico, assim como as melhorias no quadro clínico do usuário, devem se configurar aspectos importantes e objetos de interesse de uma assistência realizada nos moldes de um hospital dia. Entretanto, esses dois aspectos citados compõem um quadro, junto a outros fatores também relevantes a serem considerados nesse âmbito do cuidado, ou seja, necessidade de um trabalho voltado para a promoção de laços com a família e comunidade para a reintegração da pessoa com TM nesses dois universos, inserção social num contexto amplo, incluindo-se aqui também a implementação de ações direcionadas para a promoção da aquisição de geração de renda, enfim, o atendimento intensivo nesse dispositivo deve ser direcionado para a habilitação social do usuário.

Em relação a esses aspectos, os estudos de Aragão et al (2000) sobre o hospital dia de Sobral, referem que os trabalhadores de saúde enfrentavam dificuldades diversas relacionadas à inserção dos usuários no mercado de trabalho, à própria condição da pessoa com TM enquanto membro de uma família, inserido num determinado contexto social. Nesse campo, foram considerados os aspectos relativos às deficiências educacionais, a falta de qualificação profissional, a predominância do sistema capitalista excludente, as condições inerentes ao próprio adoecimento mental, as condições sócio-econômicas desfavoráveis, a desestruturação familiar.

Compreende-se que se comparando à assistência prestada pela Casa de Repouso Guararapes, o hospital dia conseguiu inaugurar e imprimir uma diferenciada assistência no cenário da saúde mental, apesar da resistência do proprietário em realizar investimentos nessa modalidade de assistência e das limitações enfrentadas pela equipe multiprofissional. A melhoria na qualidade do cuidado, a atuação de uma equipe multiprofissional, o compromisso dos trabalhadores de saúde, aliados à garantia da medicação favoreceram um cenário propiciador para uma melhoria no quadro clínico da doença, sugerindo assim o compromisso com uma assistência de qualidade.

Ainda no que concerne à assistência prestada pelo hospital dia, os discursos de uma outra parcela dos trabalhadores de saúde apontaram para uma outra face do hospital dia, ou

seja, remeteram à Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE. Quanto às idéias centrais, destacaram-se: prática pautada no amadorismo, infantilização do usuário, inexistência de projeto terapêutico, acomodação do trabalhador de saúde.

DSC - 5

Existia um amadorismo muito grande no hospital dia, muitas vezes um voluntarismo, às vezes um ou outro profissional mais dedicado implementava alguma prática diferente. O hospital dia parecia um jardim da infância, onde se estava cuidando de crianças, infantilizadas pelo transtorno mental. Na atuação da junta interventora, percebeu-se que a dinâmica dentro do era muito monótona. Era comum, os pacientes ficarem deitados nos bancos, outros dispersos, outros embaixo das árvores fumando cigarro, isto sugeria que não existia projeto terapêutico individualizado e adequado. Os pacientes estáveis ficavam no hospital dia mesmo por estar, só estavam separados daqueles que se encontravam em surto ou desorientados no Guararapes. A maioria dos profissionais continuava com uma assistência defasada, os profissionais estavam muito acomodados, acabaram se acostumando com a situação.

De acordo com os trabalhadores de saúde, detectou-se uma prática de amadorismo e até mesmo de voluntarismo da equipe que atuava no dispositivo hospital dia: “Existia um amadorismo muito grande no hospital dia, muitas vezes um voluntarismo, às vezes um ou outro profissional mais dedicado implementava alguma prática diferente (...)”.

Os trabalhadores de saúde chegam mesmo a fazer uma comparação do citado hospital a um jardim de infância, onde afirmam que as pessoas com TMs eram tratadas de uma maneira inadequada, ou seja, os usuários eram infantilizados pela equipe: “(...) O hospital dia parecia um jardim da infância, onde se estava cuidando de crianças, infantilizadas pelo transtorno mental (...)”.

Eles ainda colocam em dúvida a capacidade técnica da equipe e denunciam um grau de acomodação dos trabalhadores de saúde: “(...) A maioria dos profissionais continuava com uma assistência defasada, estavam muito acomodados, acabaram se acostumando com a situação”.

Primeiramente, compreende-se que o amadorismo e uma atenção infantilizada, denunciadas pelos trabalhadores de saúde, são aspectos que interferem diretamente na qualidade da assistência oferecida aos usuários nessa modalidade de tratamento. O surgimento do hospital dia está vinculado a um movimento mais amplo da Reforma Psiquiátrica, a ele lhe foi conferido várias funções importantes, dentre essas se destaca a necessidade de dá respostas mais efetivas no tratamento das pessoas com TMs, contribuindo para o desenvolvimento de

uma maior autonomia do usuário, que deve ser estimulado a uma maior independência nas AVD's, a conviver no seio familiar e comunitário, enfim a assistência do dispositivo em questão deve estar direcionada para a habilitação social do usuário.

Para que aconteça de fato essa habilitação social, há a necessidade de atuação de uma equipe tecnicamente competente, envolvida em um processo de educação permanente, preparada para lidar com as diversas situações e desafios que surgem no tratamento e na inclusão social das pessoas com TMs. Isto significa que não há lugar para amadorismo e acomodação.

Corroborando com esse pensamento, Monteiro (2006) defende que a assistência desenvolvida no âmbito de um hospital dia (uma das modalidades assistenciais intermediárias entre a hospitalização e o tratamento ambulatorial), exige do trabalhador de saúde competência e diferentes maneiras de assistir. O cuidado visa a geração de crescimento, autonomia e desenvolvimento da pessoa que é cuidada, e isto possibilita uma melhoria na sua qualidade de vida. O trabalhador de saúde deve ser capacitado para atuar nos diferentes modelos de assistência, e deve ser ressaltado também que o tratamento intensivo dispensado à pessoa com TM deve ser conduzido com vistas a habilitação psicossocial.

Na atuação da junta interventora, os trabalhadores de saúde enfatizam que os membros da mesma identificaram que a dinâmica dentro da instituição apresentava-se bastante monótona. Observaram que corriqueiramente os usuários permaneciam ociosos, esse cenário sugeria, portanto, a inexistência de projeto terapêutico individualizado: “(...) Percebeu-se que a dinâmica era muito monótona. Era comum, os pacientes ficarem deitados nos bancos, outros dispersos, outros embaixo das árvores fumando cigarro (...) Os pacientes estavam lá mesmo por estar, só estavam separados daqueles que se encontravam em surto ou desorientados no Guararapes (...)”.

Não se pode negar a necessidade e a importância de elaboração de um projeto terapêutico individualizado no campo da saúde mental. Ele deve contemplar os interesses, as aptidões, as potencialidades, as limitações dos usuários. No entanto, acredita-se que os referidos projetos terapêuticos não devem funcionar como verdadeiras camisas-de-força, isto significa, que eles têm de ser reavaliados periodicamente pelo trabalhador de saúde, usuários e familiares. Deve-se ressaltar também que as pessoas com TMs, assim como todos os indivíduos, podem manifestar diferentes interesses, gostos, vontades e no desenrolar de suas histórias de vida, podem surgir necessidades e episódios diferenciados que demandam mudanças nos seus contextos de vida.

Assim, deve-se ter o cuidado de, no âmbito de uma assistência nessa modalidade de tratamento, não oferecer aos usuários um planejamento único, em que todos devam se adequar. Quando o usuário não se interessar pelas atividades que lhes são ofertadas, deve-se buscar alternativas, ao invés de exigir-lhes simplesmente que eles participem. Os trabalhadores de saúde, muitas vezes certos de seus saberes sobre os usuários, acabam sufocando toda e qualquer singularidade e ao procederem assim, passam a reproduzir aquilo que teoricamente estariam se opondo. Assim, se deve ter o cuidado de não interpretar equivocadamente a recusa do usuário em participar de uma determinada atividade, como uma resistência às normas preconizadas pela instituição, nem tampouco fazer a leitura de que o usuário está adoecendo, pois isto pode favorecer a sugestão de medicalização ou mesmo a alta administrativa, como medidas punitivas (BIRMAN, 2000).

Dessa maneira, entende-se que tanto a inexistência de um projeto terapêutico, bem como a sua existência com característica burocrática e massificadora, acarretam prejuízos na qualidade da atenção em saúde mental. A singularidade não pode ser substituída pela colocação de regras rígidas e imutáveis. Em relação a esse aspecto, Lins (2006) chama a atenção para o fato de que não escutar e nem considerar o indivíduo em sua singularidade, o que muitas vezes o impede de responder às expectativas de adaptação social, seria o mesmo que realizar a repetição do movimento do asilo, local onde todos eram tratados como iguais, desconsiderando-se as suas necessidades e possibilidades. O projeto terapêutico deve ser pensado como algo dinâmico que não pode ser colocado como uma intervenção já formulada e esquadrinhada.

Os trabalhadores de saúde informam ainda que os usuários em crise permaneciam no Guararapes, enquanto àqueles mais estáveis permaneciam no hospital dia: “(...) Os pacientes estáveis ficavam no hospital dia mesmo por estar, só estavam separados daqueles que se encontravam em surto ou desorientados no Guararapes (...)”. Então qual seria mesmo o verdadeiro papel do hospital dia? Este dispositivo estava inserido dentro de uma concepção mais ampla de atenção em saúde mental, ou os usuários acabaram, dependendo do seu quadro psicopatológico, sendo inseridos nas diferentes modalidades de assistência, compondo uma ciranda de internações de naturezas diferenciadas nesses hospitais, as quais na realidade não estavam inseridas em um sistema de cuidados de maior amplitude?

Para Oda et al (1995, p: 84):

O hospital dia não pode ser pensado senão como parte de um todo, de uma estrutura mais complexa, e, por esse motivo, a avaliação de seus resultados deve levar em consideração a efetividade global do sistema de atenção a que ele está vinculado.

(...) Via de regra, conjugam-se métodos psicoterapêuticos (individuais e, principalmente, grupais), psicofarmacológicos, abordagem familiar, atividades expressivas, várias, entre outros. A escolha da técnica mais adequada depende, em última instância, da população-alvo do serviço

Diante do conteúdo descrito, faz-se necessário a realização de outras considerações: O dispositivo hospital dia de Sobral significava muito mais uma necessidade de atender a uma portaria do Ministério da Saúde, uma necessidade da existência de um anexo que justificasse uma forma de pagamento diferenciado do hospital Guararapes, do que realmente uma estrutura que estava inserida no bojo de uma política maior?

Entende-se que os trabalhadores de saúde que atuaram nesse dispositivo mostraram-se compromissados e conseguiram contribuir durante um determinado período para uma atenção mais qualificada em saúde mental, porém com o passar dos tempos, identificou-se uma dinâmica diferenciada da equipe multiprofissional que atuava nesse dispositivo, o que pode ser entendido em parte devido às resistências que ela encontrou para desenvolver as ações que se propunha a realizar e pelo fato de considerando-se a realidade do município, o próprio hospital dia não estar inserido dentro de um sistema, ou política de saúde mental mais ampliada. Arrisca-se em afirmar que a Casa de Repouso Guararapes e o hospital dia acabaram personificando instituições de guarda, onde os “loucos” estavam guardados nas situações de crise, e os “loucos” permaneciam guardados durante o dia inteiro, pois a sociedade e as famílias não poderiam ser incomodadas pela pessoa com TM.

Os discursos dos usuários em relação à assistência desenvolvida no hospital dia, remeteram à Categoria 2 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE, trazendo no seu cerne as idéias centrais de melhoria na qualidade do cuidado e melhoria no quadro clínico da doença, explicitados nos discursos dos trabalhadores de saúde.

Os discursos dos familiares, por sua vez, no que diz respeito à assistência desenvolvida no hospital dia, não evidenciaram a Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE.

No tocante à assistência prestada no hospital Guararapes, destacou-se a Categoria 3 TERAPÊUTICA CENTRADA NA MEDICALIZAÇÃO DA DOENÇA, a qual emergiu dos discursos dos usuários participantes da pesquisa, trazendo como idéias centrais a medicalização da doença e a ociosidade.

Os médicos só passavam remédio pros paciente, só fazia mandar tacar injeção pra nós ficar impregnado. A gente tomava aquelas injeção sossega leão, muito comprimido, era só remédio, depois transferiam a gente para as jaulas. Eu só vivia na base da injeção, do remédio e dormindo. Vivia dopado, pesado. Quem me levava para o hospital era a polícia militar e o policial me segurava para eu tomar o sossega leão. Davam injeção nos doidos à força, amarrava, trancava nos pavilhões, era só isso o tratamento, remédio, sossega leão, nem ligava para os pacientes, só sabiam empurrar remédio, prender, amarrar. Os paciente ficava tomando banho de sol, ficava a maior parte do tempo naquele pátio, sem fazer nada, esperando o almoço, a janta. Eu passava o dia fumando no pátio, não tinha nada pros paciente fazer, eu ficava só esperando o de comer.

De acordo com os usuários, a predominância da medicalização da doença imperava como praticamente a única terapêutica adotada no hospital Guararapes. “Remédios”, “comprimidos”, “injeção” são os recursos comumente utilizados, e acabaram contribuindo para a manutenção do quadro de ociosidade, representando assim importantes indicadores do cenário do perfil da assistência prestada pelo mencionado hospital psiquiátrico.

O referido cenário instiga uma reflexão a respeito do início do uso de medicamentos para o tratamento dos TMs. Em relação a este fato, Jorge, et al (2003) informam que a utilização de medicamentos foi disseminada a partir de meados da década de 1950 (século XX). No século XIX, ocorreu a descoberta de substâncias com efeitos relativamente específicos sobre o Sistema Nervoso Central - SNC como, por exemplo, os anestésicos. Porém, ainda apresentava-se limitado o conhecimento sobre os TMs e a ação dos medicamentos.

Jorge et al (2003) mencionam que no século XX, mediante o desenvolvimento da química, ocorreu uma situação favorável para a descoberta de agentes com efeitos sobre o (SNC), como por exemplo, substâncias com efeitos sedativos e hipnóticos, utilizados no tratamento da ansiedade e insônia.

Até os anos 50, as psicoses eram tratadas basicamente pelas denominadas terapias somáticas ou orgânicas, entre elas, destacam-se o isolamento e a contenção física, a hidroterapia, a psicocirurgia (principalmente as lobotomias pré-frontais) e as terapias convulsivantes – como a eletroconvulsoterapia (ECT) (JORGE et al, 2003).

Jorge et al (2003) relatam que, nas décadas de 1940 e 1950, a (ECT) é bastante utilizada nas diferentes patologias psiquiátricas como esquizofrenia, depressão, mania, síndromes mentais orgânicas. Atualmente ainda é indicada para alguns quadros, no entanto, com grandes restrições. As psicocirurgias (lobotomias, leucotomias), nas quais são destruídas

regiões cerebrais específicas, foram utilizadas como tratamento de doentes mentais na década de 1940, sendo progressivamente substituídas, a partir de 1955, pela psicofarmacoterapia. Esta última diz respeito ao tratamento das doenças mentais com psicofármacos, também denominados medicamentos psicotrópicos, psicoativos ou psicoterapêuticos. Os psicofármacos podem ser definidos como substâncias químicas que atuam no Sistema Nervoso Central - SNC, ocasionando alterações nas funções psíquicas, com o objetivo de supressão ou diminuição de sintomas relacionados ao TM diagnosticado. Especificamente, nos anos 50, com a introdução de uma medicação denominada clorpromazina, no tratamento da excitação psicomotora e estados maníacos, o uso dos medicamentos tornou-se um elemento importante no tratamento dos TMs. Um outro medicamento, o haloperidol, como agente antipsicótico, foi sintetizado em 1958. E assim ao longo dos anos foram realizadas novas e importantes descobertas medicamentosas no tratamento dos TMs.

Sem dúvida que os medicamentos se configuram recursos de grande relevância para aliviar o sofrimento humano, contribuindo assim para uma melhoria na qualidade de vida. Entretanto, eles podem ser utilizados de maneira adequada ou inadequada, e de acordo com o manejo adotado, ocasionam efeitos e repercussões diferenciadas para as pessoas.

Corroborando com o conteúdo acima citado, Jorge et al (2003) esclarecem que os medicamentos são considerados bens indiscutíveis para a saúde das pessoas. Quando bem utilizados, são capazes de interromper o ciclo de uma doença ou minimizar o sofrimento do ser humano. Entretanto, infelizmente, nem sempre são utilizados os mais indicados ou na forma mais apropriada. Neste último caso, podem se configurar então como mais um problema de saúde pública do que uma solução.

E o campo da saúde mental? Está imune dessa utilização considerada não apropriada? De que modo os medicamentos estariam sendo usados, de maneira racional ou irracional? A sua utilização está ancorada em propriedades diagnóstica e terapêutica?

No tocante a essa situação, Saraceno (1993) alerta para o fato de que a área da saúde mental pode estar ainda mais submetida a este tipo de uso considerado ‘irracional’, já que os medicamentos utilizados são considerados de atividade essencialmente sintomática. Em relação a esse aspecto, Jorge et al (2003:104) argumentam que:

Não há um emprego relacionado diretamente ao diagnóstico estabelecido, até porque esse processo isoladamente não identifica a etiologia da doença, sendo principalmente sindrômico. Os psicofármacos, como quaisquer outros

medicamentos, podem ser responsáveis por malefícios à saúde quando utilizados de forma inadequada.

Para WHO, 1998; OPAS, 1994, o ideal é que a utilização dos psicofármacos seja realizada de maneira criteriosa, pois são inúmeros os problemas que podem resultar de seu uso indiscriminado. No entanto, há evidências de que seu consumo encontra-se acima do necessário, em vários países do mundo e da América Latina.

Destaca-se também um outro aspecto que deve ser objeto de reflexão: uma atenção em saúde mental qualificada deve ser feita considerando-se somente a prescrição e predominância de medicação como terapêuticas únicas no tratamento de pessoas com TMs?

Saraceno (1993) enfatiza que os psicofármacos devem ser considerados parte integrante do arsenal terapêutico para o tratamento da doença mental e não como a única alternativa possível. Porém, mediante uma observação do discurso dos usuários participantes da pesquisa: “(...) só vivia na base da injeção, do remédio (...) era só isso o tratamento, remédio, sossega leão (...) Os paciente ficava tomando banho de sol, a maior parte do tempo naquele pátio, sem fazer nada (...), evidencia-se que na casa de repouso Guararapes, a medicação não era considerada um fator integrante no conjunto do tratamento da doença mental, mas predominava como praticamente a única “terapêutica” adotada.

Considerando-se ainda os discursos dos usuários: “(...) só fazia mandar tacar injeção pra nós ficar impregnado, (...) davam injeção nos doidos à força, amarrava, trancava nos pavilhões (...), só sabiam empurrar remédio, prender, amarrar (...)”, identifica-se nesse relato outros elementos importantes relacionados à maneira como as medicações eram ministradas e à forma como os trabalhadores de saúde lidavam com os usuários.

Assim, considera-se pertinente a realização de algumas considerações: A prescrição e o uso da medicação como terapêuticas predominantes, associados a um contexto de ociosidade, à forma como o trabalhador da saúde se relacionava com o usuário e a maneira como as medicações eram administradas são elementos que apontam para o uso irresponsável ou criterioso da medicação na referida instituição?

Há fortes indícios de que a utilização de medicamentos, no contexto da assistência prestada no hospital Guararapes, estava fundamentada em princípios descompromissados com condutas criteriosas. Por certo que a conduta mais adequada e benéfica deveria consistir na utilização da medicação de maneira criteriosa. Defende-se que a atuação dos trabalhadores da saúde mental deve estar ancorada prioritariamente em capacidade técnica e conduta

responsável, sem o distanciamento do foco de uma abordagem humanística. Não é dado aos trabalhadores da saúde o direito de se configurarem fontes de diferentes problemas a serem arcados pelas pessoas com TMs, devido à imposição de um uso indiscriminado de medicação, pois são diversos os transtornos e as perdas que uma pessoa com adoecimento mental tem de enfrentar em sua vida. O trabalhador da saúde mental não pode, nem deve personificar a figura do algoz do indivíduo com TM, pois a própria doença mental já assume implacavelmente este papel.

Ressalta-se que os discursos dos familiares e trabalhadores de saúde não fizeram alusão à Categoria 3 TERAPÊUTICA CENTRADA NA MEDICALIZAÇÃO DA DOENÇA.

Considerando ainda os discursos dos usuários, no que concerne à assistência prestada no hospital Guararapes, surgiu a categoria **4 LEGITIMAÇÃO DA INTERNAÇÃO PELA FAMÍLIA**, apresentando as idéias centrais: internações de longa duração e exclusão pela família.

DSC – 7

Eu ficava internado de meses no hospital. Era uma agonia muito grande ficar tanto tempo preso, eu contava os dias pra sair. Batia um desespero muito grande. Eu era muito abandonado pela minha família, meu pai, minha mãe nem queria saber de mim dentro de casa, dizem que é porque eu era muito agressivo. Me deixavam no Guararapes e eu ficava de meses a fio naquele inferno. Fiquei sendo internado direto mais de cinco anos, ficava mais tempo no hospital do que em casa, não via a hora sair daquele inferno. As família falava que era pra minha recuperação. Às vezes eu acho que eu não precisava ficar tanto tempo internado, mas diziam que eu tinha que ficar internado até ficar com a saúde melhor. Os paciente ficava confinado, detrás daqueles muros altos, não tinha divertimento, só vivia trancafiado nas jaulas, não tinha nenhuma liberdade, era um inferno sem fim. Não via a hora sair daquela prisão, era pior do que prisão aquele hospital. Os paciente só vivia preso, enjaulado, nós era tudo controlado, aquele isolamento maltratava muito os paciente. Eu faltei morar dentro daquele hospital, ficava internado de meses.

Mediante os discursos dos usuários, apreende-se que as longas internações, a exclusão familiar, pelos quais eram submetidos, compõem o tétrico cenário das situações vivenciadas por eles no âmbito do hospital psiquiátrico.

Eles mencionam que os seus familiares os abandonavam por um longo período no hospital psiquiátrico: “(...) Eu era muito abandonado pela minha família, meu pai, minha mãe não queria nem saber de mim dentro de casa (...). Me deixavam no Guararapes e eu ficava de meses a fio naquele inferno. Fiquei sendo internado direto mais de cinco anos (...)”. As longas

internações eram legitimadas pelos familiares, conforme se detecta nos discursos dos usuários: “(...) a família falava que era pra minha recuperação (...)”.

Por certo, o ideal é que essa situação de abandono familiar jamais tivesse acontecido com determinada frequência como se pode observar no relato dos participantes da pesquisa. Porém, se faz necessário uma reflexão sobre a seguinte indagação: Por que será que muitos familiares acabavam abandonando seus parentes no hospital Guararapes? E lhes negava a possibilidade de convivência no seio familiar?

Será que existiam famílias bem intencionadas, porém não se sentiam preparadas para lidar com o seu parente com adoecimento mental? Aqui cabe uma outra indagação: As famílias dos usuários estavam inseridas no cuidado ou simplesmente eram negligenciadas? Estavam amparadas ou desamparadas? Assistidas ou desassistidas? Desfrutavam de condições psicológicas, financeiras e sociais para lidar com o seu parente com TM?

Entende-se que essa situação pode ser compreendida em uma determinada amplitude à luz da seguinte reflexão: Pressupõe-se que existiam muitas famílias que se negavam ou pelo menos não tentavam enfrentar o fenômeno do adoecimento mental e acabavam não acolhendo o seu parente doente, devido às diversas implicações que o TM ocasionava e/ou poderia ocasionar para a dinâmica familiar, tais como alterações no cotidiano dos membros da família, abdicação de planos, modificações nos projetos de vida.

Em muitos casos, percebe-se na prática que uma pessoa com TM apresenta considerável dependência em relação aos seus familiares e estes tendem a lhe considerar um fardo pesado que lhes “obriga” a realizarem diversificadas alterações no seu cotidiano. Dessa maneira, acredita-se que muitos familiares acabavam por abandonar os seus membros na referida instituição.

Reconhece-se que são muitos os desdobramentos, os arranjos e as alterações que ocorrem na dinâmica de vida de uma família que possui um membro com TM. Em diversas situações, constatam-se na prática as repercussões desse fato no contexto familiar. Os familiares sentem-se muitas vezes sobrecarregados nos cuidados dispensados diariamente ao seu membro doente e, assim alimentam a crença de conquistarem o tão almejado “sossego”, desejando e muitas vezes até forçando para que os seus parentes sejam submetidos a um processo de longas internações em hospitais psiquiátricos, às quais também são equivocadamente encaradas como sinônimo de recuperação, pois na verdade ocasionam perdas diversas tanto para as pessoas com TMs, quanto para as próprias famílias.

Corroborando com essa idéia, Oliveira e Jorge (1999) mencionam que alguns fatores, tais como desgaste, tensões e conflitos advindos da convivência com uma pessoa com TM, representam os maiores problemas enfrentados pelos familiares. O comportamento inesperado do indivíduo acaba influenciando no enfraquecimento das expectativas sociais, originando sensações de incerteza e insegurança.

A difícil e dramática realidade das famílias de pessoas com TMs é relatada em um precioso estudo, realizado por Furegato et al (2002), com 38 familiares (pai mãe, irmãos, filhos e cônjuges) de pessoas com TMs, na região de São José do Rio Preto/SP. O estudo teve como objetivo identificar a presença do fardo e as estratégias utilizadas pelos referidos familiares, diante da sobrecarga a que se tornaram submetidos pela convivência com as pessoas com TMs. Assim, alguns aspectos encontrados na pesquisa interessam neste estudo. Na opinião de 38 familiares participantes do estudo, a presença de uma pessoa com TM no seio familiar propiciou o surgimento de muitos problemas tanto para a pessoa mentalmente enferma quanto também para os outros membros da casa, envolvendo situações sociais de convivência. Das 38 pessoas com TMs, identificou-se que 29 trabalhavam antes da manifestação da doença; 6 nunca trabalharam, pois 3 eram estudantes e os outros 3 adoeceram quando muito jovens, antes da idade produtiva. Sete familiares pararam de trabalhar por conta do seu membro com TM, sendo que 2 deles pararam apenas na crise e por pouco tempo.

Outros aspectos destacados pelos familiares na pesquisa supracitada referem-se ao fato de que as pessoas com TMs comem em demasia e fumam o tempo inteiro. Um dos familiares mencionou que um membro seu gastava excessivamente e outro ateou fogo na própria casa. E o fato de que a família necessitava mobilizar-se para poder levar a pessoa ao médico, ao hospital ou para fazer visitas. Outros familiares precisavam ausentar-se do trabalho ou então faltar à escola para acompanhar a pessoa em alguma atividade.

Pode-se perceber diante do conteúdo mencionado que são muitas as alterações que são implementadas na dinâmica de uma família que tem algum de seus membros com TM. Para a OPAS (2001), uma a cada quatro famílias tem pelo menos uma pessoa com TM ou comportamental. Essas famílias além de terem de proporcionar apoio físico e emocional, também têm de arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação presentes em todas as partes do mundo. Além da carga direta, deve-se levar em consideração as oportunidades perdidas. As famílias que têm um membro com TM realizam diversos ajustes e compromissos que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial nos universos do trabalho, nas relações sociais e no lazer. As famílias têm de dedicar uma parcela

considerável do seu tempo para oferecer cuidado ao seu parente mentalmente enfermo, e acabam sofrendo privações econômicas e sociais por não ser essa pessoa inteiramente produtiva. Deve-se considerar também o constante temor de que a recorrência da doença possa acarretar perturbações repentinas e inesperadas nas vidas dos membros da família.

A família sofre o que se chama de sobrecarga, dessa maneira deve ser ouvida e também acolhida, bem como estimulada pelos trabalhadores de saúde a participar freqüentemente de discussões dos casos, das propostas de encaminhamentos e superação de dificuldades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Muitas vezes, não é tão simples para uma família aceitar que tem um membro com TM. E muitas famílias podem manifestar resistências em relação à convivência com os seus parentes com TMs, pois não se constitui tarefa fácil essa convivência. Para Moura Fé (1996), o surgimento de um caso de TM no universo familiar é um acontecimento complexo que afeta os familiares, a pessoa com TM, as diversas relações estabelecidas entre eles e as dimensões comunitárias, sociais, dentre outros aspectos relevantes.

Quando uma família se depara, de repente, com o surgimento de um transtorno mental em um de seus componentes, a organização estabelecida e manifestada pelas atitudes comportamentais de seus membros, modifica-se, com maior ou menor intensidade, em concordância com o tipo de transtorno e a sua duração, a personagem afetada e seu papel na hierarquia familiar e também com os padrões culturais que possui. Crenças religiosas, conhecimentos e experiências acumuladas são mobilizadas e misturadas com a capacidade psico-reativa de cada um dos componentes familiares. A resultante destas variáveis e de muitas existentes constituem-se em fórmulas ou mecanismos de reorganização da família diante da experiência vivenciada (Moura Fé, 1996:04):

Dessa maneira, se configura um importante desafio para os trabalhadores da saúde a realização de um trabalho junto a essas famílias, no sentido de que lhes sejam ofertadas possibilidades de convivência domiciliar com os seus parentes com adoecimento mental.

Moura Fé (1996) menciona que os CAPS e NAPS frequentemente encontrarão famílias de pessoas com TMs que já estabilizaram suas reorganizações estruturais, com a ausência das mesmas. Ele aponta as internações prolongadas em manicômios como estruturas favorecedoras de um desenvolvimento de fórmulas negativas de reorganização, nas quais a pessoa com TM é lembrada somente como uma perda irreparável e irre recuperável ou um morto-vivo que ainda não acabou de morrer. Este indivíduo pode ainda ser visitado, esporadicamente, da mesma maneira como são visitados os túmulos dos mortos queridos. Neste contexto, as resistências a projetos de reintegração familiar são manifestadas pelo temor da nova estabilidade adquirida, exigindo da equipe multiprofissional de saúde mental,

desempenho persistente e continuado, caso a caso, quando o envolvimento e o conhecimento familiar a nível domiciliar se tornam imprescindíveis para os objetivos almejados.

Cabe ao trabalhador de saúde mental identificar os mecanismos e realizar uma avaliação correta dos mesmos, articulando-se com a equipe de trabalho, com o objetivo de fornecer condições saudáveis e adequadas para uma reorganização satisfatória, seja reforçando mecanismos positivos ou esclarecendo, para demover, a negatividade reconhecida de outros. Em determinados contextos, as estratégias psicossociais de mudanças de atitude devem ser empregadas para atingir os fins propostos (MOURA FÉ, 1996).

Caberá somente aos trabalhadores da saúde e aos familiares a elaboração de estratégias e a implementação de ações visando uma reorganização familiar? Ou deve-se também levar em consideração o referencial da pessoa com TM, a qual está implicada nesse processo?

Para Moura Fé (1996), a pessoa com TM também terá de fazer modificações para uma reorganização familiar. São muitas e variadas as fórmulas de procedimentos que a pessoa com TM pode estabelecer para com os seus ou para com os outros. Entre muitas, dependem consideravelmente dos vínculos organizados, do processo mórbido que a afeta, da maneira como essa pessoa é compreendida e é aceita pelos seus e de que forma encara o seu problema e se compreende no seu transtorno. De qualquer maneira, se seu transtorno exige de si próprio modificações no proceder e uma reorganização de seus novos limites, estes mesmos limites têm de ser compatíveis com os de seus familiares. A família ou outro grupo social deve apresentar um mínimo de flexibilidade, que pode ser alcançada, aumentando a compreensão e desenvolvendo a tolerância. É justamente nesta interface que a figura do trabalhador de saúde mental se mostra de grande relevância. Não basta somente recuperar uma pessoa de um transtorno específico, pois caso ela não consiga uma reintegração sócio-familiar, as possibilidades de recaídas são bastante previsíveis de acontecer.

Diante do conteúdo explicitado, entende-se que a legitimação da internação pela família, está associada à difícil situação de encarar o surgimento de um TM na família, o desafio do aprendizado da convivência com uma pessoa com adoecimento mental, que apresenta limitações, dependência, enfim dificuldades diversas que ocasionam repercussões nos membros, na convivência e no cotidiano dos familiares, afetando a dinâmica da família como um todo. As longas internações, por sua vez, acabam favorecendo um contexto favorável para o abandono, exclusão familiar e exclusão social, afetando os usuários e os seus

familiares, no sentido de causar impedimentos relevantes para a aceitação de ambos na convivência do seio familiar.

Defende-se também que as famílias dos usuários inseridos em qualquer modalidade de assistência devem necessariamente ser inseridas no cuidado em saúde mental, pois a existência de um TM em uma família afeta a todos os membros e a maneira como vai sendo desenhada a dinâmica familiar. Em relação à indagação realizada no início dessa discussão, ou seja, referente ao fato das famílias dos usuários assistidos na Casa de Repouso Guararapes, estarem ou não inseridas no cuidado, na época do hospital Guararapes, isto se configura um fator determinante no contexto mencionado, pois quando, por exemplo, uma família não é assistida e cuidada, torna-se difícil também para ela cuidar adequadamente do seu parente com adoecimento mental. Ter-se-á no desenvolvimento dessa pesquisa, ou seja, mediante os relatos dos familiares participantes da pesquisa, a possibilidade de conhecer as vivências das referidas famílias, e assim identificar elementos importantes para uma compreensão mais ampla dessa situação.

Não se pode deixar de colocar em evidência, a marca profunda e nefasta de um intenso processo de exclusão social, caminhando lado a lado com a prática de hospitalização integral de longa duração. Só quem vivenciou essa situação explicitada tem respaldo para construir seu significado. Os expectadores podem até imaginar o quão foi sofrido, danoso para as pessoas com TMs, os longos períodos de internação no hospital psiquiátrico, seguidos de um intenso processo de exclusão social, mas uma coisa é certa – só quem sente a dor tem a verdadeira dimensão de sua profundidade. Os expectadores podem supor que essa dor e esse sofrimento foram imensuráveis, mas nunca serão capazes de mensurar esse imensurável.

Na história da psiquiatria brasileira, constata-se a prática de internações de longa duração. Para ilustrar, informa-se que no final da década de 1980, foi realizado um censo dos usuários internados em uma instituição psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro e identificou-se que o tempo médio de internação era de 26 anos. Segundo dados do Ministério da Saúde (2007), foram registrados casos de pessoas com mais de 60 anos de internação, muitas destas eram encaminhadas para um hospital psiquiátrico para jamais retornarem às suas casas.

Considera-se na pesquisa o conceito de exclusão social defendido por Amarante (2003), que o define como uma perda de visibilidade social e do exercício de direitos pelos indivíduos, bem como uma precariedade na contratação de ganhos sociais.

O processo de exclusão social e a hospitalização integral de longa duração, pelos quais as pessoas com TMs com histórico de internação no hospital psiquiátrico tornaram-se alvo, devem ser compreendidos também se considerando a correlação existente entre diferentes crenças e cuidados e atenções em saúde mental.

Para Moura Fé (1999), a instituição manicomial ainda hoje existente, apesar das alterações semânticas de asilo para manicômio e hospital psiquiátrico, teve seu surgimento e sua organização, alicerçados nas crenças dominantes, há mais de dois séculos. A loucura era encarada como uma doença da mente, não mais causada pela possessão de espíritos malignos, mas por alterações orgânicas e degenerativas do cérebro que produziam as manifestações patológicas. Atribuía-se à sociedade um fator morbígeno na produção de filhos que se desviavam das normas predominantes. Estes novos saberes propiciaram o desenvolvimento de condutas correspondentes e favoreceram as condições para o surgimento do médico especializado neste tipo de doença, isto é, o alienista, atualmente chamado de psiquiatra, e também o local apropriado para tratá-la, o asilo ou manicômio, atual hospital psiquiátrico.

Os manicômios tinham que funcionar na prática, fundamentados nos princípios teóricos, ou seja, deveriam proporcionar as condições para que as pessoas com “desvios” de conduta, ou então, que não “regulavam” bem ou que ficavam “fora de si” sem motivo aparente ou que não se “ajustavam” às atividades sociais readquirissem os modos mais adequados e as posturas compatíveis com as normas e regras socialmente aceitas; daí justificava-se as prescrições de isolamento social, confinamento pessoal, disciplina rígida e coercitiva, embaladas de premiações e castigos, como também a predominância de uma vigilância permanente, de modo que o doente teria todas as “chances” para se “normatizar” e nenhuma outra possibilidade que não as preconizadas pelo sistema asilar. Foi dessa maneira que o asilo, palavra de origem grega com significado de “lugar inviolável”, transformou-se em local violado e violento, instituição esta onde os indivíduos com TMs não poderiam fugir devido à existência de grades e muros respeitáveis (MOURA FÉ, 1999).

Apreende-se que a assistência prestada na Casa de Repouso Guararapes, encontrava-se em consonância com as posturas compatíveis com as normas e regras socialmente aceitas, e com os princípios preconizados no regime manicomial, justificados pelas prescrições de isolamento social, confinamento pessoal, disciplina rígida e coercitiva. Isto pode ser observado mediante os discursos dos usuários: “(...) Os paciente ficava confinado, detrás

daqueles muros altos (...) só vivia trancafiado nas jaulas (...) era pior do que prisão aquele hospital. Os paciente só vivia preso, (...) nós era tudo controlado”.

Amarante (2003) reafirma de maneira sintética que o modelo manicomial realiza-se em um contexto de instituições fechadas, fundamentando-se principalmente na custódia, tutela, vigilância e disciplina, promovendo o isolamento e a segregação dos indivíduos. O princípio do isolamento, especificamente, característica marcante do sistema manicomial, exerceu um papel importante para a constituição do conhecimento científico e ele era justificado de diferentes maneiras: favorecia a garantia de segurança pessoal dos indivíduos considerados “loucos” e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

As longas internações, intimamente relacionadas ao processo de exclusão social, podem ser evidenciadas no cenário da assistência hospitalocêntrica: “(...) Eu faltei morar dentro daquele hospital, ficava internado de meses”. Acredita-se que as longas internações produzem o sinistro processo de exclusão social, e estas características predominantes nos hospitais psiquiátricos acarretam diversos prejuízos às pessoas com TMs, dentre estes se destacam a perda dos laços familiares e sociais, comprometimentos em relação à realização de atividades de vida diária – AVD’s (como por exemplo, alimentar-se, vestir-se e higienizar-se sozinho), a perda de autonomia, a cronificação, o reforço do estigma de “louco”, dentre outros.

Moura Fé (1999) argumenta que as internações prolongadas em manicômios se configuram uma das condutas bastante utilizadas na assistência psiquiátrica. Elas revelam seu grande potencial favorecedor de cronificação, isolamento e dissolução dos vínculos de socialização das pessoas, o que, diante do atual conhecimento de tais condições, não mais se justificam tecnicamente, orientando dessa maneira para uma reformulação dos modelos assistenciais das internações psiquiátricas. As referidas internações prioritariamente devem ser evitadas, no possível e, quando necessárias, têm de ser realizadas somente nos períodos críticos da doença, no menor tempo e em hospital geral.

Podemos observar em pacientes com longas internações psiquiátricas, posturas comportamentais resultantes da longa permanência hospitalar e não do processo mórbido primitivo. Estes condicionamentos iatrogênicos precisam ser identificados e tratados e isto é mais um trabalho social que médico. Os mecanismos de trabalhos sociais, como oficinas terapêuticas ou equivalentes, representam estratégias promissoras no processo de ressocialização psiquiátrica (MOURA FÉ, 1999:30)

Conforme Amarante (2003), indivíduo cronificado significa aquele institucionalizado por longas datas (internado, convivendo em instituições psiquiátricas), o qual apresenta marcas danosas dessa violência.

Em relação à Casa de Repouso Guararapes, os estudos de Sampaio (1999) denunciam que os usuários da referida instituição apresentavam alto grau de cronificação, com grande tempo de permanência e freqüentes re-internações.

Os estudos de Moura Fé (1997) corroboram também com a posição de que as longas internações ocasionam especificamente perdas no que diz respeito à autonomia e realização de AVD's. O estudioso em questão esclarece que o isolamento e confinamento causados pelos hospitais psiquiátricos favorecem o desenvolvimento do afrouxamento no comportamento social dos usuários, tornando-os despreocupados em aspectos relacionados à comunicação, ao vestuário, fala, comunicação interpessoal, asseio pessoal.

Defende-se assim que se rompa com a hospitalização integral de longa duração e, nas situações em que as internações se mostrem realmente necessárias, que sejam realizadas em breve período e em hospital geral. Botega e Dalgalarondo (1997) enfatizam que há vantagens a serem consideradas quando são utilizadas as enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais. Em relação a algumas e principais vantagens, os estudiosos argumentam que: diferente dos hospitais psiquiátricos, a maioria dos hospitais gerais está situada em áreas mais próximas e acessíveis às populações atendidas. Esse aspecto possibilita a regionalização e a continuidade da atenção, o tratamento mais precoce dos TMs, favorecendo a diminuição, em parte, da cronificação. Quando uma pessoa com TM se encontra internada no hospital geral, ela passa a ser vista como alguém semelhante aos outros usuários internados da instituição. Isto possibilita a diminuição do estigma da doença mental. Por outro lado, os hospitais psiquiátricos tradicionais acabam por reforçar o estigma da doença mental, dentre outros.

Apreende-se pelo conteúdo explicitado que o hospital psiquiátrico apresentava característica manicomial, favorecendo o processo de exclusão social das pessoas com TMs, atuando também como um dispositivo possibilitador de intenso sofrimento mental, vivenciado pelas pessoas que lá se internaram, e não seria fora de propósito afirmar que teve um grande potencial para contribuir de maneira determinante para a cronificação de patologias. Dessa maneira, deve-se evitar prioritariamente a realização de internação de pessoas com TMs nesses estabelecimentos.

Os discursos dos familiares em relação ao hospital dia apontaram para a Categoria 4 LEGITIMAÇÃO DA INTERNAÇÃO PELA FAMÍLIA, apresentando a idéia central: Internação de longa duração, já referida nos discursos dos usuários. Os familiares demonstram satisfação quando os seus parentes permaneciam no hospital dia, pois além da garantia da alimentação, alegavam que tinham mais “sossego”, pois conseguiam resolver com tranquilidade os seus afazeres. A justificativa de que uma maior permanência no hospital possibilitaria uma melhoria na recuperação dos usuários, também é apontada como um ganho importante.

DSC – 8

As família tinha mais sossego quando os pacientes ficava internado no hospital dia, lá tinha o alimento farto e certo, as família podia resolver as coisas com calma. Eu digo que quanto mais tempo o paciente fica internado, melhora mais ainda a recuperação dos pacientes.

Os achados dessa pesquisa estão em harmonia com um estudo realizado com familiares de uma pessoa com TM com histórico de internação no dispositivo hospital dia, na cidade de Fortaleza-CE. Neste, Monteiro e Barroso (2000) detectaram que os familiares consideram a alimentação fornecida pelo hospital dia, uma parte integrante do seu programa de atendimento, interpretada pelos familiares como um aspecto relevante, pois com essa garantia havia uma redução do número de pessoas que teriam de ser alimentadas no ambiente domiciliar, ocorrendo assim a redução das despesas domésticas. O hospital dia significava para as famílias entrevistadas uma estrutura propiciadora de diferentes opções de resolução para os seus mais variados problemas na relação com o seu parente com TM. Os familiares consideravam também relevante o desenvolvimento de atividades programadas especificamente para os usuários assistidos, pois isto não existia em seus domicílios, e assim os seus parentes permaneciam bastante ociosos.

O argumento dos familiares de que a permanência do usuário possibilitava mais “sossego” para a família, bem como supostamente favorecia um quadro de melhoria na recuperação da pessoa com TM, devem ser compreendidos à luz das dificuldades que podem emergir da convivência com pessoas com TMs, conforme estudado anteriormente no relato dos usuários participantes da pesquisa. Aqui se tem a possibilidade de compreender os motivos que levam os familiares a legitimarem as internações de longa duração.

Identificou-se pelos discursos dos familiares um conteúdo marcante voltado para a legitimação da internação de longa duração, que sinalizou para a necessidade dos serviços que compõem a Rede de atenção psicossocial organizarem estratégias e desenvolverem ações permanentes direcionadas para uma atenção às famílias.

Os discursos dos trabalhadores de saúde não evidenciaram a Categoria 4 LEGITIMAÇÃO DA INTERNAÇÃO PELA FAMÍLIA.

A Categoria 5 O COTIDIANO DO HOSPITAL DIA emergiu unicamente dos discursos dos usuários, apresentando as idéias centrais: usuário em regime semi-intensivo de internação, garantia de transporte e desenvolvimento de atividades.

DSC – 9

Nós ficava lá de segunda até sexta, no fim da tarde voltava pra casa e levava o medicamento da noite. No fim de semana os paciente ficava em casa. O tratamento no hospital dia era bem melhor, tinha um ônibus que pegava os pacientes em casa, levava depois para o hospital e depois levava nós pra casa. No hospital dia os paciente fazia muitas coisas, jogava, dançava, fazia passeio, aprendia artesanato, pintava, aprendia higiene.

Mediante os discursos dos usuários apreende-se que no hospital dia existia uma dinâmica de funcionamento dentro da própria instituição, em que o usuário tinha uma rotina, com horário para chegar e sair do hospital, o transporte era um recurso que lhes era garantido. Durante a permanência na instituição, estavam envolvidos no desenvolvimento de diferentes atividades.

De imediato percebe-se que os usuários identificam uma alteração positiva na assistência prestada e explicitam a sua satisfação com esse dispositivo: “(...) O tratamento no hospital dia era bem melhor (...)”. Atribuem como melhoria na assistência um cenário caracterizado pela hospitalização parcial, o monitoramento da medicação, a garantia do transporte para locomoção dos usuários até o hospital e do hospital às suas casas, a realização de diferentes atividades.

O que seria mesmo o dispositivo hospital dia? O que a literatura fala sobre essa modalidade de assistência em saúde mental? Os hospitais dia vêm ao longo do tempo, instigando polêmicas em relação às suas possibilidades de realmente virem a substituir satisfatoriamente os hospitais psiquiátricos quanto à sua eficiência para reabilitar os indivíduos com TMs crônicos, suas indicações, contra-indicações, dentre outros.

Em Schene et al (1988), encontra-se a classificação desse dispositivo em quatro modalidades: alternativos à hospitalização psiquiátrica; continuidade à internação fechada; extensão ao tratamento ambulatorial e reabilitação e apoio a crônicos.

Oda et al (1995) esclarecem que o hospital dia se configura uma das modalidades assistenciais intermediárias, situadas entre a atenção ambulatorial e a hospitalização integral, podendo se constituir como um dispositivo da rede de cuidados em saúde mental. A expressão hospital dia pode significar uma diversidade de organizações de assistência no campo da saúde mental.

A pessoa em atendimento no dispositivo hospital dia deve ser envolvida num cronograma de atividades, sendo considerada um membro ativo de uma comunidade terapêutica que reproduz um microcosmo social, onde as atividades sociais (aniversários, almoço, festivo), recreacionais (jogos), artísticas (cinema, teatro, coral) ou ocupacionais do dia-a-dia são organizadas, racionalizadas e integradas (ODA et al, 1995).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a portaria 224/ 92 preconiza que o hospital dia é um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. Deverá desenvolver um programa de atenção de cuidados intensivos, com o objetivo de substituir a internação integral, abrangendo um conjunto diversificado de atividades até cinco dias da semana e com carga de oito horas diárias por usuário. Deve está situado em área específica independente da estrutura hospitalar, dispondo de salas para abordagem grupal, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual.

O serviço de atendimento em regime de hospital dia deve ser regionalizado, prestando atendimento a uma área geográfica definida, facilitando assim o acesso do usuário à unidade assistencial. Este dispositivo deverá integrar-se à rede hierarquizada de assistência à saúde mental. Deverão ser desenvolvidas as seguintes atividades: Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração da pessoa com TM na comunidade e sua inserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em relação à equipe mínima, por turno de quatro horas, para atendimento destinado a 30 usuários por dia, deve ser composta por: 01 médico; 01 enfermeiro; 04 trabalhadores de saúde de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro

necessário à realização das atividades). Os usuários em regime de hospital dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Observa-se assim que são diversas as possibilidades de atuação dos hospitais dia. Quanto à referida estrutura de Sobral, especificamente, faz-se necessário ressaltar que atendia prioritariamente aos usuários do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, os quais não se encontravam mais em estado agudo de crise. Dessa maneira, pode-se afirmar sucintamente que o Guararapes atendia os usuários em estado agudo e o atendia aqueles fora do citado quadro.

Considera-se que se faz necessário conhecer um breve histórico sobre esse dispositivo no município. Assim, é importante mencionar que segundo Aragão, et al (2000), o hospital dia de Sobral consistia numa unidade de assistência psiquiátrica, inaugurada em abril de 1996, com capacidade de atendimento para 30 usuários, residentes em Sobral. O atendimento estava voltado para pessoas com TMs com um histórico de sucessivas e longas internações em hospitais psiquiátricos, às quais apresentavam dificuldades em relação aos vínculos interpessoais e afetivos, cuidado pessoal e capacidade laborativa. Elaborava-se um cronograma de atividades diferenciadas para os usuários, e estes recebiam atendimento intensivo, nos turnos manhã e tarde, retornando para os seus domicílios no final da tarde, permanecendo à noite com os seus familiares ou grupos sociais. A medicação era monitorada no hospital, e no final de semana, os usuários a levavam para casa. Havia a atuação de uma equipe multiprofissional, que buscava inserir a família no cuidado. A permanência no hospital dia era garantida mediante a disponibilização de um transporte responsável pela ida e vinda dos usuários de suas casas para o hospital.

Percebe-se pelos discursos dos usuários que a oferta de uma outra modalidade de assistência, representada pelo hospital dia, ocasionou mudanças importantes no tratamento das pessoas com TMs, principalmente, quando se adota como referencial a Casa de Repouso Guararapes. Os usuários logo identificam essas alterações, às quais são interpretadas como satisfatórias e favorecedoras de uma melhoria na qualidade de vida. Entende-se que a satisfação dos usuários referida ao hospital dia está diretamente relacionada à trajetória feita por esses usuários no sistema manicomial, representado pelo hospital Guararapes. Eles foram submetidos a longos períodos de internação, com uma assistência não qualificada, excludente, onde o tratamento se restringia a medicamentos, isolamento, exclusão social, ao passo que o surgimento do hospital dia, impulsionado e exigido pelo processo de Reforma Psiquiátrica, é recebido como algo muito bom. E de fato, experienciar duas modalidades de assistência, com

dinâmicas de tratamento e formas de cuidado diferenciadas, favorecem a construção de significados distintos sobre as mesmas pelos usuários assistidos.

2.1. RETRATO DO MODELO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SOBRAL

Os trabalhadores de saúde enfatizaram que um novo cenário de assistência em saúde mental é evidenciado com a implantação da Rede de atenção psicossocial. Dessa maneira, surgiu a Categoria 1 Inclusão Social, a qual apresenta as idéias centrais: transição cultural da população em relação ao adoecimento mental, inserção social e aquisição de ocupação com geração de renda.

DSC – 10

A mudança da população em relação ao transtorno mental significa um ganho fundamental com a implantação da Rede de saúde mental. Vem percebendo-se que pouco a pouco há uma desmistificação dos sobralenses em relação às pessoas com transtornos mentais. Está existindo uma mudança na cultura manicomial que foi produzida ao longo dos anos. Na época do descredenciamento do Guararapes houve uma chacoalhação muito grande na cidade, onde se indagava para onde os “doidos” iriam. Tinha até um radialista que estava chamando a população para fazer a passeata dos doidos até a prefeitura, como protesto contra o fechamento do manicômio. Ele alegava que a população estaria em perigo, a mercê da violência dos “doidos”. E muitas outras situações inusitadas. Hoje depois que se passaram todos esses anos, percebe-se que as pessoas de Sobral já estão convivendo com o diferente. O preconceito da sociedade está mudando em relação às pessoas com transtornos mentais. A equipe multiprofissional direciona suas ações para promover a inclusão dos clientes no seio familiar, na comunidade, na sociedade, resgatando a dignidade da pessoa com transtorno mental. A Rede tirou o paciente da condição de doente, incapacitado, colocando-o em uma condição de capaz. Tem um modelo que valoriza ações fora do CAPS, ou seja, na comunidade, lutando pelos espaços do cidadão, acho que isso se deve a supervisão institucional dada por muitos anos por Dr. Jackson Sampaio, que sempre priorizou esta visão e ajudou a construir o CAPS de Sobral. A Rede instalada em Sobral tem demonstrado muita competência, tem sido capaz de dar resolutividade, com respeito, dignidade, grande capacidade crítica, com integração social na perspectiva o tempo inteiro da inclusão social. O CAPS procura direcionar os pacientes para várias atividades, buscando desenvolver um trabalho para atividades lucrativas, de geração de renda, proporcionando oportunidades para que o paciente possa exercer sua função, restabelecer seus vínculos, dá a ele um sentido de vida, favorecer para que ele melhore sua auto-estima. Muitos realmente têm condições de trabalhar, de desenvolver suas aptidões, busca-se oferecer condições para que o paciente tenha uma melhoria em sua qualidade de vida.

A inclusão social aparece enfaticamente nos discursos dos trabalhadores de saúde, os quais destacam a existência da transição cultural da população em relação ao adoecimento

mental, a inserção social e a aquisição de ocupação com geração de renda, como fatores intrinsecamente relacionados a esse processo.

Em Sobral, a Reforma Psiquiátrica é um processo que vem se consolidando com o fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes e a criação dos serviços substitutivos à lógica hospitalocêntrica: CAPS Geral II, CAPS ad, CEM, UIPHG e SRT, bem como pela articulação com a ESF e mediante a realização de parcerias com a sociedade civil, entidades governamentais e não governamentais. A Reforma tem por objetivo a inclusão social dos usuários. Busca-se trabalhar com o imaginário da população em relação ao adoecimento mental, pois a existência do referido hospital psiquiátrico contribuiu para a formação de uma cultura de estigmatização, preconceito, exclusão das pessoas com TMs.

Os trabalhadores de saúde mental de Sobral entendem que se faz necessário a realização de estratégias e ações voltadas para sensibilizar a população nas questões concernentes ao universo do adoecimento mental, levando-a a refletir sobre os seus valores e crenças, visando uma transformação no imaginário da mesma em relação ao fenômeno do adoecimento mental. Fomenta-se a produção de relações sociais, a ampliação de vínculos, a criação de uma rede de apoio, visando uma melhoria na qualidade de vida das pessoas com TMs e de seus familiares.

De acordo com os trabalhadores de saúde participantes da pesquisa, a transição cultural da população em relação ao adoecimento mental se constitui um aspecto relevante no contexto da implantação da Rede de atenção psicossocial. Eles destacam a transição cultural da população em relação à cultura manicomial como um ganho fundamental que está sendo conquistado. “(...) A mudança da população em relação ao transtorno mental significa um ganho fundamental com a implantação da Rede. Vem percebendo-se que pouco a pouco há uma desmistificação dos sobralenses em relação às pessoas com transtornos mentais. Está existindo uma mudança na cultura manicomial que foi produzida ao longo dos anos (...)”.

Afirmam também que a associação equivocada de TM com violência, periculosidade, imprevisibilidade bastante enraizada à cultura local, está paulatinamente sendo modificada, ocorrendo o surgimento de uma cultura de tolerância, respeito, acolhimento, convivência com a diversidade das manifestações humanas: “(...) Tinha até um radialista que estava chamando a população para fazer a passeata dos doidos até a Prefeitura, como protesto contra o fechamento do manicômio. Ele alegava que a população estaria em perigo, a mercê da violência dos “doidos” (...) Hoje depois que se passaram todos esses anos, percebe-se que as pessoas de Sobral já estão convivendo com o diferente (...)”.

Em Sobral, percebe-se que a existência da Casa de Repouso Guararapes (1974 - 2000) produziu e alimentou uma cultura manicomial no imaginário e nas condutas adotadas pelas pessoas. Em relação a esta, Moura Fé (1999) afirma que significa uma cultura de dependência e de opressão discriminatória, incompatível com os ideais e os princípios de liberdade democrática de um povo. Faz-se necessário combatê-la, e para isso é preciso ter um conhecimento preciso de suas implicações e a substituição por dispositivos resolutivos satisfatórios.

A implantação de serviços substitutivos aos mecanismos asilares de assistência em saúde mental, como por exemplo, os CAPS, significa um avanço de grande relevância na municipalização de saúde de uma cidade: “Representa uma mudança histórica no seu processo de autodeterminação, processo este que implica na luta contra todos os vícios culturais de dependência e estimula a livre criatividade de cidadania de seu povo” (MOURA FÉ, 1999, P.101).

Nos próximos parágrafos se resgatam alguns episódios significativos que ficaram gravados na memória, os quais evidenciam a predominância de preconceito, estigma e segregação direcionados às pessoas com TMs.

Na época do fechamento do hospital Guararapes, em julho de 2000, e sua substituição por serviços substitutivos ao mecanismo asilar, deparou-se com fatos inusitados, que explicitavam a existência de uma cultura manicomial (herança deixada pelo Guararapes), com a predominância de mitos e crenças equivocadas no imaginário da população em relação ao adoecimento mental.

Um radialista da cidade estava intensamente motivado para a organização de uma “passeata dos doidos” pelas ruas. Exigência: Todos os adeptos deveriam estar com vestimentas bizarras, e apresentando aspectos gerais característicos dos indivíduos considerados, “doidos” ou “queima graxa”, adjetivos da cultura local usados para designar uma pessoa com TM. Os manifestantes deveriam dirigir-se à sede da Prefeitura, como um ato de repúdio e protesto ao fechamento do manicômio, pois a população sobralense, os considerados “normais” ficariam vulneráveis e expostos aos atos violentos e inesperados dos “doidos”.

Em um evento realizado no auditório da Prefeitura Municipal de Sobral, o qual contou com a participação de representantes de vários segmentos sociais, um representante de uma determinada instituição alegava com ar professoral que “ter uma pessoa doente mental

em casa significava o mesmo de ter uma cobra cascavel” no próprio domicílio. O depoimento do referido representante refletiu o imaginário de uma parcela considerável da população sobralense que, freqüentemente, ainda associa a enfermidade mental à periculosidade e imprevisibilidade.

As primeiras sedes dos CAPS, localizadas no centro da cidade, também se tornaram alvo de preconceito e de olhares estigmatizantes. Por que um serviço daqueles estava localizado logo no centro da cidade? Por que não deveria funcionar em áreas distantes do convívio social? Lembra-se que a equipe do CAPS recebeu uma proposta de um vereador para que a sede do CAPS passasse a funcionar na Serra da Meruoca, local circunvizinho a Sobral.

Identificavam-se casos de pessoas que tinham receio em buscar tratamento no CAPS, preferindo se deslocarem para Fortaleza em busca de outros serviços especializados. O receio de serem taxadas de “loucas”, “doidas” configurava-se um importante obstáculo para elas. Hoje, elas já vêm ao CAPS de maneira voluntária e relatam os ganhos com este procedimento: atendimento de qualidade, acessibilidade, melhor adesão ao tratamento, dentre outros.

Em um programa de rádio local, em que participaram um apoiador/supervisor do processo de Reforma Psiquiátrica em Sobral e uma assistente social, os quais discutiam sobre o tema do fechamento do hospital psiquiátrico e implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial, aconteceu a seguinte situação: o radialista no final da entrevista indagou aos entrevistados: Então doutores, vocês me garantem de que hoje em diante, nenhum cidadão sobralense será agredido por uma pessoa com problema mental? Em contrapartida, o supervisor ressaltou: Desde que você me garanta que nenhum cidadão sobralense agredirá uma pessoa com TM.

Na cidade circulava um personagem andarilho que foi batizado pela população como “louro do pau”, pois sempre segurava um pedaço de pau na mão. Era bastante temido e em relação ao mesmo foram perpetuadas muitas histórias inverídicas. Uma delas pregava que ele tinha uma mão cortada porque teria agredido uma senhora grávida e, então o esposo da mesma arrancou-lhe a mão. Mas a história verdadeira era: Este indivíduo teve a mão amputada devido a um acidente causado por fogos de artifício. Eram vários os relatos de agressividade atribuídos a ele, alguns fundamentados e a grande maioria inventada. Este indivíduo apresentava TM, não estava fazendo uso de nenhuma medicação e mostrava-se resistente em aceitar tratamento. Por diversas vezes, a equipe do CAPS tentou a realização de

muitas abordagens, sem resultados satisfatórios. Posteriormente, com o apoio e a autorização da família, a equipe realizou uma internação involuntária e deu-se início ao seu tratamento. Hoje o mesmo encontra-se bem, mora com sua mãe e continua recebendo atenção da equipe de saúde mental.

Detectava-se que diversos setores da mídia local (imprensa escrita e falada), bem como outros segmentos sociais, apresentavam postura preconceituosa, produto da falta de conhecimento em relação ao adoecimento psíquico. Isto em grande parte devido à cultura manicomial (herança do hospital Guararapes) e inexistência de uma adequada política pública local no universo da saúde mental.

E o que falar das colocações indiretas e muitas vezes diretas de muitas pessoas, inclusive de trabalhadores de saúde em relação aos trabalhadores de saúde mental. “É, só pode trabalhar no CAPS mesmo... Começa assim, viu... Vocês não têm medo de ficarem doidos não? Como é que vocês agüentam?” “Se escolheu trabalhar com doido é porque também tem um quê de doídice, vocês devem ter também as loucuras de vocês...”

Em Sobral, constata-se atualmente que o trabalho desenvolvido principalmente pelos CAPS Geral II e CAPS ad têm contribuído de maneira fundamental para a construção de um novo olhar diferenciado sobre o universo da saúde mental. Isto vem ocasionando uma influência direta na qualidade de vida das pessoas com TMs e de seus familiares.

Atualmente identifica-se que a grande maioria das pessoas que se recusavam a buscar tratamento no CAPS Geral II, às quais tinham receio de serem taxadas de “loucas”, “doidas”, já vêm aos CAPS de maneira voluntária e relatam os ganhos com este procedimento: atendimento de qualidade, acessibilidade, melhor adesão ao tratamento, dentre outros. A população de maneira geral está se mostrando mais receptiva para lidar com os questionamentos relacionados à saúde mental, presencia-se a construção de uma cultura de acolhimento, respeito ao ser diferente.

Sampaio e Barroso (1997) defendem que todos os trabalhadores de saúde devem estar conscientes de que, no momento em que realizam atendimento a uma pessoa com TM no espaço não asilar, estão refazendo uma cultura, estão trazendo elementos de desafio para a comunidade, habituada com outras trajetórias deste usuário. Os trabalhadores de saúde terão de educá-la para tê-la como aliada. O processo educacional acontecerá em todos os âmbitos institucionais, em escolas, associações, hospitais, polícias, etc.

Amarante (2003) argumenta que a transformação do imaginário social é realizada mediante uma intervenção cultural, que pode ser definida como sendo uma estratégia dos dispositivos e de outras entidades de saúde mental, visando uma aproximação da sociedade nas discussões e mudanças processadas no universo da saúde mental. A Reforma Psiquiátrica defende que é possível às pessoas consideradas loucas assumirem diferentes papéis na sociedade, por exemplo: papel de trabalhador, de artista, de estudante, etc. Assim, o usuário passa a ser reconhecido como alguém que tem habilidades reais e como sujeito de direito, evita-se com isso que ele assuma o peso de unicamente exercer o papel de “doente mental”, concepção predominante da psiquiatria tradicional. As representações sociais sobre a loucura não devem reduzir o louco a uma categoria patológica. Acima de tudo, ele deve ser reconhecido como um indivíduo e as suas diferenças devem ser respeitadas.

Há sentido na posição dos autores supracitados, e baseando-se nas suas recomendações, a equipe de saúde mental do município entende especificamente que a mídia (imprensa escrita e falada) é um veículo de grande relevância para a realização de um trabalho articulado visando à transição cultural da população em relação ao adoecimento mental. Dentre as ações implementadas para a promoção de mudanças na cultura da população, destaca-se a participação dos trabalhadores de saúde mental em diferentes programas de rádio locais, abordando interativamente com a população, temas relacionados ao referido universo. Esta parceria vem proporcionando esclarecimentos quanto aos TMs e comportamentais e as modalidades de tratamento; a desmistificação de crenças equivocadas em relação ao adoecimento mental; dentre outros. Atualmente constata-se que setores da mídia e diversos segmentos sociais tornaram-se parceiros da saúde mental e junto com os trabalhadores de saúde desempenham um papel importante na consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica em Sobral.

Os estudos de Amarante (2003) apontam também para a necessidade de se considerar o contexto da dimensão sociocultural, da Reforma Psiquiátrica, pois esta não se limita apenas a superação do hospital psiquiátrico e a incorporação de um novo modelo de assistência ou a problematização de modos de atendimento. Torna-se imperativo avançar e sair dos espaços de tratamento, buscando envolver toda a sociedade nas questões relacionadas ao fenômeno da loucura. Quando se constrói um novo espaço social para os indivíduos considerados loucos, objetiva-se a transformação do imaginário social, ou seja, as idéias preconcebidas, os preconceitos, as representações que a sociedade tem em relação à loucura. Dessa maneira, deve-se transportar a loucura para fora dos espaços institucionais, visando a

promoção de mudanças no cerne da sociedade, favorecendo assim a uma revisão e reflexão de valores e crenças marcadamente excludentes e estigmatizantes.

A OPAS (2001) defende que devem ser lançadas em todos os países campanhas educativas e de sensibilização da população sobre o universo da saúde mental. A meta principal consiste em reduzir os obstáculos ao tratamento e à atenção, aumentando a consciência sobre a frequência dos TMs, a susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e os direitos humanos das pessoas com TMs. As alternativas de atenção disponíveis, bem como seus benefícios devem ser amplamente divulgados, de maneira que as respostas da população geral, dos trabalhadores de saúde, da mídia, dos formuladores de políticas e dos políticos reflitam a respeito dos melhores conhecimentos disponíveis. Isso já se configura uma prioridade em diversos países e em várias organizações nacionais e internacionais. Um bom planejamento de campanhas educativas e de sensibilização do público pode reduzir consideravelmente a estigmatização e a discriminação, fomentando o uso dos serviços de saúde mental, obtendo-se assim uma aproximação maior entre a saúde mental e a saúde física.

A Organização Panamericana de Saúde (2001) sinaliza estratégias para esse fim. Com o objetivo de aumentar o envolvimento das comunidades locais, pode-se usar como estratégia a disseminação de informações corretas sobre os TMs e o uso de recursos da comunidade para iniciativas específicas, como exemplos: a participação de voluntários na prevenção do suicídio, a colaboração dos curandeiros tradicionais. A transição da atenção em instituições para o universo comunitário pode alterar positivamente as atitudes e respostas da comunidade no sentido de ajudar as pessoas com TMs a usufruírem uma melhoria na qualidade de vida.

A OPAS (2001) acrescenta que são vários os caminhos que podem proporcionar mudanças à comunidade. O mais importante dentre eles é o uso dos veículos de comunicação de massa em campanhas educativas orientadas para o público em geral. A mais importante barreira que deve ser superada na comunidade é a estigmatização e a discriminação, direcionadas aos indivíduos com TMs e comportamentais. Para combater o estigma e a discriminação faz-se necessário uma abordagem nos diversos níveis, abrangendo desde a educação dos profissionais e trabalhadores em saúde, assim como providenciando o fechamento de instituições psiquiátricas que preservam e reforçam intensamente o estigma, a implementação de serviços de saúde mental no contexto comunitário e a implantação de leis que protejam os direitos das pessoas com TMs. Para combater o estigma, podem ser usadas

também como estratégia a realização de campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto dos TMs, com o objetivo de desmistificar crenças e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos.

A internet se configura um outro poderoso instrumento para a comunicação e o acesso a informações sobre saúde mental. Está sendo amplamente utilizada como meio de informação e educação de pessoas com TMs, estudantes, profissionais de saúde, grupos de usuários, organizações não-governamentais e a população geral sobre saúde mental; assim como veículo de promoção de encontros de ajuda mútua e grupos de discussão; e para favorecer atenção clínica. Ao usar a internet como fonte de informação, a comunidade terá um maior acesso a um mais amplo leque de conhecimentos e, por isso mesmo, terá expectativas maiores com relação ao tratamento e atenção que recebe dos provedores, segundo avaliação da OPAS (2001).

Finalmente a OPAS (2001) argumenta que partindo de uma perspectiva de saúde pública, são muitas as ações que podem ser desenvolvidas para a redução da carga dos TMs, entre elas a formulação de políticas destinadas à melhoria da saúde mental das populações; a garantia do acesso universal a serviços apropriados e econômicos, inclusive serviços de promoção da saúde mental e de prevenção; bem como a garantia da atenção e da proteção adequada dos direitos humanos das pessoas institucionalizadas com TMs mais graves. Outras ações apontadas são a avaliação e a monitorização da saúde mental das comunidades, inclusive das populações vulneráveis (crianças, mulheres, idosos); a promoção de estilos de vida saudáveis e redução dos fatores de risco dos TMs e comportamentais, tais como ambientes familiares instáveis, inquietação civil; apoio de uma vida familiar estável, a coesão social e o desenvolvimento humano; o fortalecimento das pesquisas sobre as causas dos TMs e comportamentais, o desenvolvimento de tratamentos eficazes e a monitorização e avaliação dos sistemas de saúde mental.

Um outro fator de relevância considerado pelos trabalhadores de saúde inseridos na pesquisa diz respeito à inserção das pessoas com TMs no ambiente comunitário e social: “(...) A equipe multiprofissional direciona suas ações para promover a inclusão dos clientes no seio familiar, na comunidade, na sociedade, resgatando a dignidade da pessoa com transtorno mental (...)”.

A inclusão social se constitui um importante objetivo dos serviços que compõem a Rede de saúde mental. O CAPS II especificamente direciona suas ações para o exercício de cidadania e inclusão social dos usuários. Consideram-se as estratégias de intersetorialidade

com outros dispositivos governamentais e não governamentais, visando ampliar o acesso das pessoas com TM a outras políticas públicas de inclusão social, evitando assim a cronificação, a exclusão social e a estigmatização.

Ressaltam-se assim algumas parcerias realizadas com o intuito de atingir as propostas já definidas. A parceria do CAPS com a Secretaria da Juventude e do Esporte possibilita a participação dos usuários (crianças, adolescentes, adultos) no projeto Segundo Tempo, no qual ocorre a inserção dos mesmos em diversas modalidades esportivas, como vôlei, futebol, capoeira, basquete. Em outro momento, a parceria realizada com a Secretaria da Educação, através do Palácio de Ciências e Línguas Estrangeiras, favorece a inclusão dos usuários nos cursos de espanhol, inglês, computação.

A Secretaria de Transportes oferece acesso gratuito de ônibus para a participação em programas de lazer como passeios semanais a clubes, sítios, museus, pontos turísticos e históricos e cidades circunvizinhas. Diante de novas parcerias e oportunidades, outras experiências podem acontecer, em clubes, praças e ginásios poliesportivos, com dança, ginástica, hidroginástica, futebol, sinuca e videoquê.

No universo da educação, mediante a parceria do CAPS com o Serviço Social da Indústria – SESI, o projeto Brasil Alfabetizado está possibilitando a alfabetização dos usuários assistidos nos seus próprios bairros de moradia. O fato de escrever o próprio nome, ler ou escrever uma carta, por exemplo, favorece um aumento na auto-estima da pessoa, contribuindo para a aquisição de maior autonomia nas atividades do cotidiano.

O Centro de Estudos de Jovens e Adultos - CEJA realiza ensino de primeiro e segundo grau e aceita matrículas de usuários, para exercícios de atualização, tirando dúvidas no Centro, até a segurança de se submeterem às provas regulares e serem aprovados nos módulos pedagógicos pré-estabelecidos.

Os trabalhadores de saúde enfatizam também o desenvolvimento de atividades direcionadas para a aquisição de ocupação com geração de renda: “(...) O CAPS procura direcionar os pacientes para várias atividades, buscando desenvolver um trabalho para atividades lucrativas, de geração de renda (...)”.

O CAPS Geral II de Sobral desenvolve as oficinas de habilitação social, às quais se configuram um pilar norteador para o desenvolvimento de ações que visam a aquisição de renda e inclusão social dos usuários. Em relação a essas oficinas Sampaio & Barroso (2001) esclarecem que devem estar voltadas para os usuários fora de quadro agudo e de crise, com o

objetivo de desenvolvimento de habilidades profissionais. Elas podem acontecer em diversos locais públicos ou privados da cidade.

Dessa maneira, a Terapia Ocupacional e o Serviço Social do CAPS II de Sobral realizam um trabalho de visitas a escritórios, indústrias, empresas comerciais e empreendimentos rurais visando a implementação de parcerias para a inserção dos usuários no mercado de trabalho com supervisão do CAPS. Isto tem se configurado uma tarefa árdua, pois não se pode esquecer que a saúde mental de Sobral enfrenta grandes desafios, dentre estes, ela busca combater no dia-a-dia o preconceito e construir uma cultura de tolerância e respeito às diferenças.

Mediante a parceria do CAPS com a Secretaria da Tecnologia e Desenvolvimento Econômico, os usuários assistidos junto com outras pessoas participam dos mais variados cursos profissionalizantes: Computação, cabeleireiro, manicure, depilação, bombeiro hidráulico, eletricista, artesanato em palha, crochê, bordado em pedraria, dentre outras.

Ainda no contexto da habilitação social, a Secretaria do Planejamento Urbano e Meio Ambiente é um parceiro importante, já que os usuários têm a possibilidade de realizarem um estágio no banco de mudas, onde são treinados e capacitados para aprendizagem de jardinagem, plantio e cultivo de plantas medicinais, etc.

Atualmente se desenvolve uma oficina de produção de costura, que funciona no espaço cedido pela Secretaria da Cultura do Município. Nesta ação estão engajados os usuários e familiares dos CAPS Geral e CAPS ad, que já obtêm renda financeira com essa atividade.

Enfim, o trabalho do CAPS Geral II está pautado nas atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde (2004) que defende que elas devem também ser desenvolvidas fora do serviço, visando uma reabilitação psicossocial que pode ser iniciada ou articulada pelo CAPS, mas que deve ser realizada nos diversos universos, comunitário, de trabalho e na vida social. Esta ferramenta terapêutica desenvolve as suas ações na perspectiva de articulação entre o cuidado clínico e os programas que favoreçam a reabilitação psicossocial dos usuários.

Para a OPAS (2001), as crenças, atitudes e respostas sociais definem muitos aspectos da atenção em saúde mental. As pessoas com TMs são membros da sociedade e o ambiente social é um aspecto importante determinante do resultado. Quando o ambiente social mostra-se favorável, há uma contribuição para a recuperação e reintegração. Quando é negativo, influencia para reforçar a estigmatização e a discriminação.

É de grande relevância o favorecimento de uma garantia de atenção no universo comunitário. A atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com TMs crônicos do que o tratamento institucional. Conforme dados da Organização Panamericana de Saúde (2001), a transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também efetiva em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento. Os grandes hospitais psiquiátricos de tipo carcerário devem ser substituídos por serviços de atenção na comunidade, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e atenção domiciliar que atenda a todas as necessidades das pessoas com TMs que eram de responsabilidade daqueles hospitais. Essa mudança para a atenção comunitária requer a disponibilidade de trabalhadores em saúde e serviços de reabilitação no nível da comunidade, juntamente com a provisão de apoio em face de crises e proteção na moradia e no emprego.

A boa vontade da equipe é um importante aspecto a ser considerado nesse contexto e desencadeia repercussões diversas. Para Sampaio e Barroso (1997:08):

A boa vontade da equipe, sua coragem e disponibilidade, seu compromisso público, ressoam, repercutem, sobre as autoridades, as famílias, a comunidade. Todos descobrem novas perspectivas de convivência com a doença mental, as fantasias sobre doença mental, os desafios sócio-políticos que a doença mental determina, e tudo passa a ser olhado sob novo ângulo, permitindo a mutualidade dos bons afetos e uma dimensão mais crítica para os relacionamentos sociais. A vida, com certeza, muda.

Entretanto, torna-se relevante ressaltar que os trabalhadores de saúde mental devem ter a clareza da importância da implementação de estratégias e ações permanentes, realizadas em parcerias com os diversos segmentos sociais visando a superação da cultura manicomial e inclusão social das pessoas com TMs. Estas devem ser estimuladas a exercerem a sua cidadania e realizarem seus projetos de vida como qualquer outro ser humano.

Os discursos dos usuários em relação à atenção prestada na Rede de atenção psicossocial enfatizaram também a CATEGORIA 1 INCLUSÃO SOCIAL. Quanto às idéias centrais, surgem a inserção social (também presente no discurso dos trabalhadores de saúde) e a necessidade de ocupação com geração de renda.

Eu não tô mais numa prisão, como era lá no Guararapes. O CAPS deixa o paciente com liberdade e isso é importante na vida da gente, faz bem para a saúde da gente. Não fica ninguém trancado, isolado, acho até melhor do que no hospital dia porque no CAPS a gente não precisa ficar o dia inteiro. Hoje é 100% melhor o tratamento mental. Eu posso ir pra onde eu quero, venho fazer atividades no CAPS, converso com os outros pacientes, volto pra casa, depois venho no outro dia, pode ficar andando pela cidade. Venho para o CAPS todo para o CAPS todo dia participar dos grupos, quando chega à tarde vou para a minha missa que não perco de jeito nenhum. Eu queria muito que o CAPS me ajudasse a conseguir um serviço, um trabalho. Eu queria ter meu dinheirinho todo mês para comprar minhas coisas e até ajudar a mãe em casa. O que tá faltando para mim é um trabalho, ia ser muito feliz se aparecesse um serviço fixo para mim. O trabalho é importante na vida da gente, dá o sustento, a saúde da mente, do juízo. Quando tô trabalhando, eu crio uma outra vida, fico muito satisfeito. Eu vejo que o CAPS procura me ajudar, meu estudo é pouco, mas eu não tenho preguiça, eu tenho força para trabalhar. Tem muita gente que fica perturbada da cabeça quando não encontra um trabalho. A dor da pobreza é grande demais, é uma dor que dói lá dentro da gente, dá um desespero, para quem já é fraco da cabeça, eu tenho pra mim que é pior. Eu queria ter meu trocadinho pra comprar minhas coisas e ajudar a mãe em casa porque só tem mesmo a aposentadoria dela e nós dois ganhando ficava melhor. Quando a gente tá trabalhando fica feliz, tem dinheiro para comprar o alimento, dá o sustento.

Percebe-se claramente nos discursos dos usuários, a importância que eles atribuem a um tratamento que proporciona a “liberdade” dos usuários assistidos. Esta última é interpretada como terapêutica por si só, ocasionando benefícios para a própria saúde dos usuários, os quais demonstram grande satisfação em poderem circular pelos espaços sociais. Dessa maneira identificam o CAPS como um serviço que favorece a sua penetração na cidade, contribuindo assim para a sua inclusão social.

A importância da inserção social e da aquisição de ocupação com geração de renda, bastante valorizadas pelos usuários, se configura desafios relevantes para uma equipe de saúde mental, a qual deve está compromissada de fato com a (re)habilitação psicossocial das pessoas com TMs.

A inclusão social dos usuários assistidos é a mola propulsora das ações promovidas pelo CAPS Geral II de Sobral, atendendo assim à proposta do Ministério da Saúde (2004), que preconiza que os CAPS devem oferecer diversificadas atividades terapêuticas, entretanto, os recursos devem transcender a utilização de consultas e de medicamentos, caracterizando o que vem sendo denominado de clínica ampliada. O conceito de clínica vem sendo objeto de (re)construção nas práticas de atenção psicossocial, fomentando mudanças nas maneiras tradicionais de compreender e tratar os TMs. Assim, faz-se necessário que os trabalhadores de saúde observem, criem, escutem, enfim se mantenham atentos à complexidade da vida da pessoa, que seguramente é maior do que a sua doença ou o seu transtorno. Dessa maneira, ao

serem definidas como estratégias terapêuticas nos CAPS, as atividades pressupõem o ato de repensar os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: trabalhadores de saúde, usuários, familiares e comunidade. Estes protagonistas devem ser envolvidos nessa estratégia, realizando questionamentos e avaliações permanentes no tocante aos rumos da clínica e do serviço.

Os CAPS oferecem diferentes tipos de atividades, tais como: atendimento individual, atendimento grupal, atendimento para a família, atividades comunitárias, assembléias ou reuniões de organização do serviço, dentre outras. Deve ficar claro que o fato do usuário estar em tratamento no CAPS não significa que deva permanecer a maior parte do tempo dentro do centro de atenção. As atividades podem ser desenvolvidas no contexto fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se no CAPS ou ser articulada pelo mesmo, porém tem de realizar-se no universo comunitário, no trabalho e na vida social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2004:18), o CAPS pode:

Articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim, os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida.

A necessidade de ocupação com geração de renda é enfaticamente explicitada pelos usuários. Estes esperam que o CAPS lhes possibilite a aquisição de trabalho e anseiam por uma fonte de renda que lhes permitam usufruir de recursos dos quais necessitam. O trabalho é também colocado como propiciador de felicidade: “(...) eu queria muito que o CAPS me ajudasse a conseguir um serviço, um trabalho. Eu queria ter meu dinheirinho todo mês para comprar minhas coisas e até ajudar a mãe em casa. O que tá faltando para mim é um trabalho, ia ser muito feliz se aparecesse um serviço fixo para mim (...)”.

A inclusão social pelo trabalho se constitui um dos importantes objetivos do CAPS Geral II de Sobral, assim os trabalhadores de saúde mental se colocam como facilitadores e mediadores, realizando as estratégias de articulações necessárias e adequadas para propiciar a referida inclusão. No entanto, não se pode deixar de chamar a atenção para o fato de que os trabalhadores devem se manter atentos, no sentido de não adotarem condutas inconseqüentes como, por exemplo, a de alimentar infundadas expectativas nos usuários em relação à aquisição de determinadas ocupações com geração de renda, incompatíveis com as reais possibilidades dos mesmos, pois isto poderá provocar uma carga elevada de ansiedade nos

usuários, e a experimentação da frustração poderá ser vivenciada de maneira negativa, ocorrendo prejuízos no quadro psicopatológico e na relação estabelecida entre ambos.

Entende-se que se torna fundamental que, no contrato terapêutico estabelecido entre cuidador e ser cuidado haja a construção de um diálogo claro, objetivo, envolvendo usuários e familiares, considerando-se também as condições reais do próprio usuário, ou seja, seus interesses, aptidões, habilidades, potencialidades, limitações, bem como as situações nas quais os mercados de trabalho formais e informais se apresentam, dentre outros aspectos importantes.

Nesta pesquisa apreende-se que o trabalho é também interpretado pelos usuários como algo importante na vida das pessoas, pois além de dar o sustento, se constitui fonte de saúde mental: “(...) o trabalho é importante na vida da gente, dá o sustento, a saúde da mente, do juízo. Quando tô trabalhando, eu crio uma outra vida, fico muito satisfeito (...)”.

Eles também apontam o CAPS como um dispositivo que implementa ações para favorecer a inserção de seus usuários no universo do trabalho. Alegam que embora apresentem pouca escolaridade, dispõem de disposição para trabalhar. Argumentam que muitas pessoas adoecem mentalmente devido à falta de um trabalho e que naqueles indivíduos que apresentam uma determinada fragilidade psíquica, a falta de trabalho acarreta impactos maiores: “(...) Eu vejo que o CAPS procura me ajudar, meu estudo é pouco, mas eu não tenho preguiça, eu tenho força para trabalhar. Tem muita gente que fica perturbada da cabeça quando não encontra um trabalho. A dor da pobreza é grande demais, é uma dor que dói lá dentro da gente, dá um desespero, para quem já é fraco da cabeça, eu tenho pra mim que é pior (...)”.

A relação saúde mental e trabalho se constitui uma dimensão complexa, objeto de interesse de todas as pessoas e, em se tratando de indivíduos com TMs e comportamentais, assume peculiaridades específicas e bastante delicadas. O estudioso Dejours (1992) construiu uma gama de conhecimentos relacionados a esse binômio e será referenciado em alguns momentos como uma fonte importante para a compreensão dessa relação.

De acordo com Dejours (1992), as descompensações psicóticas e neuróticas dependem fortemente da estrutura das personalidades, elaboradas muito antes do engajamento dos indivíduos no processo de produção. A forma como a personalidade se estrutura pode oferecer respostas acerca da forma sob a qual surge a descompensação. A falha crônica de uma vida mental sem saída mantida pela organização do trabalho, provavelmente apresenta

um efeito que favorece o desenvolvimento das descompensações psiconeuróticas. Mediante a realização de um duplo movimento de transformação da organização do trabalho e de dissolução dos sistemas defensivos pode surgir uma evolução da relação saúde mental e trabalho.

Para Dejours (1992), a abordagem em relação ao trabalho é bastante complexa. Ele defende que na medida em que o conforto do trabalhador significar prejuízo para o sistema que o emprega, tornar-se-á mais longínquo o objetivo de transformar o ato de trabalhar numa fonte de prazer e desenvolvimento pessoal. São verdadeiramente as condições humanas e inumanas nas quais o trabalho é realizado que possibilitam o enriquecimento ou o adoecimento da personalidade.

A organização do trabalho exerce sobre as pessoas determinadas ações específicas. Há situações em que o sofrimento mental emerge devido a um contexto de choque entre uma história individual, caracterizada por projetos, desejos, esperanças e uma organização do trabalho que os ignora. O sofrimento mental inicia-se quando, no contexto de trabalho, as pessoas são impossibilitadas de realizarem modificações em suas tarefas, no sentido de adequá-las às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, enfim, quando a relação homem versus trabalho é bloqueada (DEJOURS, 1992).

Dejours (1992) menciona também que a forma como o sofrimento mental se apresenta varia mediante o tipo organizacional de trabalho. Quando este é desempenhado de maneira repetitiva, gera insatisfação. Esse fato pode se constituir numa porta de entrada para a doença, tornando-se também fonte propiciadora de descompensações mentais ou doenças somáticas. Os indivíduos possuidores uma sólida estrutura psíquica podem se transformar em vítimas de uma “paralisia” mental desencadeada pela organização do trabalho. Outros, entretanto, podem sobreviver à dinâmica do trabalho repetitivo, devido a uma autonomia mental que conseguem preservar.

Ainda segundo Dejours (1992), a relação entre a organização do trabalho e o aparelho mental pode traduzir-se positivamente e há casos em que o trabalho torna-se favorável ao equilíbrio mental e à saúde do corpo. O trabalho pode até conferir ao organismo uma resistência maior contra a fadiga e a doença. Os estudos de Dejours indicam que é possível uma boa adequação entre a organização do trabalho e a estrutura mental da pessoa. Quando a relação estabelecida com a organização do trabalho é favorável, ao contrário de significar conflitos e divergências, significa que pelo menos uma das seguintes condições foi contemplada: Primeiro, as exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa

concordam, especificamente, com as necessidades do trabalhador, de maneira que o simples exercício da tarefa está na origem de uma descarga e de um “prazer de funcionar”; segundo, quando o conteúdo do trabalho é fonte de uma satisfação sublimatória, situação rara quando comparada com a maioria das tarefas encontrada em circunstâncias privilegiadas, onde a confecção do conteúdo, do ritmo do trabalho e do modo operatório é, em parte, deixada ao trabalhador. Este pode transformar a organização de seu trabalho mediante o seu desejo ou as suas necessidades.

Constata-se que muitas pessoas com TMs podem, com o tempo, sofrer danos diversos em relação ao universo do trabalho, incluindo-se aqui a incapacidade para desempenhar funções de trabalho. Em relação a este aspecto, a OPAS (2001) adverte que os TMs podem causar incapacidade grave e sustentada, inclusive a incapacidade de trabalhar. Não havendo apoio social disponível, o que freqüentemente se observa nos países em desenvolvimento sem organismos de bem-estar social organizados, o empobrecimento se verifica com bastante rapidez. Existe uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental. Definida de maneira mais estrita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, e talvez mais apropriados para discussões relacionadas com TMs e comportamentais, pode-se entender como pobreza um estado em que se dispõe de meios insuficientes, podendo incluir-se a falta de recursos sociais ou educacionais. A pobreza e as condições associadas a ela, como a falta de desemprego, o baixo nível de instrução, a privação e a falta de moradia, estão muito presentes nos países pobres e afetam uma minoria considerável nos países ricos. Os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de TMs e comportamentais, inclusive transtornos do uso de substâncias.

No contexto dos CAPS do Ceará, enquanto centros que também têm as suas ações voltadas para a inserção da pessoa com TM no universo do trabalho, Sampaio e Barroso (2001) destacam a existência das oficinas de habilitação social, já mencionadas no desenvolvimento dessa pesquisa.

Nesse sentido, a terapia ocupacional e o serviço social do CAPS Geral II de Sobral, como já citado, são os responsáveis na realização de parcerias com os diversificados segmentos sociais, coordenando as oficinas de habilitação social visando, dessa maneira, a promoção da inclusão social pelo trabalho da pessoa com TM. É importante esclarecer que é de responsabilidade da equipe a elaboração de um projeto terapêutico em conjunto com o usuário e o familiar, em que se deve primar por alguns aspectos determinantes, tais como: individualidade, singularidade, interesses, aptidões e habilidades dos usuários assistidos.

As oficinas de habilitação do CAPS de Sobral são fortemente inspiradas nas experiências daquelas desenvolvidas no CAPS de Quixadá-CE. Sampaio e Barroso (2001) esclarecem que as oficinas de habilitação do CAPS devem acontecer, predominantemente, fora do serviço, levando-se em conta as parcerias comunitárias. A equipe do CAPS identifica as possibilidades, junto os clubes de serviço, instituições de ensino, órgãos do poder público municipal. Já a Terapia Ocupacional e o Serviço Social analisam o perfil de habilidades requisitadas, bem como aquelas que poderão ser motivadas. A Terapia Ocupacional e a Psicologia têm, como uma de suas funções, a tarefa de discutir com os usuários suas aptidões, vontades e necessidades. Por fim, os usuários são matriculados nas atividades, agora identificadas, no projeto destes casos, como oficinas de habilitação social. O objetivo é inserir a pessoa com TM nas tarefas comuns da sociedade e expor a sociedade ao convívio mútuo, numa convivência pacífica com a diversidade das manifestações humanas.

Com o objetivo de consolidação de uma política de saúde mental, e mediante a realização de ações que visem a desestigmatização em relação ao adoecimento psíquico e à inclusão social pelo trabalho dos usuários assistidos, os trabalhadores de saúde do CAPS Geral II de Sobral, usuários e familiares sentiram a necessidade de criação de uma ferramenta social que trabalhasse nesse sentido. Assim foi fundada, no ano de 2003, a Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, uma entidade civil, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos.

Em relação aos objetivos específicos preconizados pela Associação destacam-se: Realização de um trabalho visando a aceitação dos familiares, responsáveis e da comunidade em relação à pessoa com TM, buscando o reconhecimento de suas potencialidades, assim como o estímulo na realização de atividades e valorização de seus esforços; Estabelecimento de parcerias com entidades públicas, e/ou privadas a fim de ofertar assistência à saúde, suporte cultural; desenvolvimento de atividades de cunho social, cultural, político e econômico que propiciam o exercício da cidadania dos sócios participantes e de seus familiares; buscando recursos para o financiamento de projetos com caráter sócio-habilitador e de capacitação profissional, favorecendo a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados, entre outros.

A Rede de atenção psicossocial de Sobral está fundamentada nos princípios preconizados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e busca instigar e apoiar o protagonismo de usuários e familiares, para que se tornem sujeitos de sua própria história, caminhando lado a lado com os seus familiares e trabalhadores de saúde para a aquisição de

uma maior autonomia e uma melhoria na sua qualidade de vida. Corresponde assim ao que Amarante (2003) defende, ou seja, que o processo de Reforma psiquiátrica preconiza que se estimule e se considere como de grande relevância o protagonismo das pessoas com TMs e de seus familiares, bem como a criação de associações de usuários e familiares.

Em diferentes países do mundo há registro da real possibilidade de engajamento das pessoas com TMs no universo do trabalho. A OPAS (2001) menciona que em países como Alemanha, Argentina, Brasil, China, Costa do Marfim, Espanha, Holanda e Itália, as pessoas com TMs, assistentes sociais, bem como outros usuários não psiquiátricos têm organizado cooperativas de trabalhadores. A fundação dessas entidades não busca a criação de um clima artificialmente protegido para as pessoas com TMs. Em vez disso, essas iniciativas resultam em investimentos no treinamento profissional, o que permite a dedicação em atividades economicamente eficientes.

Segundo a OPAS (2001) em diversos locais do mundo detecta-se milhares de bons exemplos de pessoas com TMs integradas nas respectivas comunidades e desempenhando efetivamente papéis produtivos e economicamente importantes. Na Europa, aproximadamente 10.000 pessoas trabalham em negócios e empresas criados para proporcionar emprego e renda. Encontram-se muitos exemplos de oportunidades geradas na comunidade, conforme explicitadas a seguir.

Na Espanha, uma grande organização não-governamental criou 12 centros de serviços que empregam mais de 800 pessoas com TMs. Um desses centros, em Cabra, Andaluzia, é uma fábrica de móveis que emprega 212 funcionários, a maioria com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos. A fábrica, dotada de equipamentos modernos, dispõe de diferentes linhas de montagem, onde as necessidades e habilidades de cada funcionário são levadas em consideração. Ainda há poucos anos, esses mesmos trabalhadores permaneciam trancafiados em hospitais. Hoje, os produtos da fábrica estão sendo comercializados em toda a Europa e nos Estados Unidos (OPAS, 2001).

Na Itália foi fundada, em 1981, uma cooperativa de empregos para pessoas com TMs. Essa experiência teve início com apenas nove pessoas e, atualmente, mais de 500 membros estão usufruindo de uma vida produtiva e estão integrados na sociedade. A cooperativa oferece diferentes serviços, abrangendo, por exemplo, serviços gerais para os idosos e para adultos e crianças deficientes, limpeza, programas de treinamento no trabalho, conservação de jardins, parques e atividades gerais de manutenção (OPAS, 2001).

Outro importante exemplo vem de Beijing, China, onde uma das maiores fábricas nacionais de produtos de algodão mantém centenas de apartamentos para seus empregados, assim como um hospital de 140 leitos e duas escolas. Quando uma jovem funcionária recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e ficou hospitalizada por um ano, ao receber alta, voltou ao seu apartamento e ao seu antigo emprego, com a garantia de seu salário integral. Depois de um mês, porém, ela constatou que não conseguia mais acompanhar o ritmo de seus colegas e assim foi transferida para trabalhar num escritório. Essa solução é resultado do cumprimento, por parte de seu empregador, da obrigação legal de receber a jovem de volta após a sua doença (OPAS, 2001)

A OPAS (2001) defende que as políticas públicas devem estar direcionadas para maximizar as oportunidades de emprego para toda a população e manter as pessoas na força trabalhadora, particularmente por causa da associação entre perda do emprego e aumento do risco de TM e suicídio. O trabalho deve ser usado como mecanismo de reintegração na comunidade das pessoas com TMs. Os indivíduos com TMs graves apresentam taxas de desemprego mais altas do que as com deficiências físicas. A política do governo pode influenciar significativamente na provisão de incentivos para que os empregadores contratem pessoas com TMs graves e na aplicação de uma política antidiscriminatória.

Não se pode deixar de colocar em evidência, no contexto da Reforma Psiquiátrica atual, a existência da cooperativa de trabalho. Em relação a esta, Amarante (2003) informa que é uma tendência organizativa na saúde mental, que surgiu com o objetivo de reconhecer e promover a inserção social da pessoa com TM. É importante ressaltar que as cooperativas de trabalho não têm fins de terapia e tratamento, mas se configuram parte do processo de inserção social. Elas são organizações alternativas que visam a inclusão das pessoas com TMs que não conseguem permanecer no mercado formal e competitivo de trabalho. Podem significar uma oportunidade de valorização do trabalhador e de seu produto. Mesmo sendo reconhecido como alguém com TM, este apresentará condições de produção e obtenção de uma renda próprias.

É sempre importante mencionar que, de maneira geral, as pessoas com TMs, fora do quadro agudo e de crise, têm a possibilidade de assumir responsabilidades e de desenvolverem diferentes atividades profissionais como quaisquer outras pessoas. O universo do trabalho é primordial para o desenvolvimento biopsicossocial do ser humano, possibilitando o resgate de sua auto-estima, dignidade e exercício de cidadania. Entretanto, sempre se ressalta que o trabalho pode ser fonte de saúde, como também de doença. Assim,

no âmbito da atenção em saúde mental com vistas à inclusão social pelo trabalho dos usuários em acompanhamento, devem-se considerar aspectos importantes, tais como: interesses, aptidões, habilidades, inabilidades, condições físicas e mentais, cenário de possibilidades de trabalho mais adequadas para os mesmos, etc.

O CAPS Geral II de Sobral caracteriza-se como uma importante ferramenta terapêutica pensante e articuladora na Política de saúde mental implantada, desempenhando um papel primordial na elaboração de estratégias e ações voltadas para a construção de redes sociais, exercício de cidadania, impulsionando assim o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica no Município. A parceria com as organizações governamentais e não-governamentais, ESF, e com os diferentes segmentos sociais, vêm possibilitando a inclusão social dos usuários no sentido mais amplo, ou seja, extrapolando o universo do trabalho.

Considera-se a habilitação social uma possibilidade concreta de transformação do sistema de atenção aos usuários da Rede de saúde psicossocial e a criação de serviços abertos e territoriais, articulados com os segmentos sociais, possibilitando condições favoráveis para a inclusão social pelo trabalho e para uma melhoria na qualidade de vida das pessoas com TMs.

Os discursos dos usuários, sinalizaram para a Categoria 2 Predominância de preconceito e estigma, apresentando as idéias centrais: existência de preconceito e estigma.

DSC - 12

Só é ruim é esse preconceito que tem na sociedade com o paciente mental, o preconceito atrapalha os pacientes em tudo, pra conseguir um trabalho é difícil, as pessoas acabam não dando emprego quando sabem que o paciente toma remédio controlado. A sociedade acha que os pacientes mental são agressivo, joga pedra. A Sociedade é cruel, não respeita quem tem problema mental, não confia nos pacientes, olham com medo, achando que o paciente vai fazer alguma coisa ruim. Já peguei até tiro de revólver de polícia, me confundiram com um marginal, apanhei muito, tenho até cicatriz no corpo, já passei por muito sofrimento nessa vida, nem sei como é que eu tô vivo ainda. O pessoal da cidade gosta muito de intimar com o paciente mental, dizer apelidos. O povo na rua ainda fica me chamando de doido, louco, abirobado, perturbado, queima graxa. Ficam dizendo que o paciente rasga dinheiro, joga pedra, come pedra, isso é horrível pra nós. Pode chegar o dia em que a pessoa se revolta e parte mesmo para a agressão, o paciente não é de ferro para ficar agüentando apelido, insultos, o paciente perde a cabeça mesmo. Antes eu jogava pedra, pedaço de pau porque ficavam intimando comigo na rua, aí eu corria atrás, nos dias de hoje eu não faço mais isso. O preconceito ainda é muito grande, não vai acabar nunca, a sociedade só dá valor para quem tem dinheiro. Esse preconceito com os paciente mental, é igual a cachaça ypioca, nunca vai se acabar. Só queria assim que o CAPS fizesse mais um tipo de trabalho com a sociedade, tem muita gente que tem preconceito com o paciente mental, isso não é bom, se o fulano é conhecido como um doido, como é que as pessoas vão respeitar ele? Se acham que é doido, que não pode fazer nada, aí fica tudo ruim, ele vai ser discriminado pela sociedade e tome sofrimento. Se tem preconceito, tem sofrimento.

Os discursos dos usuários são enfáticos e demonstram claramente a existência e a marca danosa de preconceito e estigma, direcionados para as pessoas com TMs. Em relação ao preconceito: “(...) Só é ruim é esse preconceito que tem na sociedade com o paciente mental, o preconceito atrapalha os pacientes em tudo (...)”.

Sampaio e Barroso (1997) chamam a atenção para o fato de que nenhuma outra categoria humana, ao longo da história da humanidade, foi vítima de preconceitos e estigmas como as pessoas que apresentam algum tipo de TM. O homem realizou grandes feitos e conseguiu avanços significativos no universo tecnológico, porém não conseguiu ainda relacionar-se sem temor com o desconhecido, não conseguiu aproximar-se do indivíduo com TM ou da doença mental.

A afirmação supracitada corrobora com os discursos dos usuários ao afirmarem que “(...) o preconceito ainda é muito grande, não vai acabar nunca (...)”. Esta afirmação oriunda dos próprios indivíduos vítimas do preconceito favorece o entendimento do quanto ele está arraigado no imaginário e no comportamento da população em geral.

Comumente o TM é associado erroneamente à violência, agressividade, periculosidade e imprevisibilidade. Como consequência, a pessoa com TM passa a ser estigmatizada, rejeitada, excluída e temida pela população. O preconceito, bem como a falta de conhecimento e manejo das pessoas no lidar com os indivíduos com TMs e comportamentais, dificulta consideravelmente a integração desses últimos nos universos familiar, comunitário e social, acarretando diversos prejuízos e mazelas em suas vidas. Ou seja, nos aspectos relacionados ao estudo, trabalho, lazer, cultura, cidadania, enfim, na sua vida social.

Observando-se os discursos dos usuários participantes da pesquisa: “(...) A Sociedade é cruel, não respeita quem tem problema mental, não confia nos pacientes, olham com medo, achando que o paciente vai fazer alguma coisa ruim (...)”. Identifica-se claramente que os usuários denunciam um conteúdo de violência, periculosidade, imprevisibilidade que lhes são atribuídos.

Louzã Neto (1996) acrescenta que as pessoas, geralmente, relacionam erroneamente a doença mental à periculosidade e imprevisibilidade, sendo que a cultura exerce grande influência na maneira de encarar a doença mental.

Em relação a esse aspecto, Moura Fé (1996:06) argumenta que:

A idéia de periculosidade, atribuída aos doentes mentais, serve mais para dar foros técnico-científicos às concepções mágicas da loucura do que para o entendimento humanístico da doença mental. É uma explicação não justificada para isolar o que não se conhece e para discriminar cidadãos. Atende mais ao pensamento mágico e primitivo, que ao racional. O desconhecido deixa de ser procurado e enfrentado porque, de princípio, é temido e, conseqüentemente, perigoso. Isto não significa que um doente mental não possa ser perigoso. Ele o pode, como qualquer outro ser humano, mas a periculosidade não é uma pré-condição do doente mental, como não o é para qualquer outro sujeito

Concorda-se com o autor supracitado e refere-se que o fato de uma pessoa apresentar um TM de fato não significa uma pré-condição para que seja alguém agressivo e violento. Realmente podem existir situações nas quais as pessoas com TMs poderão manifestar episódios de violência, agressividade, como qualquer outra pessoa. E observando atentamente os dados estatísticos, constantemente retratados na imprensa escrita e falada, por exemplo, comprova-se que são justamente os indivíduos considerados “normais” que cometem, de forma aterrorizante e macabra, delitos de diversas naturezas: violações, delinquência, homicídios e diversificados crimes hediondos.

Sanford (2000) observa a complexidade das manifestações psicológicas, argumentando que quando a pessoa com enfermidade mental não adota os padrões convencionais aceitáveis da comunidade, poderá ser vista como elemento desviante, tornando-se, assim, objeto de rejeição e exclusão social. A estudiosa pondera que há muito tempo o estigma da doença mental vem sendo apoiado na noção de agressividade e periculosidade. E isto provavelmente esconde a dificuldade que as pessoas apresentam em suas relações, com as diferenças ou com a complexidade e variedade de explicações em relação às manifestações psicológicas.

Outro aspecto que chama a atenção nessa pesquisa e refere à existência do estigma. Apreende-se que a pessoa com TM é rotulada com uma variedade de adjetivos geralmente pejorativos. Percebe-se que ele aparece enfaticamente na fala dos usuários: “(...) O pessoal da cidade gosta muito de intimar com o paciente mental, dizer apelidos. O povo na rua ainda fica me chamando de doido, louco, abirobado, peturbado, queima graxa (...)”.

Defende-se que a situação explicitada acima ocasiona diversos malefícios e perdas importantes na vida das pessoas acometidas de TMs. Dentre estes, enfatiza-se o impacto negativo dos adjetivos sobre o auto-conceito das pessoas com TM. Os referidos adjetivos exercem uma influência considerável na maneira como as pessoas com TMs e comportamentais passam a se considerarem. Defende-se que quando se coloca um apelido ou rótulo em uma pessoa, há uma grande tendência de esta última ser vista pelos outros

indivíduos como sendo somente aquela caricatura, carregada de suas peculiares características. Assim, corre-se o risco de menosprezar e não identificar os atributos constitutivos da pluralidade desse ser humano. Quando se estigmatiza alguém, de certa maneira está lhe sentenciando a permanecer na condição nomeada, e assim aquele que estigmatiza acaba se tornando agente ativo e co-responsável da situação, pois ele tira desse ser a possibilidade do mesmo explorar e revelar outros aspectos constitutivos de sua personalidade.

Jorge et al (2003), argumentam que toda sociedade apresenta os seus padrões de normalidade aceitáveis e não-aceitáveis, dentro de determinados padrões comportamentais a serem aceitos numa dada comunidade ou grupo social. Essas normas podem variar no que diz respeito ao gênero (um padrão comportamental para homens e outro para mulheres), ao poder aquisitivo e até mesmo em relação à ocupação do indivíduo, e todo aquele que não estiver dentro desses padrões, passa a ser encarado como alguém diferente ou anormal (não-normal, fora da norma).

Goffman (1998) menciona que os indivíduos fora da norma são os chamados “estigmatizados” porque apresentam alguma característica física, social ou cultural que acabam os diferenciando do grupo: marca ou estigma. Essa característica os faz serem vistos como diferentes do resto do grupo, dificultando e muitas vezes inviabilizando a sua plena integração na comunidade onde estão inseridos.

Os estigmas são classificados em três grupos diferentes: No primeiro grupo, estão relacionados com alguma característica ‘visível’: física ou corporal. Nesse grupo, encontram-se as pessoas com deficiência física, os amputados, os indivíduos com síndrome de down; No segundo grupo, detectam-se os estigmas relacionados às características pessoais, ou a algum traço de personalidade ou de comportamento, que é visto de maneira depreciativa pela comunidade. Aqui se identifica as pessoas com TMs, os mendigos, os alcoolistas, os homossexuais; No terceiro grupo, apreendem-se os estigmas que não estão ligados ao indivíduo pessoalmente, mas relacionados à raça, religião ou qualquer outra característica do grupo familiar ao qual ele pertença (GOFFMAN, 1998).

Goffman (1998) argumenta que o traço comum a todos esses grupos é o fato da pessoa que apresenta o estigma se relacionar com a comunidade através dele. Assim, todas as suas outras características pessoais, acabam sendo obscurecidas por uma determinada característica física, cultural ou familiar que a distingue das pessoas consideradas normais. Por exemplo, um músico com deficiência visual passa a ser conhecido na comunidade como

‘aquele compositor cego’ ou ‘aquele cego que canta bem’, e não apenas como um músico. Dessa maneira, de uma forma ou de outra, o grupo estará causando um impedimento àquela pessoa, negando-lhe a possibilidades de ter um desenvolvimento e uma vida dentro dos padrões de normalidade que aquela comunidade adota.

Detecta-se também no discurso dos usuários que as pessoas de maneira geral, apresentam uma tendência a associá-los e a reduzi-los a determinados comportamentos estereotipados, perpetuando a crença de que todo indivíduo com TM apresenta comportamentos bizarros como “rasgar dinheiro”, “jogar pedra”, etc: “(...) ficam dizendo que o paciente é doido, que rasga dinheiro, joga pedra, come pedra (...)”.

No estudo realizado por Barros (2004) que teve como objetivo principal, conhecer os saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde – ACS no universo do TM, as pessoas com TMs eram identificadas pelos referidos trabalhadores de saúde mediante a observação de fatos externos, ou seja, na interpretação de atitudes expressas ou comportamentos considerados inadequados. A característica de comportamento bizarro emergiu também nos relatos dos ACS, os quais identificam uma pessoa com TM mediante a exteriorização de comportamentos atípicos e incoerentes, citados como por exemplo: tirar a roupa e sair correndo na rua, comer areia, comer as próprias fezes.

No estudo realizado por Rabelo et al (1999) detectou-se também com frequência nas narrativas, o grupo de comportamentos bizarros, tais como: a pessoa andar nua pela vizinhança, o ato de comer restos de lixo e viver na sujeira, perambular pelas ruas sem nenhuma razão aparente, dentre outros.

A exteriorização de comportamentos bizarros como os que foram supracitados, realmente podem ser manifestados por algumas pessoas com TMs, inseridas em um cenário envolvendo um quadro de crise psicótica, com confusão e desorientação mental, entretanto, se constituem experiências que compõem um estado de crise, às quais equivocadamente passam a ser interpretadas como representantes absolutas do comportamento de uma pessoa com TM.

Observa-se pelos discursos dos usuários a denúncia de um processo de exclusão social, produzido pela existência de preconceito e estigma, impregnados na cultura local. Isto sinaliza a necessidade que os serviços que compõem a Rede devem implementar, no sentido de elaborarem estratégias e desenvolverem ações permanentes para a superação da cultura vigente, mediante a construção de uma outra que valorize a pluralidade das manifestações humanas.

Ficou evidente nessa pesquisa que se torna primordial que os trabalhadores de saúde mental da Rede direcionem suas ações de maneira intensiva e articulada com os diversos segmentos sociais, visando trabalhar a transição cultural da população em relação ao adoecimento mental, pois a existência do preconceito e o estigma carregado pela pessoa com TM, são fatores extremamente graves e maléficos que atingem a questão da cidadania dessas pessoas, acarretando-lhes mazelas e prejuízos diversos. A tolerância entre as pessoas deve ser trabalhada e as diferenças devem ser aceitas e respeitadas. Faz-se necessário a existência de uma convivência pacífica entre os diferentes, para que a expressividade de cada um possa ser manifestada naturalmente, possibilitando assim o desenvolvimento de potencialidades e o enriquecimento nas relações.

Os discursos dos familiares participantes da pesquisa não evidenciaram a Categoria 1 INCLUSÃO SOCIAL e a Categoria 2 PREDOMINÂNCIA DE PRECONCEITO E ESTIGMA. Os discursos dos trabalhadores de saúde, por sua vez, não apontaram para a Categoria 2.

No que se refere à Rede de Atenção Psicossocial, destacou-se a Categoria 3 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE, a qual emergiu dos discursos dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares. **Os discursos dos trabalhadores de saúde apontaram para as idéias centrais: atuação de equipe multiprofissional, existência de projeto terapêutico, interface da saúde mental com atenção primária e internação em hospital geral.**

DSC - 13

O modelo de Rede de saúde mental é capaz de dar respostas efetivas às pessoas que sofrem com o transtorno mental e para os familiares. Este modelo valoriza o trabalho de equipe multiprofissional neste novo paradigma da saúde mental, a interdisciplinaridade, a valorização dos diferentes saberes e experiências são muito importantes e contribui conjuntamente para a construção do projeto terapêutico do usuário. Há uma preocupação com o projeto terapêutico de cada usuário, considera-se as suas características pessoais, as suas singularidades, os seus interesses, os procedimentos contemplam a necessidade de cada caso. A Rede sempre teve o propósito de trabalhar de maneira articulada com as equipes do PSF, o trabalho articulado do serviço especializado com a ESF possibilita uma atenção mais integral e de qualidade para a pessoa com transtorno mental. Os profissionais da ESF estão mais engajados, envolvidos com a saúde mental. Há a possibilidade de internações hospitalares no próprio município e em hospital geral, quando necessárias, em atuação conjunta entre as equipes dos CAPS e da unidade de internação. A criação dessa Rede de saúde mental possibilitou um trabalho de qualidade, ocasionando uma melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares

Os trabalhadores de saúde ressaltam que um novo cenário é constatado com a implantação da Rede de atenção Psicossocial. Esta é apontada como adequada para dar respostas mais efetivas às pessoas com TMs e seus familiares. Os aspectos enfatizados nesse contexto são: a atuação de equipe multiprofissional, a existência de projeto terapêutico, a interface da saúde mental com atenção primária, a internação em hospital geral.

A Rede de Sobral dispõe de **equipes multiprofissionais** compostas por terapeuta ocupacional, assistente social, auxiliar de enfermagem, educador físico, enfermeiro, médico psiquiatra, pedagogo, psicólogo, oficineiro, técnicos administrativos, dentre outros. As diferentes categorias de trabalhadores de saúde prestam atendimento individual, atendimento grupal (grupos temáticos, psicoterápicos, de relaxamento, de familiares, de crianças, de pais e cuidadores, de psiquiatria e atividade física, etc.) e atividades comunitárias com o objetivo de inclusão social da pessoa com TM.

É indiscutível a necessidade de atuação de equipe multiprofissional no universo da saúde mental, isto se configura um fator primordial e determinante para uma atenção de qualidade e mais integral. A equipe deve ser preparada, qualificada e deve nortear o seu trabalho na perspectiva da abordagem interdisciplinar, utilizando-se de diferentes ferramentas sócio-terápicas, psicoterápicas, psicofarmacoterápicas, tendo como foco principal a inclusão social.

Sampaio e Barroso (2001) argumentam que os CAPS pioneiros do Ceará apresentam uma grande diversidade de estrutura, funções e formação de equipes, mas com graus diferentes de realização, buscam afirmar alguns princípios básicos, dentre estes, citam o primado da interdisciplinaridade em que:

O primado da interdisciplinaridade, especialidades em acordo crítico, sobre a especialidade corporativa. Saúde mental constitui campo complexo e difuso, saturado de história, por definição atravessado pelas ambigüidades da subjetividade, donde ser impossível seu manejo por um saber aplicado ou por vários saberes aplicados que se articulem de modo taylorista, série de ações estanques, compartimentando uma totalidade. Saúde Mental denomina campo de práticas, campo de práticas e um processo vital-existencial caracterizado por estados-do-ser e que apresenta hierarquias internas e externas de determinação, mas não se reduz a qualquer de seus elementos. O biológico, o social e o psicológico humanos não representam “pedaços”, mas instâncias atravessadas e representadas umas pelas outras (Sampaio e Barroso, 2001, p. 204).

A atuação de uma equipe multiprofissional se configura um importante desafio a ser enfrentado nesse universo diferenciado de saúde mental, ou seja, nessas modalidades de

atenção que rompem com o modelo hospitalocêntrico. Em relação a esse aspecto, Amarante (2003) defende que os trabalhadores de saúde do campo da saúde mental têm de construir outras formas de atuação para lidar com o cotidiano nos novos serviços. Há uma modificação na maneira de conceber o trabalho clínico, pois há necessidade de oferecer uma atenção integral à pessoa considerada doente.

E quais são os fatores a serem considerados pela equipe de saúde mental para que ela desenvolva o seu trabalho de maneira mais resolutiva e transformadora? Para Jorge et al (2003), para que uma equipe busque de fato ter um poder de resolutividade e para que possa desempenhar um processo de trabalho transformador, deve considerar oito aspectos importantes: A equipe de trabalho tem de saber claramente a sua missão; todos os membros devem estar engajados no objetivo de trabalho apontado pela equipe; a comunicação tem de ser a mais clara possível, buscando-se evitar os ruídos que podem repercutir na qualidade do trabalho da equipe, favorecendo a desinformação; deve existir um respeito mútuo entre os seus membros que devem acreditar que estão empenhados em executar seu trabalho primando pela qualidade; a equipe tem de procurar sempre cumprir suas metas propostas; a função de liderança não deve estar restrita apenas a um membro; em determinadas situações, outra pessoa da equipe pode assumir essa função; as pessoas que compõem a equipe pensam de maneira diferente e isto não deve ser encarado como um problema, mas como um aspecto que contribui para o processo criativo da equipe; a equipe deve ser capaz de adaptar-se a situações novas, modificando quando necessário seus procedimentos ou sua rotina, mas sem que isso determine a modificação de seus objetivos e metas; as diversas formas de aquisição de conhecimentos devem ser valorizados pela equipe. Isso significa dizer que além dos cursos formais, as trocas de conhecimentos entre os membros, as discussões de casos, as trocas de experiências etc. devem ser valorizadas.

Jorge et al (2003) chamam a atenção ainda para o fato de que não existe uma equipe que seja eficaz o tempo todo, em que todos os aspectos mencionados estejam totalmente presentes, entretanto os trabalhadores devem buscá-los em seu fazer diário, pois somente dessa maneira conseguirão desenvolver um trabalho realmente produtivo e eficaz. Os referidos aspectos estão interligados e um influencia o outro, como exemplo, só se consegue a confiança e respeito mútuo entre os integrantes de uma equipe, quando existe uma comunicação aberta e fundamentada na verdade. Quando a equipe avalia e implementa mudanças em cada um dos pontos, poderá conquistar uma melhoria considerável na qualidade do trabalho.

Uma prática desenvolvida nos serviços que compõem a Rede de atenção psicossocial do município está relacionada a realização de reuniões semanais da equipe e supervisão clínico-institucional mensal, quando são trabalhados diversos questionamentos relacionados à amplitude da atenção em saúde mental, à educação permanente da equipe, dentre outros aspectos relevantes. Isto vem favorecendo a equipe a capacidade de dá respostas mais efetivas e satisfatórias às situações que surgem no cotidiano da atenção em saúde mental.

A existência de projeto terapêutico foi um outro fator apontado pelos participantes da pesquisa: “(...) Há uma preocupação com o projeto terapêutico de cada usuário, considera-se as suas características pessoais, as suas singularidades, os seus interesses, os procedimentos contemplam a necessidade de cada caso (...)”.

O trabalho do CAPS Geral II de Sobral, especificamente, está ancorado na recomendação do Ministério da Saúde (2004), que preconiza a construção dos projetos terapêuticos dos usuários, considerando-se a implementação de trabalhos de inserção social, busca-se respeitar as possibilidades individuais e os princípios de cidadania, com o objetivo de promoção da minimização do estigma e estimulação do protagonismo de cada usuário em sua vida. São muitas as atividades que podem ser desenvolvidas no CAPS, entretanto elas devem ser carregadas de sentido, tornando-se capazes de promover as melhores situações de trocas afetivas, simbólicas, materiais, favorecendo assim a construção de vínculos e de interação humana.

Os trabalhadores de saúde colocam em ênfase também a interface da saúde mental com a atenção primária, citada como de grande relevância na atenção à saúde mental da população: “(...) A Rede sempre teve o propósito de trabalhar de maneira articulada com as equipes do PSF, o trabalho articulado do serviço especializado com a ESF possibilita uma atenção mais integral e de qualidade para a pessoa com transtorno mental (...)”.

Com a implementação de medidas da Reforma Psiquiátrica em Sobral e o surgimento de um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, houve uma aproximação do universo da saúde mental com o da atenção básica, mediante o desenvolvimento de ações conjuntas e complementares, que quando viabilizadas na prática ocasionam uma melhoria considerável na atenção geral à saúde mental da população. Este fato exerce uma influência marcante no processo de Reforma Psiquiátrica implantado no município.

O trabalho articulado do trabalhador de saúde mental com a equipe da ESF revela-se fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre o serviço especializado

(CAPS II/CAPS ad) e a atenção primária - ESF. Semanalmente em diferentes unidades de saúde do município ocorre o apoio matricial em saúde mental, em que os psiquiatras, terapeutas ocupacionais e outros desenvolvem ações junto à equipe de atenção primária, mediante a realização de um trabalho voltado para atender as situações práticas vivenciadas no universo da saúde mental daquela comunidade. Dentre as ações desenvolvidas, destacam-se a triagem de casos novos (antes realizada no CAPS), as consultas compartilhadas do psiquiatra com o médico de família para os usuários que fazem tratamento no CAPS, onde ocorrem esclarecimentos relativos à conduta farmacológica e outros aspectos importantes no contexto da atenção. Considera-se o contexto comunitário um fator estratégico para uma atenção humanizada, qualificada e integral para a pessoa com TM.

O apoio matricial é definido pelo Ministério da Saúde (2004:80), como:

(...) um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

Vale ressaltar que a ESF se configura o principal pilar na organização de sua atenção primária em Sobral, atuando no nível primário de atenção, promovendo o cuidado integral à saúde. Sendo assim, os indivíduos com TMs adstritos a determinado território do município são de responsabilidade dessa equipe. Esta tem de acolher, diagnosticar e tratar os TMs mais prevalentes de sua área descentralizada de saúde, além de atuar na resolução de problemas de natureza psicossocial em sua comunidade. Caso a equipe da ESF observe a necessidade de avaliação especializada deverá realizar o encaminhamento do indivíduo à equipe de saúde mental do Município. Outro aspecto que deve ser ressaltado é o fato de que as equipes de saúde assumirem a responsabilidade da distribuição direta de medicamentos psicotrópicos de uso continuado aos usuários assistidos (PEREIRA & ANDRADE, 2001).

São muitas as justificativas importantes para que exista essa articulação entre saúde mental e atenção primária. Para a OPAS (2001), aproximadamente 20% de todos os usuários atendidos pelos trabalhadores de atenção primária de saúde apresentam um ou mais TMs e comportamentais. Uma ou mais famílias provavelmente terão pelo menos um membro com um distúrbio mental ou de comportamento. Essas famílias além de proporcionarem apoio físico e emocional, arcam também com o impacto negativo do estigma e da discriminação. Os

TMs e comportamentais são comuns entre os usuários que procuram as unidades de atenção primária de saúde. Faz-se necessário uma avaliação do grau e do padrão desses transtornos neste contexto, onde há potencial de identificação de pessoas com distúrbios e possibilidade de oferecer uma atenção nesse nível.

A integração da atenção em saúde mental nos serviços gerais de saúde, especialmente no âmbito da atenção primária de saúde, oferece vantagens relevantes, tais como diminuição da estigmatização das pessoas com TMs, pelo fato dos TMs e comportamentais e os problemas de saúde física estarem sendo tratados juntamente; melhor triagem e tratamento, e especialmente melhores índices de detecção de usuários que apresentam queixas somáticas mal definidas, às quais são aparentadas como distúrbios mentais e comportamentais; potencial de tratamento melhor dos problemas físicos dos que sofrem de TMs e vice-versa; e melhor tratamento dos aspectos mentais associados com problemas “físicos”. Em relação às vantagens para o administrador, destaca-se: uma infraestrutura compartilhada que favorece uma economia de custo-eficiência, a possibilidade de oferecer uma cobertura universal na atenção em saúde mental e a utilização de equipamentos comunitários que parcialmente podem compensar a limitada disponibilidade de trabalhadores de saúde mental, de acordo com levantamento da OPAS (2001).

A OPAS (2001) defende ainda que o manejo e o tratamento dos TMs no contexto da atenção primária é um passo fundamental que favorece a um maior número de pessoas um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. Isso além de proporcionar uma atenção mais qualificada, reduz o desperdício decorrente de exames supérfluos e de tratamentos inadequados ou não específicos. Entretanto, os trabalhadores de saúde em geral devem receber treinamento e instrumentalização necessários da atenção em saúde mental. Esse treinamento deve garantir o melhor uso dos conhecimentos disponíveis para o maior número de pessoas, possibilitando uma imediata aplicação de intervenções. É essencial que a saúde mental componha os programas de formação, com a implementação de cursos de atualização direcionados para melhorar a efetividade no manejo de TMs nos serviços de saúde gerais.

Os estudos de Moura Fé (1996) propiciam também um maior aprofundamento a respeito da necessidade e dos benefícios dessa articulação da saúde mental com a atenção primária. Ele argumenta que quando uma rede de atenção primária de saúde não desenvolve, de forma integrada, ações de saúde mental, mostra-se incompleta em seu princípio de ser primária, pelo fato de deixar de perceber o ser humano como uma unidade, biopsicossocial, parcializando as suas atividades numa divisibilidade preconceituosa. A atenção primária só

pode ser assim denominada, caso seja capaz de contemplar o que é primário no ser humano, isto é, as suas dimensões de individualidade pessoal e de indivisibilidade existencial.

A integração das ações de saúde mental junto às ações gerais de saúde significa o objetivo maior de um processo de reestruturação psiquiátrica. Esta prática multiplica e descentraliza as ações, ao mesmo tempo em que proporciona uma melhoria na funcionalidade dos serviços, tornando os fins assistenciais mais coerentes com o que pretendem. Entretanto, algumas modificações devem ser implementadas para que ocorra esta integração. No processo de integração, há a necessidade de que haja uma flexibilidade adequada dos conceitos tradicionais de equipes psiquiátricas, compostas por técnicos especializados em funções terapêuticas definidas e intransferíveis, para que ocorra uma interação na promoção geral de saúde, complementando e, na medida do possível, delegando muitas atividades aos trabalhadores de saúde, por exemplo, os ACS engajados, nos serviços de atenção primária (MOURA FÉ, 1996).

Moura Fé (1996) esclarece também que a maioria das afecções psiquiátricas é de fácil identificação e pode ser tratada a nível domiciliar, sendo que nos casos de necessidade de acompanhamento, mediante um treinamento adequado e satisfatório, pode ser realizada por técnicos não especializados. As equipes especializadas ficariam responsáveis pelos atendimentos de casos de agudizações episódicas, treinariam os generalistas dos serviços de emergência geral, onde devem ser atendidos todos os usuários, treinariam os trabalhadores de saúde dos serviços de atenção primária, bem como supervisionariam as ações de saúde mental, no território em que estiverem localizadas.

Dessa maneira, todo trabalhador de saúde pode e deve ser estimulado e habilitado a realizar uma atenção a uma pessoa com TM. Em relação a esse aspecto, Sampaio e Barroso (1997) defendem que o atendimento prestado à pessoa com TM pressupõe uma atitude de acolhimento, receptividade e motivação. O usuário percebe as atitudes direcionadas a ele mediante as diversas formas não verbais de comunicação que os trabalhadores de saúde estabelecem com ele. Esse momento, de primeiro atendimento, configura-se de grande relevância, pois pode significar o início de toda uma mudança. O fato de ser acolhido, de ser recebido sem preconceito, propicia um corte em todo ciclo e um hábito de adoecer. O atendimento terapêutico começa com qualquer um dos membros da equipe que recebe o usuário, assim faz-se necessário que esse trabalhador de saúde seja instruído para realizar esse atendimento.

Os trabalhadores de saúde devem ser envolvidos em um processo de educação permanente, para que realmente essa integração entre o serviço especializado e a atenção primária seja fortalecida e capaz de oferecer uma atenção integral e de qualidade. Em relação a esse conteúdo, a OPAS (2001) adverte que para que a integração seja realizada de maneira satisfatória, os formuladores de políticas devem levar em consideração os seguintes aspectos: a equipe de saúde geral deve possuir conhecimentos, aptidões e motivação para tratar e controlar as pessoas com TMs; Há necessidade de que um número considerável de membros da equipe tenha conhecimentos e autoridade para prescrever psicotrópicos nos níveis primário e secundário.

Para a OPAS (2001), outros fatores também importantes, a serem considerados no cenário da atenção primária, estão relacionados ao fato da necessidade dos psicotrópicos básicos estarem disponíveis nos níveis de atenção primária e secundária. Os especialistas da saúde mental devem colocar à disposição o seu apoio à equipe de atenção de saúde geral e monitorizá-la. Há necessidade de construção de elos de referência efetivos entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária; Deve existir redistribuição de recursos financeiros do nível terciário de atenção para os níveis secundário e primário ou consignar novas verbas; Há necessidade de incorporação de sistemas de registro que propiciem a contínua monitorização, avaliação e atualização das atividades integradas.

A internação em hospital geral é citada pelos trabalhadores de saúde como uma medida importante no contexto da atenção em saúde mental do município: “(...) Há a possibilidade de internações hospitalares no próprio município e em hospital geral, quando necessárias, em atuação conjunta entre as equipes dos CAPS e da unidade de internação”.

Conforme citado no desenvolvimento dessa pesquisa, a Rede conta com uma UIPHG, que atende os casos mais graves de TMs. Trata-se de uma instituição privada conveniada ao SUS. Ela é referência para a macrorregião e microrregião de Sobral e conta com dezessete leitos na UIPHG e mais sete leitos flutuantes na clínica. É referência para urgência, emergência, internação e pronto-atendimento psiquiátrico nos dias úteis, após as dezoito horas e nos fins de semana e feriados quando os serviços extra-hospitalares CAPS, CAPS ad e CEM não estão em funcionamento.

A regulação das internações psiquiátricas da UIPHG é realizada pelos serviços extra-hospitalares: CAPS, CAPS ad e CEM, depois de esgotadas as possibilidades de tratamento ambulatorial. Quando os referidos serviços não estão em funcionamento, os atendimentos são realizados pelo médico clínico plantonista do hospital.

O Ministério da Saúde (2004) esclarece que o estabelecimento de leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral tem como objetivo oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência.

De acordo com Botega e Dalgalarondo (1997) há vantagens e desvantagens nas enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais. Em relação às principais vantagens, os estudiosos argumentam que por não estarem tão isolados, os hospitais gerais oferecerão uma maior transparência da prática psiquiátrica, na medida em que permitirão uma melhor observação e até possível fiscalização contra condutas inadequadas, como abusos e maus-tratos às pessoas internadas. No hospital geral existe uma diversificação de médicos de várias especialidades, assim como a existência de recursos laboratoriais que facilitarão o reconhecimento e o tratamento de doenças e intercorrências clínicas somáticas. Isto ocasionará uma melhor atenção à saúde física das pessoas assistidas. Já nos hospitais gerais, com mais freqüência há a disponibilidade de aparelhos de eletroencefalografia, radiologia, exames laboratoriais, dosagens sanguíneas de medicamentos e outros recursos diagnósticos que propiciarão ao psiquiatra a oportunidade de aprender a solicitar e a interpretar exames, podendo, dessa maneira, capacitar-se para diagnosticar síndromes mentais orgânicas. Vale destacar que o espaço hospitalar facilitará a existência de uma melhor integração da prática psiquiátrica nos cursos de formação de trabalhadores de saúde, fomentando nas gerações de trabalhadores, modos de pensar e posturas mais favoráveis à desestigmatização da pessoa com TM. Esse dispositivo favorecerá maior intercâmbio interdisciplinar com outras especialidades médicas, favorecendo a assistência, a pesquisa e a formação de trabalhadores de saúde.

No que diz respeito às desvantagens das enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais, Botega e Dalgalarondo (1997) enumeram as seguintes situações: O espaço físico dessas estruturas é limitado e pouco adequado para a realização de atividades diversificadas. A maioria dos hospitais psiquiátricos dispõe de pátios para exposição solar, hortas, áreas para esportes, salão de festas. Em muitas dessas enfermarias, devido a uma predominante adesão ao modelo médico, o tratamento é fortemente direcionado para terapêuticas somáticas (ex: farmacoterapia, eletroconvulsoterapia). A ênfase dada aos tratamentos sintomatológicos possibilita a inibição da atenção à subjetividade das pessoas com TMs. As internações em hospitais gerais geralmente costumam ser breves. Altas precoces, sem o acolhimento adequado das pessoas com TMs em serviços ambulatoriais, ocasionará um maior número de reinternações e dificuldades em relação à reabilitação.

Por fim, ressalta-se que o Modelo de Rede de saúde mental em Sobral é recomendado pelo Ministério da Saúde (2005), o qual enfatiza que a construção de uma rede comunitária de cuidado se configura uma estratégia fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Quando os serviços substitutivos ao modelo de hospital psiquiátrico estão articulados em rede, há um campo fértil para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências com capacidade de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta Rede é um universo maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. A Rede deve estar permanentemente articulando-se com outras instituições, associações, cooperativas, diferentes espaços sociais, etc. Considera-se assim que os fatores apontados pelos trabalhadores de saúde, ou seja, a atuação de equipe multiprofissional, a existência de projeto terapêutico, a interface da saúde mental com atenção primária, a internação em hospital geral, vêm contribuindo de maneira marcante para uma melhoria na qualidade do cuidado.

A Categoria **3 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE**, se destacou nos discursos dos usuários, os quais enfatizaram a atenção prestada pelo CAPS Geral II. Quanto às idéias centrais, emergiram: garantia da medicação, existência de projeto terapêutico, internação em hospital geral, atuação de equipe multiprofissional, confiança no trabalhador de saúde e melhoria no quadro clínico da doença.

Importante ressaltar que as idéias centrais existência de projeto terapêutico e internação em hospital geral e atuação de equipe multiprofissional, apareceram nos discursos dos trabalhadores de saúde, conforme explicitado no desenvolvimento da pesquisa.

DSC – 14

Hoje os paciente recebe os remédios de graça, nós fica mais tranqüilo, isso dá uma segurança para a gente e para as famílias. Mas no CAPS não tem só o remédio, o tratamento vai mais do que o remédio, presta. Nós fazemos muitas atividades. Nos grupos, os paciente pode desabafar o que pensa sobre muitas coisas. É um fresco para a minha cabeça, não tenho medo de falar. Nos torneios de futebol, os doutores jogam com a gente. É legal os passeios, os banhos de piscina nos clubes da cidade. Nós temos a educação física, assistência social, médica, passeios, lazer, a terapia ocupacional, o grupo de convivência. Tem sempre as consultas com os médicos, tem os grupos. Venho pro CAPS toda manhã fazer atividades, participar dos grupos, todo dia tem uma atividade diferente, isso é bom para a cabeça dos pacientes, porque a gente fica se tratando com atividade saudável. Quando o paciente precisa se internar fica quatro dias, uma semana no hospital Dr. Estevam, um hospital bom onde os profissionais tratam o paciente bem, quando o paciente sai da crise vai para o tratamento no CAPS. Nunca mais fui internado, tô estável. Pedem um acompanhante pra ficar fazendo companhia pro paciente no hospital, é bom porque a gente não fica sem o povo da gente. O tratamento é mais completo, é muito mais do que remédio. Hoje tem muitos doutores trabalhando para melhorar a saúde dos paciente. Tem médico, enfermeiro, terapeuta, assistente social, cada um trabalhando para a melhoria da saúde dos pacientes, os profissionais

são mais preparados. Os atendimentos são de qualidade. Todos os doutores e terapeutas fazem um bom trabalho. Eu tenho muita confiança no meu médico, sei que ele tem conhecimento. Eu acho que os doutores e as doutoras de hoje na saúde mental de Sobral sabem mais o que fazem, a gente vê que têm mais preparo, têm estudo, se formaram pra cuidar bem da gente. No CAPS eu sinto apoio, uma confiança, uma fé no tratamento. Eu queria que o CAPS existisse para sempre em Sobral porque ele está fazendo só coisa boa para o paciente mental. Os pacientes tiveram outra vida depois que começou esse tratamento no CAPS. Nunca mais precisei me internar. Depois que eu passei a ser tratado tive uma melhora muito grande na minha saúde, tô me dando bem. Antes eu tinha muita briga com minha mãe, com meus irmãos, mas hoje tá tudo melhor e foi esse trabalho do povo do CAPS que fez as coisa melhorar pra nós.

Os usuários denotaram uma grande satisfação em relação ao tratamento oferecido pela atual Rede de atenção psicossocial, especialmente pela atenção prestada pelo CAPS Geral II. A garantia da medicação, a existência de projeto terapêutico, a satisfação com internação em hospital geral, a atuação de uma equipe multiprofissional, a confiança no trabalhador de saúde, a melhoria no quadro clínico da doença, aparecem nesse novo cenário.

No que concerne à garantia da medicação, os usuários assim se expressam: “Hoje os paciente recebe os remédios de graça, nós fica mais tranquilo, isso dá uma segurança para a gente e para as famílias (...)”. Percebe-se a eloqüente satisfação dos mesmos com a garantia da medicação, a qual pode ser entendida considerando-se dois aspectos principais: o fato de não ser necessário disponibilizar recurso financeiro para a compra de medicamentos já é um aspecto positivo, pois a grande maioria dos usuários assistida na Rede não desfruta de condições financeiras; na grande maioria das vezes os recursos são escassos e direcionados somente para a alimentação, aluguel e compra de medicamentos para outros tratamentos de saúde, ou seja, são utilizados somente para a própria subsistência. Segundo, receber a medicação favorece uma maior adesão ao tratamento e uma estabilização do quadro psicopatológico. Isto dá tranquilidade e segurança.

Sem dúvida, a garantia da medicação é um aspecto de grande relevância no tratamento dos TMs e é, inclusive, um direito assegurado pelo SUS. Além da Constituição, a Lei do SUS estabelece que a atenção à saúde deve ser realizada de maneira integral, isto é, deve abranger tudo aquilo que seja considerado necessário para prevenir e curar as doenças, inclusive os medicamentos. Assegura também que todo cidadão tem direito de obter, gratuitamente, os medicamentos que necessita, pois os próprios cidadãos já pagaram antes por eles, por meio dos impostos. Dessa maneira, as unidades da rede pública de saúde devem, obrigatoriamente, fornecer aos usuários os medicamentos receitados (SALAZAR et al, 2006).

Salazar et al (2006) mostram ainda como os medicamentos têm que seguir as normas previstas na chamada Política Nacional de Medicamentos, do Ministério da Saúde, que foi criada para garantir o acesso dos usuários aos medicamentos; a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos, não só na fabricação, mas também durante o armazenamento e o transporte; o equilíbrio do mercado e a redução dos custos dos medicamentos. A assistência farmacêutica, parte integrante da Política Nacional de Saúde, desenvolve um conjunto de ações direcionadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, e o medicamento é considerado um insumo essencial.

Salazar et al (2006) mencionam que o Programa de Medicamentos Excepcionais é um programa especial, no qual o Ministério da Saúde adquire ou transfere recursos para que os estados brasileiros possam ter acesso a esses medicamentos e os façam chegar até os usuários. Como os medicamentos excepcionais são os de maior custo, eles acabam sendo os que mais faltam na rede pública. Conseqüentemente observa-se que, cada vez com mais freqüência, os cidadãos recorrem ao Poder Judiciário com o objetivo de conseguir os remédios de que necessitam. E a justiça, ancorada na Lei, em geral tem garantido o referido direito solicitado.

Não se pode deixar de focar também a Portaria GM nº1.077, de 24 de agosto de 1999, que dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica. Ela assegura a disponibilização de medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para os estados e municípios manterem um programa de farmácia básica em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A existência de projeto terapêutico no CAPS Geral II é percebida e evidenciada pelos usuários: “(...) Mas no CAPS não tem só o remédio, o tratamento vai mais do que o remédio, presta. Nós fazemos muitas atividades. Temos a educação física, assistência social, médica, passeios, lazer, a terapia ocupacional, o grupo de convivência. Tem sempre as consultas com os médicos, tem os grupos (...)”.

De acordo com Silva e Fonseca (2003) o atual estágio de desenvolvimento tecnológico e teórico na área da saúde vislumbra duas grandes convenções para duas concepções hegemônicas do processo de adoecimento psíquico (universo biológico e psicossocial), sendo que numa determinada concepção de adoecer há determinadas formas de tratamento, fundamentadas num momento histórico.

Um importante aspecto considerado pelos trabalhadores de saúde inseridos na Rede de atenção psicossocial de Sobral diz respeito à construção do projeto terapêutico junto aos usuários assistidos, em que se busca valorizar a sua individualidade, os seus saberes, experiências, interesses, aptidões, habilidades, limitações, enfim, fatores primordiais e norteadores para uma atenção individualizada, humanizada e qualificada. Em relação a esse aspecto, Silva e Fonseca (2003) chamam a atenção para o fato de que quando a concepção do projeto terapêutico torna-se privativa dos trabalhadores de saúde, há uma exclusão das percepções e saberes das pessoas com TMs. Estes personagens podem se configurar importantes sinalizadores para a construção de projetos individualizados, dotados de sentido e relacionados às suas particulares experiências de adoecimento.

No campo psicossocial torna-se imperativo que os trabalhadores de saúde entendam como pressupostos relevantes os seguintes aspectos: o planejamento do projeto de intervenção coletivizado, a superação da rigidez dos papéis e das especificidades profissionais, a flexibilidade para responder ao parâmetro fundamental da atenção em saúde mental, ou seja, o bem-estar da pessoa com TM. Dessa maneira, a prática na saúde mental pressupõe a ampliação da capacidade de entendimento e a apropriação da pessoa com TM do controle do processo saúde-doença, assim como também deve incluir a ampliação de sua capacidade em colaborar na busca de soluções nas dimensões afetiva, material e social, desempenhando também uma maior participação na vida política e jurídica (SILVA E FONSECA, 2003).

Quando se descreve sobre a importância da elaboração de um projeto terapêutico individualizado, não se pode deixar de focar a necessidade do que se denomina reabilitação psicossocial. Entretanto, qual é realmente o sentido implícito no termo reabilitação psicossocial? Este termo é questionado e discutido por diferentes teóricos do campo da saúde mental.

Para Pitta (2001, P:23):

Em brasileiro, Reabilitação Psicossocial traz consigo prejuízos de valor e sentido se examinarmos etimologicamente seus significados. O prefixo latino RE evoca um movimento para traz e/ ou, também, traduz a idéia de repetição, mudança de estado e realce, algumas vezes. Habilitação, por sua vez, é ato ou efeito de habilitar-se através de um conjunto de conhecimentos, aptidões, capacidades. Juridicamente, a palavra implicaria ainda nas formalidades necessárias para aquisição de um direito ou demonstração de uma capacidade legal para o desempenho de alguma atividade.

O prefixo (Re) favorece o entendimento de que a pessoa com TM deveria ser habilitada para readquirir as aptidões anteriores perdidas. Isto proporciona a reflexão sobre

dois aspectos: quando as aptidões não existissem ou então, se apresentassem bastante limitadas no passado, o que então deveria ser resgatado, principalmente quando se considera a possibilidade de outras habilidades se configurarem necessárias ao contexto atual?

Assim, defende-se que determinadas habilidades perdidas devem ser trabalhadas considerando-se o contexto no qual o indivíduo está inserido, sendo que as mesmas têm que, necessariamente, produzir sentido para a pessoa. Seguramente, os trabalhadores de saúde precisam também direcionar o seu olhar e as suas ações para que os usuários construam as suas habilidades. Porém, comunga-se também com a idéia de Almeida et al (2004) que defendem o entendimento de reabilitação psicossocial não somente restrito a um contexto de aquisição de habilidades, mas pressupondo também a necessidade de mudanças no contexto social.

A idéia de reabilitação tem história carregada de preconceito e romantismo, dada a perspectiva de que a pessoa possa voltar ao que era, olvidadas as experiências da crise, do agudo, da doença. Impõe-se aos técnicos trabalhar com a nova percepção de si e do mundo que, com certeza, emerge, após as experiências citadas. É preciso reconhecer e legitimar tais experiências, estabelecendo uma nova estabilidade psíquica, não apenas resgate da que havia, na qual movimentos se instalaram e foram capazes de levar à crise, ao agudo, à doença. Não há trabalho de “resgate” e sim de “construção”, tanto de uma nova compreensão de si como da sociabilidade (ALMEIDA *et al*, 2004).

A habilitação psicossocial implica, dessa maneira, na ampliação quantitativa e qualitativa da rede social. Nesta encontra-se a família, a comunidade, a sociedade. Enfim, para ampliar essa rede faz-se necessário elaborar estratégias e desenvolver ações que possibilitem a inclusão social das pessoas com TMs, mediante a construção de uma cultura de acolhimento, valorização das diferenças e da pluralidade das manifestações humanas. Para Saraceno (2001:18):

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível

Como se pode perceber, a habilitação psicossocial se constitui um dos principais aspectos a serem trabalhados e conquistados no âmbito de uma Política de saúde mental humanizada e qualificada. Ela significa também um importante aporte para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com os discursos dos usuários, apreende-se que eles apresentam uma determinada satisfação com a breve internação em hospital geral. Destacam que o tratamento

atual possibilita uma estabilização no seu quadro de saúde e, após o período de internação, continuam recebendo acompanhamento pelo CAPS. “(...) Quando o paciente precisa se internar fica quatro dias, uma semana no hospital Dr. Estevam, tratam o paciente bem, quando o paciente sai da crise vai para o tratamento no CAPS. Nunca mais fui internado, tô estável. Pedem um acompanhante pra ficar fazendo companhia pro paciente no hospital, é bom porque a gente não fica sem o povo da gente (...)”. Sucintamente, pode-se, então, enumerar os principais fatores apontados pelos participantes da pesquisa como positivos, oriundos da internação realizada no hospital geral: menor permanência no hospital, tratamento humanizado, favorecimento da estabilização do quadro do usuário internado, continuidade da atenção realizada pelo CAPS e presença de um familiar no período de internação. Esta será enfocada nos próximos parágrafos.

Conforme descrito na pesquisa, com a realização do processo de Reforma Psiquiátrica no município, a partir de julho de 2000, as internações psiquiátricas passaram a ser realizadas na UIPHG do hospital Dr. Estevam Ponte, com tempo de permanência equivalente a aproximadamente sete dias.

Em relação às enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais, Dalgalarondo (1995) informa que apresentam um espaço resumido e destinam-se a abrigar grupos de 10 a 20 pessoas com TMs. Ao funcionar dentro desses parâmetros há possibilidade de realização de um estímulo da interação entre as pessoas, ao invés de um favorecimento prioritário de controle e vigilância. A existência de grupos menores de trabalhadores de saúde e de pessoas com TMs nesse espaço propiciam a preservação ou restauração da identidade psíquica e sócio-cultural.

Em Sobral, a enfermaria psiquiátrica localiza-se no térreo do hospital, possibilita o trânsito dos usuários nas demais alas e conta com três quartos, dois de seis leitos e um de três, sala de terapia ocupacional, refeitório, sala de guarda-pertences, posto de enfermagem, sala para avaliação psiquiátrica e psicoterapia individual, área livre para exposição solar e portaria que permanece aberta em horário comercial. O ambiente favorece a orientação espaço-temporal e está organizado de modo a ser seguro, prevenindo acidentes. A equipe terapêutica reúne-se sistematicamente e discute suas dificuldades e as dos usuários, buscando as soluções mais adequadas, sobretudo focando a retirada do estado agudo, a alta rápida e a articulação com o CAPS (no caso dos sobralenses) e com o CEM (no caso da microrregião) para o acompanhamento pós-hospitalar (ALMEIDA et al, 2004).

A UIPHG conta com a atuação de uma equipe multiprofissional composta por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, educador físico, clínico geral. Além de atuarem na unidade em questão, boa parte desses trabalhadores de saúde trabalham também nos serviços que compõem a Rede de atenção psicossocial.

O hospital geral Dr. Estevam Ponte oferece pronto atendimento clínico em regime de 24 horas. Referência para a macrorregião e microrregião de Sobral, conta com dezessete leitos na UIPHG e mais sete leitos flutuantes na clínica. É referência para urgência, emergência, internação e pronto-atendimento psiquiátrico nos dias úteis, após as dezoito horas e aos fins de semana e feriados quando os serviços extra-hospitalares CAPS Geral II, CAPS AD e CEM não estão em funcionamento.

A necessidade de um acompanhante no período das internações realizadas no hospital geral Dr. Estevam é citada como um procedimento importante. “(...) Pedem um acompanhante pra ficar fazendo companhia pro paciente no hospital, é bom porque a gente não fica sem o povo da gente (...)”.

Com o objetivo de evitar o rompimento de vínculos sócio-familiares, é estimulada a presença de um acompanhante durante a internação da pessoa. Os acompanhantes recebem uma atenção da equipe multiprofissional e são orientados em relação a diferentes aspectos do tratamento. Eles são esclarecidos quanto aos objetivos da internação, as normas da enfermagem, identificação do manejo precoce das crises; administração correta de psicofármacos no ambiente domiciliar, realização de alta, bem como outros aspectos relevantes.

Dalgarrondo (1995) chama a atenção para o fato de que o ponto principal para a redução das reinternações está correlacionado à disponibilidade e à utilização de serviços extra-murais, tais como: ambulatórios, oficinas protegidas etc., que sejam capazes de oferecerem com eficiência a farmacoterapia, a psicoterapia, a terapia ocupacional, a orientação e a reabilitação social.

Em Sobral, detecta-se que a implantação da Rede de saúde mental vem possibilitando o rompimento com a dinâmica de reinternações, espaçando consideravelmente a necessidade de internações na UIPHG e de maneira geral, quando internados, os usuários permanecem na unidade por um período de 7 dias. Após a alta, os usuários de Sobral recebem retaguarda dos CAPS e das equipes da ESF.

Em relação aos usuários advindos de outras cidades, estes são atendidos no hospital mediante prévio contato estabelecido com a central de regulação de leitos do Estado. Porém, aparecem muitos casos de usuários em crise que são acolhidos sem a realização de tal procedimento. Muitas vezes o acolhimento é prejudicado porque nem sempre o usuário chega ao hospital com acompanhante ou familiar que possa prestar os esclarecimentos sobre o caso. E em relação às altas, alguns usuários acabam permanecendo no hospital desnecessariamente por alguns dias, aguardando transporte de seus municípios.

Após a alta, os usuários são referenciados para o CEM ou para outro serviço extra-hospitalar mais indicado para o seu caso (CAPS, ESF) nos seus municípios, em que se busca estabelecer um contato estreito com os trabalhadores de saúde para que sejam referência para acompanhamento e suporte terapêutico, prestando uma atenção continuada, integrada e de qualidade para a pessoa com TM. Dessa maneira, pode-se evitar o binômio crise-internação e, nesse contexto, se torna imperativo o envolvimento das famílias e comunidades como agentes terapêuticos no acompanhamento a essas pessoas.

Entretanto não se pode deixar de registrar que a pós-alta, muitas vezes se configura um problema a ser encarado. Sá (2006) esclarece que muitos municípios da macrorregião e microrregião não desenvolvem ações de saúde mental. E, assim, os usuários acabam por somente aguardarem atendimento no ambulatório de psiquiatria macrorregional/CEM, o qual não tem a possibilidade de oferecer uma atenção territorializada.

Corroborando com esta posição, Pereira e Andrade (2001) já haviam detectado a existência dessa problemática. Já denunciavam a existência de algumas situações que dificultavam a redução da média de dias de internação, principalmente em relação aos usuários provenientes de outras localidades. A precariedade sócio-econômica da grande maioria dos usuários e familiares, junto com o descaso de alguns municípios, talvez acostumados com a antiga lógica de exclusão social, dificultava muito o acolhimento e a alta dos usuários. E os referidos aspectos atualmente ainda são registrados com uma determinada frequência. Com o objetivo de trabalhar essas questões, a coordenação da Rede de atenção psicossocial busca o apoio da Delegacia Regional Estadual da Saúde – DERES, sediada em Sobral. Junto com a coordenação da UIPHG do hospital geral Dr. Estevam Ponte buscam estabelecer diálogo com os secretários e trabalhadores de saúde que atuam nos outros municípios para a resolução desses questionamentos.

São notórios os ganhos positivos relacionados à internação de pessoas com TMs em UIPHG, quando se faz um paralelo com as internações realizadas em hospital psiquiátrico

com característica manicomial. Entretanto, há necessidade de se fazer algumas indagações: Há somente fatores positivos a serem colocados nesse tipo de internação, ou haveria também aspectos negativos a serem considerados?

Dalgalarrondo (1995) adverte que embora a internação psiquiátrica muitas vezes se faça necessária, deve-se observar que ela apresenta também aspectos negativos: diminuição da auto-estima, aumento da dependência e do comportamento regredido, intensificação do estigma relacionado ao papel de doente mental, geração de custos financeiros para a pessoa com TM, para os familiares e para o Estado.

Em relação ao fato de se evitar a internação de um crônico, Sampaio e Barroso (1997) argumentam que se deve levar em conta a valorização dos benefícios quando se busca evitar a internação do usuário crônico, pois o simples fato de saber que uma pessoa foi submetida a uma intervenção para que o indivíduo com TM crônico não fosse internado parece influenciar consideravelmente o quadro da mesma. Este procedimento na vida da pessoa pode significar um profundo corte no seu hábito de adoecer, modificando-se assim o ciclo de sua doença. A simples implantação de uma equipe de saúde mental apresenta um poder subversivo na cultura e na intensidade da doença mental.

Há sentido na posição dos autores supracitados quando mencionam os referidos aspectos negativos de uma internação psiquiátrica, e os benefícios quando se busca evitar a internação do usuário crônico. Entretanto, defende-se que quando realmente há necessidade de realização de internações psiquiátricas, que elas sejam realizadas em hospitais gerais, pois se detecta na prática que ao serem realizadas em hospital geral possibilitam uma humanização do tratamento, combate do hospitalismo, perda de vínculos familiares e sociais, seqüestro de identidades.

Corroborando também com essa idéia, Dalgalarrondo (1995) enfatiza que as enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais se traduzem em uma proposta de atenção em saúde mental articulada ao movimento mais amplo da Reforma Psiquiátrica. Este movimento busca prevenir o hospitalismo, evitar as longas internações, a perda de identidade, dos vínculos sociais e da cidadania. Fornecer temporariamente um ambiente protegido, tecnicamente instrumentalizado, capaz de fornecer segurança e tratamento para pessoas que se encontram em estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso para si ou então para outros indivíduos. Esta é a função da internação psiquiátrica.

Moura Fé (1999) chama a atenção para o fato de que a internação psiquiátrica não pode ser diferente das outras modalidades de internações hospitalares, no sentido de que os internados e seus familiares deverão estar informados do tempo previsto da internação e de seu breve retorno ao seio familiar. As internações indiscriminadas, sem programações definidas, têm proporcionado a geração e a manutenção de crenças danosas, tais como a de que “doença mental não tem cura”, colocando o hospital psiquiátrico como local de segregação e confinamento. E isto se mostra incompatível no mundo dos homens com direitos universalmente consagrados.

Por fim, em relação à internação em hospital geral, há sentido na posição de Sampaio e Barroso (1997) quando defendem que ela tem contribuído para o avanço da cidadania da pessoa com TM, na medida em que desmistifica crenças equivocadas e possibilita uma melhoria nas atitudes da família e da comunidade em relação ao indivíduo mentalmente enfermo. A construção de unidade psiquiátrica em hospital geral de pequeno porte, sendo específica para casos considerados mais problemáticos, apresenta grande possibilidade na resolução de situações que envolvam a necessidade de transferências para hospitais psiquiátricos.

Os usuários destacam a atuação de uma equipe multiprofissional. Em relação a esse fato: “(...) O tratamento é mais completo, é muito mais do que remédio. (...) Tem médico, enfermeiro, terapeuta, assistente social, cada um trabalhando para a melhoria da saúde dos pacientes (...)”.

Dalgallarrondo (1995) menciona que o processo de Reforma e reorganização da atenção em saúde mental trouxe, prioritariamente, a proposta amplamente aceita da necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional. A equipe deve incluir médico-psiquiatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e outros trabalhadores de saúde. O trabalho em equipe está articulado à noção de multiplicidade de problemas, dificuldades diversas e tarefas que o TM suscita. O diagnóstico e o tratamento biológico são importantes, porém não são os únicos recursos a serem utilizados. Deve-se realizar também um trabalho visando à reabilitação social e laboral, bem como desenvolver diferentes formas de psicoterapia, investir na atenção à família etc.

Considerando-se os estudos de Goffman (1998), encontra-se mais fundamentação para a legitimação de atuação de equipe multiprofissional. Ele argumenta que a necessidade do trabalho em equipe na área da saúde surge da constatação de que não se pode conhecer tudo sobre o indivíduo que sofre, com apenas uma disciplina, ou seja, somente com um

campo do saber (seja ela a psicologia, a medicina, ou a enfermagem). O cuidado prestado a um usuário não deve contemplar apenas os aspectos clínicos relacionados a sua doença, mas também os aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais relacionados ao contexto. Embora faça uso das ferramentas específicas de cada profissão, utilizando-se dos métodos e técnicas de cada uma delas, a equipe multidisciplinar vai além e tem de considerar o usuário como um ser inteiro, ou seja, um ser humano complexo e não compartimentado, que precisa de ajuda e necessita ser compreendido em sua complexidade.

Conforme descrito no desenvolvimento dessa pesquisa, o trabalho do CAPS Geral II de Sobral está também ancorado no entendimento da necessidade e relevância de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar. Goffman (1998), esclarece que as equipes interdisciplinares, são aquelas nas quais os métodos e técnicas de uma determinada disciplina são utilizadas pelos trabalhadores de áreas diferentes. Elas são bastante comuns nos dispositivos de atenção diária em saúde mental, nos quais os trabalhadores de saúde trabalham conjuntamente, atuando mediante os procedimentos acordados pela equipe. Por exemplo, um auxiliar de enfermagem pode coordenar uma oficina de pintura, enquanto um terapeuta ocupacional faz um grupo de espera. Abre-se mão das especialidades e as diferentes disciplinas se conjugam, atuando para o bem-estar do indivíduo. Os diferentes trabalhadores de saúde prestam uma atenção em saúde mental considerando o indivíduo como um ser singular, que possui uma história de vida, com passado e com futuro, e que vive em um determinado contexto social, cultural e político que lhe faz um ser único.

No entanto, Goffman (1998), alerta para o fato de que se constitui tarefa complexa trabalhar em harmonia e de forma integrada com trabalhadores de saúde de formações diferentes, mesmo quando eles estão sintonizados em busca de um objetivo em comum. Pois, nem sempre as pessoas estão preparadas para abrir mão de suas vaidades e especificidades profissionais ou mesmo estão dispostas a encarar as inseguranças que, surgem naturalmente ao compartilharem com o grupo as suas maneiras de trabalhar.

Deve-se considerar também que no contexto de uma atuação de uma equipe multiprofissional, urge a necessidade desta própria equipe ser objeto de supervisão. Sobre esse fato, Sampaio e Barroso (2001:03) argumentam:

O trabalho em saúde obrigado à constituição de equipes, sobretudo quando o campo é o da saúde mental, onde houve uma revolução organizacional, derivada da complexidade do conhecimento, da múltipla face do processo saúde/doença mental e dos cuidados para evitar as manipulações ideológicas e morais. Se a equipe é necessária e seu objeto é complexo, ela própria passa a se constituir como um caso a ser cuidado, preservando a força crítica do trabalho e a saúde mental dos próprios

trabalhadores. A supervisão sistemática das atividades torna-se então necessária, pois o trabalho em equipe pode derivar para o espontaneísmo, o taylorismo ou a luta interna de pólos de poder, caso a multiprofissionalidade não busque a interdisciplinaridade garantida por eixo de princípios concordantes

A supervisão institucional se configura um procedimento importante que deve ser considerado e incorporado na dinâmica da equipe. Deve ser exercida por um profissional externo, com competência técnico-teórica reconhecida. Ele deve de forma sistemática auxiliar a equipe na prática da autocrítica e da implementação de novos objetivos. Os problemas de uma equipe de saúde mental podem ser decorrentes de conflitos de diferentes naturezas (políticas, econômicas, administrativas, entre programas, entre níveis de formação, entre abordagens teóricas, intercorporativas, interpessoais) às quais podem se expressar umas pelas outras, de forma labiríntica e especular (SAMPAIO E BARROSO, 2001).

Desde o início da estruturação de uma equipe de saúde mental, a qual se constituiu como um embrião para a criação de um CAPS, a Secretaria da Saúde e Ação Social do município já havia adotado, incentivado e apoiado a prática da supervisão institucional, que se revelou fundamental para a instrumentalização técnico-teórica da equipe e para o processo de Reforma psiquiátrica implementado pelo município.

A prática de supervisão clínico-institucional é definida pelo Ministério da Saúde (2005), como um espaço de discussão e estudo da equipe técnica do CAPS a respeito tanto dos projetos terapêuticos individuais e do serviço, quanto das articulações com o território onde o CAPS se situa e dos processos de gestão e da clínica do serviço. Ela continua compondo o cenário de procedimentos prioritários incorporados à dinâmica desenvolvida pela atual Rede de saúde mental.

Considera-se pelo conteúdo explicitado que o cenário do retrato do modelo de atenção na Rede de atenção psicossocial, descrito pelos usuários e caracterizado por: garantia da medicação, a existência de projeto terapêutico, internação em hospital geral, a atuação de uma equipe multiprofissional, são interpretados como facilitadores para que os usuários adquiram confiança no trabalhador de saúde e acreditem no tratamento, evidenciando-se benefícios, tais como: uma melhoria na qualidade do cuidado e no quadro clínico da doença.

Os discursos dos familiares a respeito da Rede de atenção psicossocial, apontaram para a Categoria 3 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE, destacada nos discursos dos trabalhadores de saúde e usuários. Os familiares, assim como os usuários destacaram a atenção desenvolvida no CAPS Geral II. Quanto às idéias centrais apareceram:

garantia da medicação (contemplada nos discursos dos usuários), atuação de equipe multiprofissional (coincidiu com trabalhadores de saúde e usuários), atenção domiciliar, melhoria no quadro clínico da doença (ressaltada nos discursos dos usuários). Dessa maneira, coloca-se um trecho dos discursos dos familiares que enfatizam a idéia central atenção domiciliar, não relatada nos discursos dos trabalhadores de saúde e usuários.

DSC – 15

“(...) Quando o paciente falta, vão na casa da gente saber o que aconteceu. Essas visitas do povo do CAPS na casa da gente é muito importante, dá um clareamento na cabeça da gente, é um conforto para as famílias, um apoio. Os profissionais olha se tem remédio, como é que tá o paciente, por que foi que faltou a consulta, se tomou injeção, se tá dormindo direito, se tá se alimentando, isso é uma segurança para as famílias. O povo do CAPS já veio muitas vezes na casa da gente para saber como meu filho tava de saúde, dizem como é que deve tomar o remédio, dão muita orientação pra completar o tratamento. Dá onde que no tempo do Guararapes a gente tinha isso? Nem olhavam pra gente. As visitas que o CAPS faz na casa da gente ajuda muito no tratamento porque não deixa o paciente dá crise. Na visita eles olham tudo, se o paciente tá indo para o grupo, como é que as famílias tão cuidando do paciente. Eu acho é bom quando os doutor do CAPS vão lá em casa, me dá assim uma fé no tratamento, uma segurança a mais. Dou é nota dez para essa Rede de Saúde Mental porque o tratamento do CAPS presta, é de qualidade, tá mudando para melhor a vida do paciente mental.

A atenção domiciliar apareceu como um recurso importante no conjunto do tratamento prestado às pessoas com TMs. “(...) Essas visitas do povo do CAPS na casa da gente é muito importante, dá um clareamento na cabeça da gente, é um conforto para as famílias, um apoio com certeza. Os profissionais olha se tem remédio, como é que tá o paciente (...) isso é uma segurança para as famílias (...)”.

Este procedimento é percebido pelos familiares como favorecedor de esclarecimentos, significando também um apoio e uma segurança para eles. Na atenção domiciliar, os trabalhadores de saúde têm a possibilidade de colherem informações importantes sobre os usuários, realizando as intervenções necessárias.

De acordo com os psiquiatras Sampaio e Barroso (2001), a visita domiciliar possibilita o conhecimento da dinâmica concreta do universo familiar dos usuários, estimula a comunidade para o debate voltado para a promoção de saúde mental, atendimento em situações agudas de crise. Neste último caso, o atendimento domiciliar previne estigma (rotulação precoce) e hospitalismo (cronificação no uso do recurso hospital), além de possibilitar à família e vizinhança uma "pedagogia do cuidado", incluindo estratégias de abordagem e tolerância a desvios da norma comportamental prevista na cultura.

A atenção domiciliar consiste em um dos procedimentos realizados pela equipe de saúde mental (psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e psicólogo, outros) dos CAPS Geral II de Sobral, configurando-se uma reveladora possibilidade de identificação de aspectos relevantes da dinâmica familiar e do estado de saúde da pessoa com TM. Realiza-se também mediante uma ação conjunta dos trabalhadores de saúde do CAPS com os que atuam na da ESF visando assim uma atenção mais integral.

A visita domiciliar realizada pelo CAPS Geral II de Sobral é um procedimento realizado nos casos de pessoas sem condição de deambulação por idade ou condição física, ou então, nos seguintes contextos:

- Aos usuários que não aceitam ir ao serviço em hipótese alguma, devido à grave comprometimento psíquico, necessitado de acompanhamento terapêutico domiciliar.
- Aos usuários que saíram de alta hospitalar recente, em que se observa os aspectos relacionados ao uso da medicação, sintomas residuais, alimentação, sono, autocuidado, AVD's, ou seja, em questões relativas à alimentação, higiene, vestuário.
- Aos usuários que abandonaram o tratamento e que se encontram em crise aguda, apresentando prejuízos pessoais e/ou familiares, onde a atuação da equipe tem por objetivo o reinício do tratamento para estabilização do quadro;
- Às pessoas com TMs que apresentam limitações diversas, mostrando-se assim impossibilitadas de comparecerem regularmente às unidades de saúde ou ao CAPS para um acompanhamento sistemático pelas equipes de saúde;
- Aos indivíduos com histórico de sucessivas internações psiquiátricas e que infelizmente tornaram-se vítimas de cronificação, como também naqueles casos em que as pessoas com TMs acabam sendo marginalizadas pelos próprios membros da família, os quais muitas vezes adotam uma conduta de isolá-las do seu convívio familiar e comunitário, trancafiando-lhes dentro da própria casa, em regime de cárcere privado, desestimulando-lhe a uma maior independência dentro de suas possibilidades.

Um aspecto bastante enfatizado pelos trabalhadores de saúde dos CAPS refere-se à orientação junto aos familiares/responsáveis quanto aos prejuízos de uma superproteção ou de uma atenção deficitária. É primordial o envolvimento do familiar no tratamento de seu parente com TM, e este deve ser estimulado a uma maior independência nas AVD's, bem como ao convívio familiar e comunitário.

É importante que os familiares evitem condutas fundamentadas na superproteção, pois essa atitude pode fazer com que o indivíduo perca a iniciativa. Faz-se necessário encontrar o ponto de equilíbrio, isto é, dar o apoio de que o indivíduo precisa, porém sem causar-lhe impedimentos nas condições que são capazes de realizar. O indivíduo deve ser estimulado a construir uma rotina diária, considerando-se as suas habilidades e capacidades atuais. Todos desfrutam de ganhos quando o ambiente da casa é organizado. Uma estratégia interessante e pertinente a ser adotada consiste em permitir que ele execute determinadas tarefas, mesmo que demande mais tempo e a qualidade se revele menor. Deve-se estimulá-lo a realizar atividades do cotidiano, tais como: tomar banho, comprar pão ou então sair sozinho. Outros aspectos de grande relevância a serem observados são a valorização de seus esforços e o cuidado de não diminuí-lo (CURITIBA, 1999).

Na atenção domiciliar, os trabalhadores de saúde têm também a possibilidade de construir um vínculo maior e de qualidade com os usuários e familiares. Em relação a esses últimos, em muitos países em desenvolvimento, desempenham papel chave na atenção dos mentalmente enfermos e são, em muitos aspectos, os provedores primários de atenção. Com o gradual fechamento dos hospitais psiquiátricos em países com sistemas de atenção desenvolvidos, as responsabilidades também estão sendo transferidas para as famílias. Estas podem ter um impacto positivo ou negativo em função da sua compreensão, conhecimento, aptidões e capacidade de dar atenção às pessoas afetadas por TMs. Por essas razões, uma importante estratégia baseada na comunidade, segundo a OPAS (2001), é criar estratégias para ajudar as famílias a compreender os TMs e comportamentais, estimular a adesão à medicação, reconhecer os primeiros sinais de recorrência e assegurar a pronta resolução de crises. Isso proporcionará uma recuperação melhor e reduzirá a incapacidade social e pessoal. Enfermeiros visitantes comunitários e outros trabalhadores de saúde podem desempenhar importante função de apoio, assim como o podem fazer as redes de grupos de ajuda mútua para as famílias e o apoio financeiro direto.

É indiscutível a relevância da atenção domiciliar no acompanhamento às pessoas com TMs e seus familiares. Entretanto o vínculo terapêutico que a equipe deve construir com a pessoa com TM e sua família significa um aspecto fundamental a ser conquistado para a adesão ao tratamento. Além de habilidades técnicas específicas, o trabalhador de saúde tem de considerar que a atenção, respeito, paciência, tolerância, dedicação, capacidade de escuta, compromisso são alguns dos aspectos essenciais para uma boa e competente atuação

profissional. Todos os trabalhadores de saúde que atuam no universo da saúde mental assumem grande importância no tratamento da pessoa com TM.

Considera-se interessante relatar um fato ocorrido há aproximadamente sete anos, envolvendo um usuário do CAPS Geral II e o motorista do serviço numa atividade de atenção domiciliar. A família de JMS compareceu ao CAPS, solicitando visita domiciliar, pois alegava que o parente encontrava-se em crise psicótica, apresentando um quadro caracterizado por agitação psicomotora, alucinações auditivas, episódios de agressividade, resistência a contato interpessoal, recusando-se permanentemente a fazer uso de medicação.

Uma equipe composta por psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro e motorista realizaram visita domiciliar, e quando chegaram à casa de JMS, presenciaram que ele estava de fato em crise psicótica. Neste primeiro momento, não aceitou a abordagem dos referidos trabalhadores de saúde e imediatamente os expulsou de seu domicílio.

No dia seguinte, foi realizada novamente visita domiciliar, entretanto somente com a presença do motorista e da psiquiatra. Da mesma maneira, JMS mostrou-se resistente, negando-se a aceitar qualquer abordagem. Após algumas tentativas da psiquiatra, todas sem respostas positivas, o motorista teve a iniciativa de aproximar-se do usuário, buscando estabelecer com ele uma abordagem verbal, e de maneira intrigante, JMS não demonstrou mais resistência. Iniciou-se um diálogo amistoso sobre música, futebol e aos poucos foi ocorrendo a construção do vínculo entre ambos. Posteriormente, ficou acordado entre os dois que o motorista retornaria no dia seguinte.

No outro dia, o motorista retornou à casa do indivíduo e sob prévia orientação da psiquiatra, abordou cuidadosamente determinados aspectos referentes ao seu tratamento. JMS mostrava-se mais receptivo e finalmente aceitou fazer uso da medicação.

A equipe do CAPS elaborou como estratégia naquele momento, a realização de visita domiciliar diária, com a presença do motorista e suporte da psiquiatra. O usuário mostrava-se cada vez mais receptivo, cooperativo no tratamento. Após alguns dias, cessada a crise psicótica, foi agendada consulta do usuário no CAPS, onde se objetivou a formação de vínculo do usuário com a equipe do serviço. Ele aceitou e passou a ir diariamente ao CAPS, onde participava de diversificadas atividades desenvolvidas no serviço. Atualmente está bem. Estabilizado. Não manifestou mais crise psicótica. Comparece bimestralmente ao CAPS para consultar-se com a psiquiatria, está trabalhando, casou e constituiu uma família.

Constata-se dessa maneira, diante do exposto, que os familiares participantes da pesquisa, atestaram acertadamente que a garantia da medicação, a atuação de uma equipe multiprofissional, a atenção domiciliar são alguns dos fatores importantes e determinantes para uma melhoria na qualidade do cuidado e no quadro clínico da doença.

Os discursos dos trabalhadores de saúde evidenciaram a Categoria 4 DESAFIOS ENFRENTADOS PELA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. A idéia central nesse contexto é a falta de participação do poder público.

DSC - 16

A Rede atual enfrenta desafios, dificuldades. Alerto para a falta de compartilhamento do poder público, isto é um nó que precisa ser desatado. Faltam os medicamentos caros e até mesmo os básicos de baixo custo para a garantia de tratamento da pessoa com transtorno mental. Há prefeituras que têm um tipo de medicação, mas não oferecem outros tipos essenciais no tratamento. O meu maior temor é porque além de desenvolver nosso papel, acabamos nos preocupando com o papel dos outros. Não adianta somente nos preocuparmos em dar uma boa assistência em psiquiatria, não adianta termos ótimos profissionais, se não houver integração, sem uma participação real dos órgãos públicos, não podemos alcançar resultados positivos. Ressalto que muitas prefeituras das cidades circunvizinhas que referenciam para Sobral não garantem a medicação, a continuidade do tratamento de seus pacientes. Há casos de pacientes que desestabilizam pela falta da medicação. Deve-se investir intensamente numa Política para conscientizar os secretários de saúde dos municípios da importância da garantia de continuidade do tratamento para a pessoa com transtorno mental.

De acordo com os trabalhadores de saúde, a Rede de Atenção Psicossocial de Sobral enfrenta desafios, dentre estes, destacam a falta de participação do poder público de cidades que referenciam os seus usuários para atendimento em alguns serviços que compõem a Rede: “(...) Alerto para a falta de compartilhamento do poder público (...) Ressalto que muitas prefeituras das cidades circunvizinhas que referenciam para Sobral não garantem a medicação, a continuidade do tratamento de seus pacientes (...)”.

É importante esclarecer que desde o ano de 1997, o município vem se organizando progressivamente na incorporação de um sistema municipal de saúde, com o desenvolvimento de ações intersetoriais, onde o sistema de serviços de saúde conta hoje com uma rede de atenção primária para a sua população de 180.000 habitantes, e uma rede de serviços de média e alta complexidade, próprios, conveniados ou contratados, que assistem a uma população de aproximadamente 1.500.000 usuários, oriundos dos municípios da região norte do Estado do Ceará (SOBRAL, 2007).

A cidade de Sobral lidera uma micro-região de saúde com 350 mil habitantes e a macrorregião de saúde com um milhão de habitantes aproximadamente. Os usuários da Macrorregião são referenciados para o hospital geral Dr. Estevam Ponte, o qual é referência para urgência, emergência, internação e pronto-atendimento psiquiátrico nos dias úteis, após as dezoito horas e aos fins de semana e feriados, quando os serviços extra-hospitalares CAPS, CAPS ad e CEM não estão em funcionamento.

Constata-se no cotidiano da Rede a inexistência de uma política de saúde mental em muitas cidades circunvizinhas que referenciam os seus usuários para a UIPHG Dr. Estevam. Há um contexto caracterizado por falta de medicação, de transporte e dificuldades no agendamento de novas consultas, isto se constitui um importante problema a ser considerado. Há registros de ocorrências nas quais os usuários com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar chegam a Sobral, desestabilizados em decorrência de o município de origem não disponibilizar a medicação adequada. A pós-alta tem se configurado uma grande dificuldade enfrentada, isto porque muitos municípios da macrorregião e microrregião não desenvolvem ações de saúde mental. E assim, os usuários acabam somente aguardando atendimento no ambulatório de psiquiatria macrorregional/CEM, o qual não tem a possibilidade de oferecer uma atenção territorializada (SÁ, 2006).

O ambulatório de psiquiatria do CEM presta atendimento para os usuários oriundos da Macrorregião, com exceção de Sobral. Normalmente as consultas são agendadas por seus municípios de origem. O intervalo entre as consultas é estabelecido mediante as necessidades individuais de cada usuário. Este serviço possui entre os trabalhadores de saúde, um psiquiatra e auxiliares de enfermagem e oferece atendimento de segunda a sexta-feira, de 8h00 às 17h00.

Sá (2006) menciona que essas situações têm sido tratadas, de forma artesanal, mediante a discussão com os municípios focalizando situações específicas, bem como se utilizando estratégias mais amplas, por exemplo, mediante a sensibilização dos trabalhadores de saúde, com a realização de cursos que Sobral tem disponibilizado, em parceria com o Ministério da Saúde, ou seja, a Especialização em Saúde Mental e o curso de atenção à saúde mental na atenção primária. Essas medidas educativas e de sensibilização, produziram alguns resultados importantes para a política de saúde mental da região norte, dentre eles, a implantação de CAPS em Camocim, Tamboril e Ibiapina, alternativas gestadas por alunos do curso de Especialização em Saúde Mental. Em outros momentos, faz-se necessária a realização de coerção junto aos gestores, para que sejam então cumpridos os direitos dos usuários. Assim, os fatos irregulares são denunciados às Células Regionais de Saúde –

CERES, os usuários e familiares são orientados sobre os seus direitos e quanto às estratégias a serem utilizadas para acionarem os dispositivos legais. A cidade de Sobral tem se empenhado para impulsionar a organização dos serviços de saúde mental da região norte, incentivando a criação e a ampliação dos mesmos, para que os usuários possam usufruir princípios assegurados pelo SUS, como a acessibilidade e integralidade.

Como se pode prestar uma atenção em saúde mental, sem se ofertar ao usuário o básico, ou seja, a dispensação de medicação? A OPAS (2001) preconiza que é imperativo que seja garantido à população o acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais. Estes devem ser fornecidos e deverão estar disponíveis em todos os níveis da atenção à saúde, sendo incluídos nas listas de drogas essenciais de todos os países, e os melhores medicamentos para tratamento de afecções devem estar disponíveis sempre que for possível. Em alguns países, isso pode sinalizar para uma exigência de modificações na legislação regulamentadora. Esses medicamentos podem reduzir os sintomas, propiciar a diminuição da incapacidade, bem como abreviar o curso de muitos transtornos e prevenir recorrências. Muitas vezes, eles significam o tratamento de primeira linha, especialmente em contextos nos quais não existem intervenções psicossociais e quando não há trabalhadores de saúde capacitados.

A OPAS (2001) defende ainda que o manejo racional dos TMs e comportamentais mais particularmente do que o de outras afecções médicas, pressupõe uma combinação equilibrada de três aspectos fundamentais: medicação (ou farmacoterapia), psicoterapia e reabilitação psicossocial. As quantidades necessárias variam de acordo com o diagnóstico geral, como também se deve levar em consideração qualquer comorbidade física e mental, idade da pessoa e estágio atual da doença, ou seja, o tratamento deve ser dimensionado, considerando-se as necessidades do indivíduo, sendo que estas mudam com a evolução da doença e com as alterações das condições de vida do usuário.

Acredita-se que para uma atenção de qualidade em saúde mental, não basta somente o tratamento ambulatorial medicamentoso, torna-se fundamental a existência de procedimentos diferenciados associados ao trabalho articulado de uma equipe multiprofissional. Ressalta-se, porém que não se faz necessário a implantação de CAPS em todos os municípios, mas torna-se primordial a existência de trabalhadores de saúde inseridos, por exemplo, numa equipe primária de saúde ESF os quais sejam referência para um tratamento de qualidade, articulado e continuado às pessoas com TMs.

Corroborando com esse pensamento, o Ministério da Saúde (2004), adverte que apesar de ser estratégico, o CAPS não se constitui o único tipo de serviço de atenção em

saúde mental. A atenção em saúde mental deve ser realizada dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nessa rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, entre outros. Os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS, e podem estruturar a sua rede de cuidados a partir da atenção primária, organizando sua atenção em saúde mental trabalhando com a lógica de apoio matricial, já explicitada no desenvolvimento dessa pesquisa. As equipes de saúde mental de apoio à atenção primária deverão realizar ações de supervisão, atendimento compartilhado, participando também de iniciativas de capacitação.

Cotidianamente, considerando-se a realidade das equipes de atenção básica, constata-se que estas se deparam com problemas de saúde mental: 56% das equipes de saúde da família realizam alguma ação de saúde mental. Devido à sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes da atenção básica se configuram um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos relacionados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Todo problema de saúde é também, e sempre mental, e toda saúde mental é também, e sempre produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Entretanto, nem sempre a atenção básica encontra-se instrumentalizada para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de trabalhadores de saúde e a falta de capacitação acabam prejudicando ou inviabilizando o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Também, deve-se considerar que é uma tarefa complexa atender pessoas com problemas de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Ministério da Saúde (2004) preconiza que as ações de saúde mental na atenção básica devem adotar o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal, com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar ancoradas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Os princípios fundamentais dessa interface entre saúde mental e atenção básica, podem ser assim sintetizados: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/intersetorialidade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia de usuários e familiares.

Deve-se considerar, então, a responsabilização compartilhada dos casos, que combate a lógica do encaminhamento, e tem por objetivo aumentar a capacidade resolutiva de

problemas de saúde pela equipe local. Para a organização das ações de apoio matricial, o Ministério da Saúde (2004) realiza as seguintes indicações:

- ◆ Em cidades que contam com CAPS e outros equipamentos da saúde mental, os membros das equipes de saúde mental deverão realizar o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, organizando uma programação de carga horária para os encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências;
- ◆ Nos locais onde não existam serviços de saúde mental, orienta-se: a criação de equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro etc.) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes;
- ◆ Em se tratando de municípios onde o número de CAPS é insuficiente para a garantia do apoio matricial a todas as equipes da atenção básica é possível organizar esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial, conforme descrito acima, e/ou planejar a expansão do número de CAPS;
- ◆ Em relação aos municípios com uma população menor do que 20 mil habitantes, há possibilidade de se pensar em equipes de apoio matricial mais simples, compostas, por exemplo, por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior.

Acredita-se que se torna imperativo que a Rede de atenção psicossocial e a Secretaria de Saúde de Sobral articulem-se de maneira mais intensiva com as Secretarias de Saúde dos municípios, visando a construção de estratégias de intervenção e desenvolvimento de ações permanentes para o fortalecimento da participação do poder público de cidades que referenciam os usuários para Sobral, no sentido de fomentar e estimular a criação de uma política própria de saúde mental nessas cidades.

A garantia da medicação, a co-responsabilização de trabalhadores de saúde que atuam na ESF, bem como a articulação com serviços como os CAPS, quando estes existirem na realidade dos municípios, se configuram alguns aspectos essenciais para que se evite a ciranda crise-internação dos usuários e para que seja possibilitada uma atenção em saúde mental continuada e de qualidade às pessoas com TMs.

2.2. (DES) HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM DIFERENTES DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL – O CASO DE SOBRAL

Os discursos dos trabalhadores de saúde, no que concerne a assistência desenvolvida na casa de repouso Guararapes, evidenciou a Categoria 1 A VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA. Quanto às idéias centrais destacaram-se: maus tratos, coisificação humana, abandono e violência sexual.

DSC - 17

A assistência ao doente mental no Guararapes era banalizada. Observei maus tratos no plantão noturno dos médicos. Havia duas pacientes de cidades diferentes que se detestavam, quando coincidia das duas estarem internadas na mesma época, a equipe tinha o maior cuidado para não colocá-las juntas, pois caso se encontrassem, se agrediam. Numa certa noite um médico de plantão percebeu a situação, apropriou-se das chaves, deixou parte das pessoas que estavam servindo chá, trancadas no refeitório e trancou o restante da equipe em um setor. Colocou as duas pacientes para brigar no pátio porque elas estavam se desentendendo na hora do lanche. Deixou as duas brigando por um tempo de aproximadamente quarenta minutos, depois trancou as duas em um quarto para brigarem à noite inteira, quando amanheceu, elas estavam bastante machucadas. Dizia que ou elas se matariam ou acabariam se entendendo. Ele não era psiquiatra, mas atuava como psiquiatra no hospital. Os pacientes que chegavam em surto eram muitas vezes maltratados, e até espancados, me parece que foi o caso do Damião. Buscou-se com a equipe de saúde mental induzir o hospital a se incorporar à Rede que estava sendo implantada, não teve jeito. Por várias vezes tentou-se discutir com a direção do hospital uma nova postura, um novo hospital, mas nada disso adiantou. Havia um descaso muito grande. Enquanto Junta interventora, nos deparamos com atrocidades que acredito que acontece na maioria dos parques asilares no Brasil. Eram constantes os relatos dos pacientes de que os profissionais os agrediam fisicamente. Os pacientes sentiam medo de falar quais os profissionais praticavam maus tratos. Alimentação digna não existia. Tinha superlotação de pacientes, numa mesma cama permaneciam dois, três pacientes. A forma como os pacientes eram tratados, a estrutura física onde ficavam, onde dormiam, a enfermaria, tudo estava em condições bastante desumanas. Os pacientes eram identificados como prisioneiros, por um número. Só existia um banheiro para todos tomar banho. Os pacientes eram tratados como bichos, existia uma coisificação. Ficavam no pátio como animais, abandonados. Viviam descalços, com odor fétido, andavam nus, sujos, com roupas rasgadas, não existia um trabalho de higienização. Isso chamou a atenção da Junta Interventora, tivemos que nos organizarmos no hospital por 24 horas por dia. Houve muitos conflitos, resistências por parte dos que trabalhavam lá em relação às ações da junta, pois os profissionais só pensavam no próprio bem-estar e as pessoas mais importantes, os pacientes, ficavam largadas. A junta teve que ter uma atuação muito forte até o final, o tempo inteiro buscava-se combater as condutas inadequadas, tentava-se mudar o paradigma manicomial para uma assistência qualificada, humanizada. Constatou-se questões envolvendo abuso sexual, paciente com paciente, determinados profissionais praticavam também abuso sexual contra pacientes. Era um horror.

A violência institucionalizada foi bastante ressaltada pelos trabalhadores de saúde. Mediante os seus discursos, tem-se a possibilidade de penetrar nesse cenário, caracterizado pela prática de maus tratos, coisificação humana, abandono e violência sexual.

A prática de maus tratos no hospital psiquiátrico foi amplamente realçada pelos trabalhadores de saúde. Nas situações de maus tratos pelas quais os usuários internados eram submetidos, destaca-se a conduta inadequada de um médico que se encontrava de plantão na instituição, o qual demonstrou atitude perversa, colocando duas usuárias para se agredirem dentro de espaços fechados: “(...) Havia duas pacientes de cidades diferentes que se detestavam, (...) um médico de plantão (...) apropriou-se das chaves, deixou parte das pessoas que estavam servindo chá, trancadas no refeitório e trancou o restante da equipe em um setor. Colocou as duas pacientes para brigar no pátio (...) depois trancou as duas em um quarto para brigarem à noite inteira, (...) Dizia que ou elas se matariam ou acabariam se entendendo (...)”.

Quais os comentários que podem ser tecidos em relação ao fato mencionado? É absolutamente repudiável e lamentável o ato de perversidade praticado pelo médico em questão, o qual demonstrou incapacidade e falta de competência para lidar e cuidar de pessoas com TMs. De maneira autoritária, pode-se até dizer que com requinte de crueldade, se utilizou de seu poder, submetendo as duas usuárias com TMs a uma situação carregada de potentes riscos ameaçadores para a vida de ambas.

A veracidade dos relatos dos trabalhadores de saúde encontra fundamentação no Relatório de Sindicância, deliberado pelo município visando a realização de um trabalho para avaliar a qualidade dos serviços prestados na casa de repouso Guararapes, na época da apuração do caso da morte de Damião Ximenes Lopes. De acordo com o relatório de sindicância, detectou-se que diversas pessoas com TMs de maneira espontânea relataram a ocorrência de maus tratos e espancamentos praticados pela enfermagem. Além dos maus tratos, as brigas entre os usuários internados eram constantemente incentivadas pelos trabalhadores de saúde da enfermagem (SOBRAL, 2000).

Basaglia (2005) chama a atenção para o fato de que o hospital psiquiátrico se configura, certamente em um local onde mais se promulga a violência contra as pessoas consideradas “doentes mentais”. Seja no momento da internação compulsória, como também na involuntária, seja pelas características asilares e segregadoras destas instituições, seja pela ausência de poder de contratualidade, de direitos de cidadania das pessoas consideradas “loucas”. O indivíduo considerado “louco” é aquele que na prática, perde a autonomia, a visibilidade social, perde a voz.

Os trabalhadores de saúde informam também que os usuários em surto psicótico, eram submetidos a espancamentos e que inclusive há indícios fortes de que Damião Ximenes Lopes perdeu sua vida em tal circunstância. Denunciam também que os outros usuários reclamavam constantemente de que eram agredidos fisicamente por outros trabalhadores que atuavam no hospital Guararapes: “(...) Os pacientes que chegavam em surto eram muitas vezes maltratados, até espancados, me parece que foi o caso do Damião (...) Eram constantes os relatos dos pacientes de que os profissionais os agrediam fisicamente. Os pacientes sentiam medo de falar quais os profissionais praticavam maus tratos (...)”.

No livro *A Instituição Sinistra. Mortes Violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil*, no capítulo *Damião – Um Grito de Socorro e Solidão*, escrito por Pereira (2001), tem-se a possibilidade de conhecer a história relatada pela irmã de Damião Ximenes Lopes. Ela denuncia que no hospital Guararapes imperava somente a violência. Menciona que das vezes que o irmão havia sido internado na instituição, voltou com cicatrizes que não possuía anteriormente à sua internação. Ele reclamava também que no estabelecimento existia muita violência e maus tratos; quando o usuário internado se recusava a fazer uso da medicação, os enfermeiros os agrediam, forçando-os a aceitar o medicamento.

Na visita de familiares, detectou-se que Damião apresentava no rosto e corpo sinais de espancamentos, os funcionários alegavam que ele havia se ferido numa tentativa de fuga. A mãe de Damião buscou conversar com o médico. Bastante aflita, chorando compulsivamente pediu para o médico socorrer seu filho, pois achava que ele poderia vir a óbito, porém ele usou de sarcasmo e disse que Damião iria morrer mesmo, “*pois todo mundo que nasce morre*”, e de maneira grosseira mandou sua mãe calar a boca e parar de chorar, pois não assistia à novela justamente porque não gostava de choro. Nessa mesma circunstância, o médico realizou prescrição sem avaliação direta do usuário. Receitou uma medicação injetável e orientou ao enfermeiro que aplicasse em Damião. Ele não foi ver se ele tinha condição de receber aquele medicamento no momento. Mostrou-se indiferente à abordagem de sua mãe, e não se preocupou com a vida do usuário (PEREIRA, 2001).

Finalmente a família de Damião denuncia categoricamente que na casa de repouso Guararapes prevalecia a humilhação, o desrespeito, a crueldade, a guarda desqualificada, a impunidade. Os usuários eram tratados como bichos, as famílias das vítimas eram pessoas com condição financeira precária, que não eram ouvidas, nem consideradas. Lamentam profundamente o fato da família não ter acreditado totalmente em Damião, pois consideravam que ele estivesse apresentando pensamento confuso (PEREIRA, 2001).

Em Pereira (2001), identificam-se diversos depoimentos de pessoas com TMs com histórico de internação no hospital psiquiátrico de Sobral, às quais foram vítimas de maus tratos, judiação, e diversas atrocidades praticadas por trabalhadores de saúde que atuavam na instituição. Espancamentos, ameaças constantes, torturas mental e física eram práticas constantes dentro da casa de repouso Guararapes. Os usuários vivenciaram situações horrendas no referido hospital, o qual era apontado como um verdadeiro inferno. Os principais agressores eram os funcionários monitores de pátio, carcereiros e auxiliares de enfermagem. Eles esnobavam valentia, domínio, e eram consideradas pessoas bastante temidas, um verdadeiro terror para os usuários.

Pela exposição dos conteúdos, pode-se adentrar por alguns instantes nesse cenário de horror, violência simbólica e física, no qual os usuários corriqueiramente eram constantemente colocados. A assistência psiquiátrica prestada na instituição, novamente revela a sua face nebulosa e aterrorizante e conforme se observa nos próximos parágrafos, diferentes autores denunciam que as marcas dessa nefasta, perigosa e violenta assistência encontram-se impregnadas nos diferentes hospitais psiquiátricos do país.

No Brasil, no final da década de 1980, existiam mais de 80 mil leitos psiquiátricos no país. A violência era uma prática corriqueira nas instituições psiquiátricas. O quadro predominante era caracterizado por espancamentos aos usuários, mortes por desnutrição, desaparecimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Sampaio (1999) acrescenta que a assistência psiquiátrica no Brasil apresenta um histórico de oferecer serviços de qualidade precária, além de reduzir o complexo fenômeno da doença mental apenas ao contexto biológico e de constantemente desprezar os direitos humanos e de cidadania de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos.

Silva (2001) informa também que no final da década de 80, uma extensa seqüência de mortes de usuários internados, em poucas semanas, na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, São Paulo, propiciou a intervenção municipal no hospital, que posteriormente foi fechado.

A coisificação humana e o abandono também deixaram as suas marcas no âmbito da assistência prestada no hospital Guararapes: “(...) Alimentação digna não existia (...) numa mesma cama permaneciam dois, três pacientes (...) tudo estava em condições bastante desumanas (...) Os pacientes eram identificados por um número (...) Só existia um banheiro para todos tomar banho (...) existia uma coisificação (...) Ficavam no pátio como animais,

abandonados. Viviam descalços, com odor fétido, andavam nus, sujos, com roupas rasgadas (...).”.

Os discursos dos trabalhadores de saúde encontram respaldo em Pereira (2001), o qual menciona que há vários depoimentos de pessoas com histórico de internação na casa de repouso Guararapes, às quais relataram que os usuários internados freqüentemente bebiam água da torneira, não existia um trabalho voltado para a higienização dos mesmos. Eram tratados como verdadeiros bichos, a alimentação era de péssima qualidade.

No referido Relatório de Sindicância, constatou-se que as condições de higiene da grande maioria dos usuários internados eram extremamente precárias. Era comum, o usuário internado permanecer seminu ou completamente nu dentro do hospital, sendo que a enfermagem não esboçava nenhuma reação a respeito desse fato, outros recebiam e usavam vestimentas rasgadas. Muitos pediam desculpas aos trabalhadores de saúde que estavam realizando uma avaliação na instituição porque reconheciam seu estado precário de higiene, argumentavam que tinha água em poucos horários no hospital e no pátio faltava água com freqüência (SOBRAL, 2000).

Levav & Gonzalez (2000) informam que há vários exemplos documentados de abuso dos direitos humanos praticados em hospitais psiquiátricos. Nestes espaços, tornou-se comum presenciar que os usuários permaneciam nus, outros eram mantidos em confinamento em pequenas áreas de enfermarias onde andavam, sentavam ou deitavam no chão concreto durante o dia inteiro; muitos ficavam amarrados aos leitos. Constataram-se também condições de vida abjetas, sanitários deteriorados e entupidos, portas e janelas quebradas, enfim todo um contexto humilhante de desassistência.

Não se pode deixar de registrar que a morte de Damião Ximenes Lopes, dentro da instituição casa de repouso Guararapes, filiada, na época, ao SUS, assumiu elevada proporção a nível mundial, acarretando a condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Americanos (OEA).

O referido caso evidenciou o questionamento sobre a assistência psiquiátrica no Brasil. Pelo fato de Damião ter sido morto em um hospital conveniado ao SUS, o governo admitiu a responsabilidade por não ter garantido o direito à vida e à integridade do interno. A decisão da Corte ocorreu no dia 17 de agosto de 2006, sendo que na mesma data a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos tomou conhecimento do fato (JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE, 2006).

O Jornal Diário do Nordeste (2006) registra ainda que o Governo brasileiro terá de pagar à família de Damião uma reparação econômica equivalente ao valor de US\$ 146 mil, ou R\$ 312 mil, a serem pagos no período de um ano. A sentença obrigou também o país a implantar medidas para evitar a repetição de maus tratos e torturas em instituições que prestam assistência às pessoas com TMs. E após o período de um ano, o Governo Federal deverá apresentar um relatório à Corte Interamericana, com sede em San José, na Costa Rica, explicitando as medidas tomadas para evitar que novas situações como a vivenciada por Damião e sua família não voltem a acontecer.

A determinação de que o país investigue os responsáveis pela morte de Damião, bem como a criação de programas de capacitação de trabalhadores de saúde para o atendimento psiquiátrico são também aspectos contemplados pela decisão da Corte. Este se configura como o primeiro caso brasileiro julgado pela Corte. É de entendimento dos sete juízes responsáveis pela decisão, que o Brasil violou em quatro artigos a Convenção Americana de Direitos Humanos, da qual é signatário, devendo portanto, assumir sua parcela de culpa no fato ocorrido em Sobral. O 4º artigo está relacionado ao direito à vida, o 5º diz respeito ao direito à integridade física, o 8º ao direito às garantias judiciais e o 9º garante direito à proteção judicial. Para a referida Corte não existem justificativas para a lentidão do processo judicial, que ainda não saiu sequer da primeira instância, em Sobral (JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE, 2006).

Ainda de acordo com os trabalhadores de saúde, foi detectada no hospital psiquiátrico de Sobral a prática de violência sexual: “(...) Constatou-se questões envolvendo abuso sexual, paciente com paciente, determinados profissionais praticavam também abuso sexual contra pacientes. Era um horror (...)”.

Pereira (2001) cita depoimentos de pessoas com TMs com histórico de internação no hospital psiquiátrico do município que evidenciam situações envolvendo exploração sexual. Era comum determinados trabalhadores praticarem atos de masturbação e também combinar com as usuárias internadas o local e o horário da prática de relação sexual dentro da instituição.

Predominância de maus tratos, coisificação humana, abandono e violência sexual, o que se pode falar mais a respeito de uma assistência em saúde mental fundamentada nesses pilares?

Os estudos de Silva (2001) corroboram com os achados dessa pesquisa e chamam a atenção para o fato da existência de repetição freqüente de casos de mortes violentas e rotineiros assassinatos de usuários internados (pessoas comuns, geralmente de procedência simples e desprovidas de recursos) em instituições psiquiátricas do país. Faz-se necessário extinguir esse tipo de estabelecimento, pois a constatação de casos bárbaros em instituições distintas e separadas por grandes distâncias físicas, em diferentes regiões e estados do país, demonstra definitivamente o caráter sinistro e sombrio dos hospitais psiquiátricos do Brasil.

O autor supracitado argumenta que a instituição psiquiátrica perdeu o seu poder de enganar. As pessoas não conseguem mais olhar o hospital psiquiátrico e enxergá-lo como um estabelecimento comprometido de fato com o cuidado e o bem-estar dos que nele estão internados. Ao serem desfeitas as ilusões ao longo dos tempos ancoradas a partir do discurso médico-psiquiátrico, rapidamente se espalha entre as pessoas o consenso social, fundamentado nas evidências das imagens, do abandono, do vazio e do absurdo predominantes no seu cotidiano. Cada vez mais, confirma-se o fato de que esse espaço não é adequado para cuidar de pessoas acometidas por crises ou TMs, nem mesmo um lugar onde pessoas devam trabalhar.

Defende-se dessa maneira que a atenção em saúde mental deve ser prestada em serviços substitutivos ao clássico hospital psiquiátrico, ou seja, em CAPS, NAPS, SRT, unidades de internações psiquiátricas em hospitais gerais, etc., pois comprovadamente nas diferentes localidades do país, constata-se na prática que essas modalidades de assistência estão compromissadas com o cuidado, mostrando-se capazes de oferecer uma atenção humanizada e de qualidade às pessoas com TMs. Entretanto, deve-se manter atento em relação às condutas adotadas pelos trabalhadores de saúde mental nesses novos dispositivos de atenção, pois não se pode descartar a possibilidade de que os trabalhadores de saúde perpetuem o efeito “metástase”, ou seja, eles podem apresentar e desenvolver práticas manicômias nesses outros dispositivos de atenção em saúde mental. Assim, não basta somente a realização de substituição de espaços destinados ao cuidado, mas fundamentalmente há a necessidade de priorização da formação permanente de trabalhadores de saúde, os quais devem estar identificados com uma atenção em saúde mental ética, humanizada, qualificada e tecnicamente competente.

Os discursos dos usuários, em relação à assistência prestada no hospital Guararapes, remeteram a Categoria 1 A VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA. As idéias centrais que emergiram nesse contexto foram maus tratos, abandono, coisificação humana, violência

sexual, uso de eletroconvulsoterapia (ECT). Importante mencionar que todas as idéias centrais descritas, com exceção da idéia central Uso de (ECT), foram evidenciadas nos discursos dos trabalhadores de saúde. A seguir, destaca-se o trecho dos discursos dos usuários que explicitam a idéia central uso de (ECT) e suas respectivas expressões-chave.

DSC – 18

“(...) Muitas das vezes de noite me pegavam à força, no quarto para eu pegar choque, colocavam um pano na minha cabeça, me amarravam numa maca, colocavam algodão na minha boca para a língua não enrolar. Diziam que eu tinha um nervo descolado na minha cabeça. Falavam que o choque era dado para colar esse nervo solto (...)”.

Identifica-se pelo relato dos usuários participantes da pesquisa, a existência da prática de (ECT) no hospital Guararapes. “(...) Muitas das vezes de noite me pegavam à força, no quarto para eu pegar choque, colocavam um pano na minha cabeça, me amarravam numa maca, colocavam algodão na minha boca para a língua não enrolar. Diziam que eu tinha um nervo descolado na minha cabeça. Falavam que o choque era dado para colar esse nervo solto (...)”

É importante considerar uma reflexão nesse momento: Detectou-se que os episódios de maus tratos, abandono, coisificação humana, violência sexual imperavam no contexto da assistência do referido hospital psiquiátrico. Diante desse contexto, o que se pode pensar a respeito dessa prática de (ECT), especificamente no cenário explicitado? Era utilizada como estratégia punitiva ou como um recurso terapêutico?

Considerando-se que a (ECT) fosse usada com fins terapêuticos, a sua aplicação era realizada de maneira tecnicamente adequada, respeitando-se os parâmetros legais preconizados por aqueles que a defendem e a legitimam como um recurso útil na assistência psiquiátrica?

Entende-se que se faz necessário, neste momento, conhecer mais sobre essa prática, e segundo Townsend (2002: 261), a (ECT), é definida como:

A indução de uma convulsão grande mal pela aplicação de corrente elétrica ao cérebro. É uma alternativa terapêutica segura e eficaz para indivíduos apresentando depressão, mania ou distúrbio esquizo-afetivo e não respondendo a outras formas de terapia. A eletroconvulsoterapia é contra indicada em indivíduos com aumento de pressão intracraniana. Os indivíduos com problemas cardiovasculares têm um alto risco de complicações pela ECT. Outros fatores que colocam os clientes em riscos incluem osteoporose grave, distúrbios pulmonares agudos e crônicos e uma gravidez de alto risco ou complicada.

A autora supracitada esclarece que o mecanismo de ação exato da (ECT) não foi determinado, mas considera-se que a estimulação elétrica ocasiona aumentos significativos nos níveis circulantes dos neurotransmissores serotonina, norepinefrina e dopamina. Em relação aos efeitos colaterais mais comuns da (ECT), destacam-se os distúrbios de memória e confusão mental temporários. Embora seja rara, a morte pode ser considerada um risco associado à (ECT). Quando efetivamente ocorre, ela é causada mais comumente por complicações cardiovasculares. Outros riscos possíveis incluem fatores tais como os distúrbios de memória e lesões cerebrais permanentes, para os quais há poucas evidências comprobatórias.

Há correntes de pensamento contrárias a aplicação da (ECT) e, nos parágrafos a seguir, há o relato de uma pessoa, bem como a história sobre uma mulher internada em um centro hospitalar psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais, que foi submetida a uma sessão de (ECT).

Em entrevista ao Jornal O Povo (2006), há o relato de um indivíduo que foi internado aos 17 anos de idade, ao longo de três anos e meio em diferentes instituições psiquiátricas porque era usuário de droga ilícita (maconha). Ele denuncia que foi submetido a 21 sessões de eletrochoque, e que por diversas vezes foi amarrado e sofreu uma série de outros maus tratos. A (ECT) era aplicada nas têmporas, numa voltagem que variava de 180 a 460 volts até atingir a convulsão corpórea. Argumenta que a (ECT), ou eletrochoque, pode causar fraturas do fêmur, clavícula, maxilar, coluna, vertebral, lesões cerebrais, problemas de visão e em outros órgãos do corpo a curto, médio ou a longo prazo, e morte. E que atualmente estão denominando essa prática de eletrochoque humanizado, pelo fato de amenizar a convulsão do corpo mediante o uso de relaxantes fortíssimos, porém os danos ao cérebro e a outros órgãos continuam.

O referido indivíduo informa também que a (ECT) é uma prática proibida na Europa e em alguns estados norte-americanos. Entretanto, ele menciona que os psiquiatras que defendem seu uso aqui no Brasil omitem esses fatos em seus artigos e defendem o que denomina de “terapia da morte”, um procedimento usado pelos nazistas e pela ditadura militar no Brasil. Denuncia também que segundo estudos da Universidade de São Paulo - USP, são vários os malefícios do eletrochoque. As pessoas que foram submetidas ao tratamento da (ECT) estão predispostas a desenvolver o mal de Alzheimer, devido às lesões cerebrais causadas pela aplicação. As perdas emocionais são também significativas: dificuldades de relacionamento, tendências ao isolamento; depressão, discriminação social, como também

falta de oportunidades de emprego, rótulo de “louco” e outras dificuldades que a sociedade de “normais” acaba impondo às pessoas com TMs (JORNAL O POVO, 2006).

No livro *A Instituição Sinistra. Mortes Violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil*, especificamente no capítulo denominado eletrochoque a seco em Barbacena: derrota da ética, o Fórum Mineiro de Saúde mental (2001) denuncia que uma usuária morreu em 14 de abril de 1995, após ser submetida a uma sessão de (ECT), no centro hospitalar psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais. Ela foi submetida ao referido procedimento, para o qual não havia indicação. A (ECT) foi ministrada em condições extremamente inadequadas, sem anestésicos nem miorrelaxantes, caracterizando assim o denominado “choque a seco”. Este procedimento causou graves fraturas ósseas, às quais foram constatadas posteriormente, com oito dias. Teve uma trombose venosa que exigiu o uso de anticoagulantes. Essa medicação, ministrada sem o devido monitoramento, ocasionou um acidente vascular cerebral hemorrágico. A usuária internada então faleceu, aos 47 anos de idade, no dia 14 de abril de 1995. Ao longo dos sofrimentos vivenciados por ela durante os 54 dias que vão de sua internação à sua morte, foi vista três vezes pelo psiquiatra assistente.

Ao penetrar nesse cenário de assistência do hospital psiquiátrico casa de repouso Guararapes, o qual era regado predominantemente a maus tratos, abandono, coisificação humana, violência sexual, considera-se ingenuidade nutrir a crença de que na citada instituição a prática de (ECT) era realizada adequadamente e com fins terapêuticos.

Os discursos dos familiares corroboraram com a Categoria 1 VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA, quanto às idéias centrais emergiram maus tratos, abandono e coisificação humana, já explicitadas nos discursos dos trabalhadores de saúde e usuários. Constatou-se pelos discursos dos participantes da pesquisa que a violência institucionalizada surgiu de maneira implacável, revelando a verdadeira face da assistência oferecida no hospital Guararapes.

Considerando-se ainda o eixo (Des) Humanização do cuidado em diferentes dispositivos de atenção em saúde mental, apreendeu-se pelos discursos dos usuários, o surgimento da Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, relacionada à assistência desenvolvida no hospital Guararapes. As idéias centrais destacadas foram a falta de responsabilização pelo cuidado e a falta de acolhimento.

Quanto ao conceito de tecnologia de relação, Mendes-Gonçalves (1994) adverte que se faz necessário esclarecer que nas discussões a respeito das relações que ocorrem no

processo de trabalho das equipes de trabalho, a tecnologia considerada está relacionada a um conjunto de saberes e instrumentos que expressa nos processos de produção dos serviços a rede de relações sociais entre agentes e práticas, conformada em uma totalidade social, que é composta não apenas pelo saber, mas também pelos seus desdobramentos materiais e não-materiais.

Complementando a afirmação supracitada, o estudioso Merhy (1994) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em três tipos: leve, leve-dura e dura. A leve (diz respeito a tecnologia de relação do tipo produção de vínculo, acolhimento e gestão, estabelecida nos encontros entre os diferentes componentes da equipe de saúde). A leve-dura (está relacionada aos saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e epidemiologia); e dura (àquela operada por equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais e outros).

No que concerne ao mencionado acolhimento, deve ser entendido como:

Uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-se como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS et al, 2007:23).

Abaixo os discursos dos usuários relacionados à Categoria 2, na qual se as idéias centrais destacadas são a falta de responsabilização pelo cuidado e a falta de acolhimento.

DSC – 19

No hospital não existia cuidado de nada que prestasse com os pacientes, ninguém se preocupava para cuidar de jeito dos pacientes, não estavam nem aí pra nós, os paciente vivia tudo largado. Os doutor do hospital nem olhava para a cara da gente direito, eles era também muito ignorante, não tratava os paciente com jeito. Tinha um ou outro doutor que prestava, mas a maioria era um cavalo batizado, só tinha uma médica que tratava a gente bem. Eles queriam só ganhar o dinheiro deles, deixar os pacientes doido mesmo, vivendo internado.

Mediante os discursos dos usuários, percebe-se que a relação que a maioria do corpo de trabalhadores de saúde do hospital Guararapes construía com os usuários era marcadamente caracterizada falta de responsabilização pelo cuidado e falta de acolhimento.

Eles ressaltam a figura do médico como o trabalhador de saúde que estabelecia esse tipo de relação com os usuários.

Identifica-se que os usuários não identificam nos seus cuidadores uma postura profissional caracterizada pelo acolhimento, respeito, atenção, consideração àquele indivíduo que se encontrava internado. A indiferença e a grosseria imperavam implacavelmente, a impressão é que havia ali a certeza de que o “louco” é “louco” de todo jeito, não necessitando de uma escuta, de um olhar, de uma atenção, ou de quaisquer esclarecimentos sobre os seus sinais, sintomas e diagnóstico.

Diante desse cenário exposto, realizam-se as seguintes reflexões: Qual seria o valor de uma relação trabalhador de saúde e usuário, caracterizada pelo respeito, atenção, valorização das singularidades, enfim uma relação ancorada em princípios humanísticos? Será que por se tratar de pessoas com TMs em crise psicótica, não seriam merecedoras de acolhimento, afeto e cuidado? As diferentes maneiras de estabelecer relações com as pessoas acarretam efeitos semelhantes ou existem diferenças consideráveis? Quais as repercussões da relevância da qualidade do cuidado que o cuidador (trabalhador de saúde) oferta para o usuário (a pessoa a ser cuidada)?

Em relação ao cuidado, Fontes (2001) argumenta que não deve ser pensado de modo simplificado, ou seja, não se aconselham soluções simplificadoras para as situações concretas. O cuidado, segundo ela, deve ser compreendido como uma oportunidade para uma visão de mutabilidade e de complementaridade. O cuidado está inserido no contexto de uma relação mútua entre um eu-cliente e um tu-promotor da saúde, sendo que esses dois são afetados por ele. Dessa maneira é importante considerar esse momento histórico em que se estabelece o cuidado como uma oportunidade de transformações, em que os seres (cuidador e ser cuidado) se encontram para *a pronúncia do mundo*.

Há sentido na posição de Fontes (2001) quando defende que a subjetividade tanto do promotor da saúde quanto do seu cliente permeiam o cuidado e este é efetivado mediante um processo comunicativo (verbal ou não verbal), o qual é facilitado pela certeza da inconclusão dos seres humanos.

Corroborando com a autora em questão, Maldonado e Canella (1981) afirmam quando duas pessoas, por exemplo, médico e usuário se encontram, muitos fenômenos desencadeiam-se no âmbito do contato interpessoal. Médico e usuário têm, um em relação ao outro, desejos, expectativas, esperanças, exigências. Esse manancial de fenômenos compõe o

fundamento do vínculo que se estabelece entre os dois protagonistas. É sobre esta base que se plantam as formas de comunicação: quando construída de maneira adequada, pode resultar em ação terapêutica eficaz, que promove saúde; por outro lado, quando construída inadequadamente, se constitui fonte de dificuldades tanto para o vínculo em si, como também para a pessoa atendida.

Em relação à consulta médica, esta deve ser interpretada como favorecedora de encontro pessoal, caracterizando-se pela existência de múltiplas nuances nos diferentes vínculos. O vínculo que o médico estabelece com cada usuário revela-se singular, único, pois mediante a interação entre duas pessoas, há a composição de um todo com características peculiares. As pessoas enveredam no relacionamento interpessoal com suas características pessoais, suas necessidades, seus valores, suas dificuldades e impregnados pela ideologia que nos toma, e assim não poderia acontecer diferente na relação médico e usuário. Da mesma forma que um medicamento, a atuação de um trabalhador de saúde médico pode fazer bem ou então causar efeitos colaterais indesejáveis. A convergência dessas possibilidades constrói a encruzilhada básica: o médico significando um agente de saúde ou uma fonte de dificuldades. Fundamentalmente, quando a atuação do médico está voltada somente no sentido de que se torne somente um bom técnico, ele acaba deixando de utilizar boa parte do seu potencial terapêutico: a dimensão humana. É essencial se colocar na posição de pessoa que trata de pessoas, isto se configura o diferencial, o “algo mais” da ação do médico como agente de saúde em sua acepção mais global (MALDONADO E CANELLA, 1981).

Em Fontes (2001) apreende-se que se torna primordial que o promotor da saúde assuma o compromisso de resgatar e utilizar o momento em que se desenvolve o cuidado como uma oportunidade de libertação e não de dominação, estimulando o cliente a desenvolver uma crítica reflexiva, como também a organização de um conhecimento que seja capaz de superar a crítica ingênua, conduzindo-o à razão de sua realidade concreta. Entretanto, as ações dos promotores de saúde geralmente denunciam e exprimem o paradigma biologicista de cuidar, que “rouba” a palavra do cliente, freando a expressão de sua subjetividade e criatividade, inibindo assim toda a sua possibilidade de expansão como um ser histórico-social, acabando por tornar-lhe “admirador” de um mundo mitificado.

Maldonado e Canella (1981) argumentam por outro lado, que não se pode deixar de considerar que as possibilidades de atuação do médico enquanto agente de saúde acabam tornando-se bastante limitadas no contexto da assistência institucional, pois o sistema de atendimento predominante na maioria das instituições mostra-se inadequado para a atuação do

médico, porque não lhe oferece as condições básicas para que ele desenvolva uma boa medicina. Argumentam que nos poucos minutos de consulta, o médico muitas vezes não pode nem olhar um usuário tecnicamente de maneira adequada, e como então poderia estruturar com ele um vínculo significativo?

Realmente, constata-se que muitas vezes as condições de trabalho no âmbito de uma assistência institucional apresentam-se limitadas e no contexto de um hospital psiquiátrico clássico, como era o caso da casa de repouso Guararapes, apresentava a referida característica. A quantidade de usuários internados era predominantemente elevada e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde precarizadas. Mas estes aspectos por si só justificariam a conduta inadequada de muitos trabalhadores de saúde no que diz respeito à construção de uma relação com os seus usuários? A predominância da indiferença, do descaso, da grosseria, da falta de responsabilização profissional é uma resposta natural, aceitável e diretamente proporcional às condições limitadas da assistência?

Outro fator que pede reflexão está no âmbito das instituições públicas, locais onde predominam a falta de equipamento e de recursos básicos, em que o tempo de consulta torna-se limitado devido a um elevado volume de usuários. Considerando os estudos de Maldonado e Canella (1981), reflete-se que o atendimento médico pode ser abalado e assim a atuação do trabalhador de saúde muitas vezes é prejudicada, ocorrendo o surgimento da sensação de impotência, resultando em um quadro de apatia, em que o trabalhador de saúde “fica com os braços cruzados, sem nada fazer”.

Os estudiosos em questão chamam a atenção também para uma outra vertente importante nesse campo da relação entre médico e usuário, ou seja, a existência da ilusão da onipotência do trabalhador de saúde citado. Argumentam que a raiz dessa ilusão encontra-se inevitavelmente presente em todas as pessoas. Considerando o vínculo médico-usuário, os problemas oriundos da ilusão de onipotência eclodem quando o indivíduo realiza esforços para desempenhar o papel de semideus, que pode tudo, ao invés de considerar-se como gente, passível a limitações e à falibilidade.

Ainda em relação à onipotência, a própria configuração de organização das instituições hospitalares propicia a ilusão de onipotência e o uso do poder. Observa-se dessa maneira, a predominância da atitude de desprezo pelo usuário, a existência de uma formação de uma hierarquia rígida do chefe que detém e exerce o poder até o mais distante funcionário, enfim todo um esquema de funcionamento, no qual, cabe ao usuário assumir como única opção, o papel de submissão.

Será que a maioria dos trabalhadores de saúde médicos que atuavam na casa de repouso Guararapes estava disposta a defender uma imagem de soberania e de poder, e assim armavam todo um aparato, visando tornarem-se inacessíveis? Daí não buscavam estabelecer uma boa relação afetiva com os usuários e estes identificaram os traços marcantes da indiferença e desse “ar de superioridade” dos trabalhadores de saúde?

Defende-se que a co-responsabilidade deve permear a construção da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, e para que isto aconteça, deve existir prioritariamente uma valorização das experiências, saberes e práticas dos trabalhadores de saúde e dos próprios usuários assistidos, pois mediante a aglutinação dos diferentes saberes e experiências, há uma maior possibilidade de aquisição de resultados mais satisfatórios.

Para Maldonado e Canella (1981), faz-se necessário considerar a noção de co-responsabilidade, a qual implica em reconhecer que médico e usuário, embora tenham funções diferentes, compõem um vínculo humanamente simétrico. Logo, torna-se inteiramente desnecessário que o médico, como pessoa, coloque-se hierarquicamente em um patamar superior, diminuindo e enfraquecendo o usuário com o objetivo de engrandecer-se. Infelizmente, na prática, o que comumente ocorre é o médico distanciar-se do usuário, colocando-se inacessível por julgar-se muito importante ou sábio.

Uma outra face do sentimento de onipotência, apontada por Maldonado e Canella (1981), poderá assumir um outro significado, ou seja, de defesa para a sensação de insegurança e de ameaça, pois quando as pessoas se tornam inacessíveis, não serão abertamente questionadas, não havendo necessidade de sair de sua posição e, dessa forma, ficará invulnerável. Desta maneira, a ilusão de onipotência, em sua fachada, está vinculada ao orgulho e à prepotência. Isto efetivamente ocasiona fechamento ao processo de aprendizagem, medo do novo e do renovar-se. Não se pode esquecer de que o médico recebe do usuário muito mais do que dinheiro, ele tem a oportunidade de atender esta pessoa e aprender muitas coisas com ela, especialmente clinicar.

Será que os trabalhadores de saúde que atuavam no hospital psiquiátrico Guararapes, comungavam com o supracitado sentimento de onipotência, no qual residia o referido significado de defesa para a sensação de insegurança e de ameaça que os acompanhavam? E assim, segundo os usuários: “(...) Os doutor do hospital nem olhava para a cara da gente direito. Eles era também muito ignorante, não tratava os paciente com jeito (...)”?

Há sentido na posição de Fontes (2001) quando ressalta que no processo de cuidado, deve existir a integração entre o promotor da saúde (cuidador) e o usuário (ser cuidado) enquanto atores para o reconhecimento da realidade a ser transformada.

Nessa fusão, o saber do profissional, tido como científico, se refaz no conhecimento empírico dos clientes; as diferenças entre ambos os saberes não são negadas. Na síntese resultante, os dois saberes ganham mais sentido (Fontes, 2001: 92).

Concorda-se com as idéias dos autores supracitados e defende-se assim a valorização dos diferentes saberes, experiências e práticas dos usuários e de seus familiares, os quais se configuram atores de grande relevância nos seus próprios contextos de vida, no seu processo singular de adoecimento e na sua trajetória de enfrentamento das diferentes complicações e dificuldades ocasionadas pelos TMs e na sua tão incessante busca pela “cura”. Entende-se também que na relação do trabalhador de saúde com o usuário há uma dimensão latente que necessita ser despertada e desenvolvida, ou seja, há a necessidade do trabalhador de saúde direcionar o seu olhar para a valorização da realização de práticas educativas no cotidiano da atenção em saúde mental.

Em relação ao aspecto supracitado, Vasconcelos (1999) menciona que devem ser consideradas as diferentes dinâmicas sociais e culturais existentes no processo de adoecimento e de cura dos distintos ambientes e grupos humanos. Há necessidade de que o trabalhador de saúde esteja sensível às muitas dimensões do cotidiano das pessoas. A convivência sensível e o diálogo durante as práticas educativas devem nortear a prática dos trabalhadores de saúde.

As práticas educativas são uma responsabilidade de todos os trabalhadores que atuam no universo da saúde. O trabalhador da saúde deve estar receptivo e se dispor a ter um contato mais profundo com a dinâmica popular. As atividades educativas devem romper com o caráter autoritário. Devem ser empregadas mediante um estudo prévio da metodologia e dos conteúdos a serem empregados ou discutidos. É primordial que as pessoas percebam a dimensão social de seus problemas privados, envolvendo-se em formas coletivas de luta. E no contexto dessas lutas, podem se descobrir como atores sociais, dotados de uma identidade própria, com capacidade de intervenção no âmbito do jogo político, caminhando em direção à cidadania (VASCONCELOS, 1999).

Dessa maneira, o trabalhador de saúde deve estimular o indivíduo com TM a tornar-se sujeito de sua própria história, ajudando-lhe a romper com o papel de um mero paciente psiquiátrico passivo, desprovido de saberes e experiências singulares próprias e importantes,

não se deve mantê-lo refém e depositário do saber e das práticas dos trabalhadores de saúde. Porém só se pode oferecer ajuda a um usuário, na medida em que se tenha a capacidade de respeitar a própria individualidade, esta se configura uma pré-condição para que se possa respeitar também a individualidade da outra pessoa.

Em relação a esse aspecto, Maldonado e Canella (1981) ressaltam que o potencial de ajuda do trabalhador de saúde é ampliado, na medida em que ele possa respeitar a própria individualidade e a do outro e quando ele se coloca disponível para prestar acompanhamento a uma pessoa em momentos cruciais de vida. Respeitar a própria individualidade e a do outro e se colocar disponível para prestar acompanhamento a uma pessoa em momentos cruciais de vida, são fatores primordiais no contexto da assistência. Como aprender a respeitar a própria individualidade e a do outro? Os estudiosos em questão enfatizam que o trabalhador de saúde médico não deve oferecer tão somente atendimento técnico especializado, ele deve oferecer também a qualidade humana e afetiva de um vínculo significativo. Nesse contexto, as instituições devem tratar o trabalhador de saúde médico como pessoa, reconhecendo suas necessidades, assim será mais fácil para ele tratar os seus usuários como pessoas.

No que diz respeito ao fato de se colocar disponível para prestar acompanhamento a uma pessoa em momentos cruciais de vida, conforme colocado por Maldonado e Canella (1981), introduz-se a seguinte reflexão no universo da saúde mental, contemplando neste momento a posição dos usuários: será que uma internação psiquiátrica é um momento crucial na vida de uma pessoa com TM? Estar distante da família e do contexto social durante um determinado período, enfrentar os olhares, as concepções e as interpretações das pessoas quando da entrada, da permanência e da saída de um hospital psiquiátrico, se configuram fatores de grande relevância ou irrelevantes no auto-conceito das pessoas com TMs? Estas últimas consideram importantes as concepções dos indivíduos considerados “normais”, em relação ao percurso de tratamento psiquiátrico realizado por e para elas?

Entende-se que desempenhar o papel de usuário psiquiátrico não é uma tarefa fácil de ser encarada e administrada, assim defende-se que a construção de uma relação afetiva entre trabalhador de saúde e usuário, bem como a qualidade e eficácia das ações desenvolvidas no âmbito da saúde mental se revelam aspectos essenciais a serem valorizados. Faz-se necessário a realização de reflexões permanentes acerca da qualidade das ações de saúde que são desenvolvidas e ofertadas aos indivíduos pelos serviços de saúde. É indiscutível que tais ações devam estar fundamentadas em aspectos ético-humanísticos, os quais devem ser entendidos como princípios norteadores da prática dos trabalhadores de saúde.

Acredita-se que quando se decide assumir o compromisso de estabelecer junto aos usuários uma comunicação pautada no respeito, valorização da pessoa humana, encarando essa relação como propiciadora de crescimento pessoal recíproco e aprendizado profissional, há a grande possibilidade de construção de ações terapêuticas realmente promotoras de saúde, e assim os trabalhadores de saúde poderão significar de fato agentes de saúde e não mananciais produtores de multiplicação de dificuldades para os usuários assistidos.

Os discursos dos trabalhadores de saúde e familiares, no que concerne a assistência prestada no hospital Guararapes e hospital dia não indicaram a Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Por outro lado, os discursos dos usuários em relação ao hospital dia, apontaram para a Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL. As idéias centrais destacadas foram acolhimento e inserção familiar no cuidado.

DSC – 20

Os doutores do dia tratava os paciente bem, ouvia nós, tinha atenção com os pacientes. A gente se dava muito bem, tratava os paciente com jeito, com carinho, se preocupava com o remédio da gente, davam conselho para o nosso bem. As família e os pacientes era bem tratado pelas doutoras, elas conversavam, ouvia as famílias, davam conselho pra família tratar os paciente bem. No Hospital dia o tratamento melhorou muito, tinha respeito, cuidado, uma atenção, uma preocupação com os paciente e as família, as famílias tiveram mais valor no tratamento dos pacientes, as família era ouvida, tinha atenção com as família.

Apreende-se pelos discursos dos usuários, que os trabalhadores de saúde que atuavam no hospital dia se mostraram sensíveis quanto à necessidade de construir uma relação afetiva com os usuários e os seus familiares. Esta relação é considerada positiva e indicativa de uma melhoria na qualidade do cuidado. O estabelecimento do diálogo, a atenção, a escuta, o respeito, o carinho, a dedicação, bem como a valorização da fala dos usuários e familiares, são aspectos destacados como constitutivos dessa relação.

Entende-se que a relação que o trabalhador de saúde tem de estabelecer com os usuários e familiares, independente da natureza da modalidade de assistência, deve ser traçada prioritariamente visando a construção do vínculo. Este se configura um aspecto primordial para a adesão e conquista de resultados mais satisfatórios no tratamento. Dessa maneira, não basta somente ao trabalhador de saúde possuir habilidades técnicas específicas, ele tem de considerar a atenção, o respeito, a paciência, a tolerância, a capacidade de escuta como fatores essenciais no contexto do cuidado.

Como se pode construir vínculo com os usuários especificamente? **Saraceno et al (1997)** defendem que os trabalhadores da saúde mental devem estabelecer uma atitude solidária e afetiva no contato com uma pessoa com TM. Cada membro da equipe, qualquer que seja o papel que exerça nela, deve considerar alguns aspectos importantes tais como: o respeito para com a experiência “diferente” do paciente, mesmo que não consiga compreendê-la, explicá-la ou modificá-la; devolução da dignidade ao paciente, consciência da falta de poder do paciente; ruptura da separação entre o poder da organização médica e as necessidades do paciente; atitude carinhosa e segura para com o paciente de maneira que desde o primeiro momento ele se sinta aceito, reconhecido como sujeito, para que possa confiar na pessoa que o atende, na equipe, no serviço. Estes procedimentos devem ser uma característica básica não somente no momento da entrevista, mas em cada momento do relacionamento entre o serviço de atenção (hospital, centro psicossocial etc.) e o paciente.

Outros aspectos importantes ainda devem ser considerados, tais como: tratar de compreender o paciente; aceitar o que o paciente diz e vive; manter uma relação de proximidade com ele que não seja do tipo envolvimento profundo; favorecer o paciente na busca de uma maior clareza em relação aos diversos aspectos que envolvem os seus problemas. Escutá-lo, falar pouco, fazer perguntas, assim como usar poucas e simples palavras que ajudem o paciente (e a si mesmo) a reconhecer e avaliar o problema (SARACENO et al, 1997).

Os usuários participantes da pesquisa sinalizam que no dispositivo hospital dia, houve o advento de um olhar voltado para as suas famílias e isto é percebido como um procedimento importante e inerente ao tratamento. Eles se mostram satisfeitos pelo fato de seus familiares receberem uma atenção da equipe de saúde mental: “(...) No Hospital dia o tratamento melhorou muito, tinha respeito, cuidado, uma atenção, uma preocupação com os paciente e as família, as famílias tiveram mais valor no tratamento dos pacientes, as família era ouvida, tinha atenção com as família”.

Quanto a esse aspecto, Oda et al (1995) enfatizam a idéia da responsabilidade mútua, incluindo as famílias, além dos profissionais de saúde. A co-responsabilização da família no tratamento da pessoa com TM no contexto de hospital dia é em especial considerado uma peça chave reconhecida plenamente como uma pré-condição para o êxito no cuidado oferecido no sistema de hospitalização parcial. Isso porque antes do início do tratamento, é imprescindível que seja elaborado um contrato bastante claro, envolvendo os usuários e seus

familiares, através de esclarecimentos relativos à proposta terapêutica adotada, e enfatizando suas vantagens, desvantagens. A família colabora mais quando compreende que é sujeito ativo do processo de tratamento no hospital dia.

Na prática, constata-se que a presença ou a ausência da família no tratamento de uma pessoa com TM propicia resultados diferenciados fundamentais para o manejo dos casos e para a adesão da pessoa ao tratamento. Defende-se que tanto no hospital dia, assim como em outros dispositivos de atenção em saúde mental, as ações sejam direcionadas, visando a inserção familiar no cuidado, a qual realmente se constitui um grande desafio colocado à equipe de saúde mental.

O Relatório final da 3ª Conferência de Saúde Mental preconiza que os serviços substitutivos devem elaborar e desenvolver ações direcionadas aos familiares e à pessoa com TM, priorizando-se os projetos de inserção social e respeitando as possibilidades individuais. A família deve ser estimulada a participar de organizações civis visando a garantia da conscientização de seus direitos e viabilização do exercício pleno de sua cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Moreno e Alencastre (2004) ressaltam que a família vem ocupando um espaço privilegiado nas discussões das políticas públicas na última década. Os programas de atenção à saúde buscam valorizar a família na perspectiva de que esta assuma uma responsabilidade pelo cuidado de seus membros, tornando-a agente de transformações nos diversos contextos da assistência.

Defende-se que os saberes e experiências das famílias sejam objeto de valorização pelos trabalhadores da saúde mental, estes devem enxergar os familiares como potentes e importantes aliados no tratamento das pessoas com adoecimento mental. Corroborando com este pensamento, Sampaio e Barroso (1997) argumentam que o clínico que realiza atendimento a um cliente em crise psicótica, por exemplo, seja em hospital geral, em atenção domiciliar ou no ambulatório especializado, deve sempre considerar e valorizar os saberes dos familiares em relação ao que entendem como melhora ou não dos sintomas do cliente. Os cuidadores, enquanto observadores privilegiados sabem informar o momento em que a pessoa permite a convivência, continuando seu acompanhamento em âmbito ambulatorial ou domiciliar. Deve-se considerar as concepções acerca de melhora, piora, de cura e de reabilitação, respeitando-se os valores, as significações, o universo sócio-econômico-cultural

de clientes e familiares. Na grande maioria dos casos, os familiares estão preparados para lidar com o seu doente e mostram-se disponíveis para cooperar com o tratamento em casa quando a equipe propor e oferecer apoio.

A família do cliente poderá guiar o clínico até seu próprio patamar de tolerância, compreensão e competência. Muitas vezes o médico pode achar que o cliente não melhorou ou melhorou pouco, mas a família poderá dizer que aquele é o “melhor quadro que o cliente já chegou ou pode chegar” e aceitá-lo em casa normalmente. É um nível de melhora que os familiares já sabem manejar e conviver bem (SAMPAIO E BARROSO, 1997, p. 09).

Pelo conteúdo explicitado pelos usuários, identifica-se que a equipe do hospital dia de Sobral teve a sensibilidade de despertar para a importância de estabelecer uma relação afetiva satisfatória com os usuários e os familiares destes, considerando o acolhimento e a inserção do familiar no cuidado, aspectos relevantes nesse âmbito da assistência. Os usuários demonstram grande satisfação com isto, identificam a necessidade desse olhar direcionado para as suas famílias, reconhecendo assim o valor e as repercussões desse fato no tratamento.

Ao se colocar em evidência a atenção desenvolvida na Rede de atenção psicossocial, os discursos dos usuários, trabalhadores de saúde e familiares focalizaram a atenção prestada pelo CAPS Geral II, remetendo à Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Considerando-se nesse primeiro momento os discursos dos usuários no que concerne a atenção prestada pela Rede de atenção psicossocial, a Categoria 2 supracitada apresentou as idéias centrais, cuidado humanizado e satisfação com infra-estrutura do CAPS.

DSC – 21

Eu tenho respeito no CAPS. Sou tratado como uma pessoa normal e não como um doido, os doutor do CAPS dá valor o que o paciente tem pra falar, quer dizer tem uma humanidade no tratamento. Os pacientes são bem tratados, não tem gente ignorante, existe cuidado bom com o paciente, com o povo da família também. No CAPS eu tenho apoio de todas as partes dos doutores e das doutoras. Os doutor do CAPS se preocupa com os paciente, é uma coisa verdadeira. Hoje o tratamento está um céu porque tem o respeito com os pacientes, existe uma atenção, uma humanidade no tratamento. Hoje tá bem melhor, foi uma mudança muito grande. Ninguém é maltratado nessa saúde mental de hoje, nunca vi nenhum paciente apanhando, nem vi doutor mangando e judiando dos pacientes. Gostei muito dessa casa nova do CAPS, é muito bonita, nem parece uma clínica, um hospital para mental. É uma casa grande, vistosa, aberta. Tem uns banheiro bonito, limpo.

Os discursos dos usuários apontaram para o cuidado humanizado, este é enfaticamente colocado como um traço marcante da atenção prestada pelo CAPS. “(...) Hoje o tratamento está um céu, tem o respeito com os pacientes, existe uma humanidade no tratamento.(...) nunca vi nenhum paciente apanhando, nem vi doutor mangando e judiando dos pacientes (...)”. Acredita-se que as marcas produzidas pelos maus tratos e coisificação humana, bastante presentes no cenário da assistência da casa de repouso Guararapes, deixaram cicatrizes nesses usuários, que ao estarem envolvidos em outra modalidade de cuidado, logo identificam e destacam o que consideram de grande relevância, ou seja, o fato isolado de não se tornarem vítimas de maus tratos e judiação, proporciona por si só o entendimento de uma assistência humanizada.

O CAPS Geral II de Sobral busca direcionar suas ações principalmente fundamentadas em uma atenção humanizada e de qualidade. A humanização do atendimento disponibilizado aos usuários faz parte das reflexões dos gestores e dos trabalhadores de saúde da Rede de atenção psicossocial.

Enfatiza-se a necessidade da humanização do cuidado, mas o que de fato significa cuidado humanizado? Deslandes (2007), o conceitua como um conjunto ampliado e sinérgico entre atitudes, conhecimentos e procedimentos operativos numa determinada relação terapêutica. Atitude pautada no respeito à diferença; ética para fornecer melhor beneficência, buscando-se respeitar o potencial de autonomia do usuário; de empatia ao sofrimento vivenciado por ele; de capacidade de acolhê-lo em seu sofrimento. Os conhecimentos são de diversas naturezas (humanísticos, biomédicos e de gestão), conduzidos da maneira mais adequada e eficaz possível para a produção de alívio, cura ou melhor condição terapêutica. E finalmente, um conjunto de procedimentos capazes de operacionalizar estes conhecimentos para o mesmo fim, envolvendo tecnologias apropriadas e diferenciadas segundo as necessidades de cada usuário.

Os estudos de Kunkel (2002) apontam para outros fatores também relevantes, os quais devem ser considerados no universo do cuidado humanizado. Os aspectos implicados nesse processo são: a necessidade do entendimento da pessoa humana a qual deve ser concebida em sua inteireza; à relação estabelecida entre o trabalhador de saúde e o usuário; a necessidade que há em se conhecer a realidade do usuário; a valorização do usuário e do seu saber; o desenvolvimento do trabalho em equipe; o assumir uma função política.

Faz-se necessário considerar as pessoas em sua totalidade, pois as pessoas somente são pessoas e, portanto, humanas, na sua inteireza. É norteado por este entendimento que os serviços e os trabalhadores de saúde comprometidos com a produção de cuidados humanizados devem orientar seu trabalho.

O segundo aspecto destacado pela autora supracitada se refere à relação que o trabalhador de saúde constrói com o usuário. Este último é transformado em “paciente”? É colocado em uma situação de inferioridade em relação ao trabalhador de saúde? Se assim for, o atendimento está pautado na desumanização. Pois, como se pode falar em humanização se o indivíduo fica insignificante diante do médico ou de outro trabalhador? Tornar-se-á complexo para o usuário conseguir reagir e construir sua saúde, quando na relação com o trabalhador que o atende, ele fica numa posição de submissão, tolhido por inibição em seu saber e sem possibilidade de iniciativa.

No CAPS Geral II de Sobral, busca-se valorizar as falas, as experiências dos usuários e familiares, e a partir disso, estimular-lhes a desempenhar um papel ativo, rompendo com a postura de paciente e assumindo uma conduta fundamentada no protagonismo, ou seja, ele deve ser incentivado a adotar uma postura mais ativa nos seus contatos interpessoais e na condução de sua própria vida. Em relação a este fato, observa-se no discurso dos usuários: “(...) os doutor do CAPS dá valor o que o paciente tem pra falar, quer dizer tem uma humanidade no tratamento (...)”.

Uma estratégia importante de empoderamento das pessoas com TMs e familiares, implementada pela Rede de saúde mental do município e destacada por Sá (2006), tem sido o início de realização de assembléias, das quais participam usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Neste espaço são discutidos variados aspectos relacionados à atenção à saúde mental, planejam-se ações, apresentam-se seminários, fomenta-se estratégias para mobilização social, avalia-se o processo de trabalho, bem como os resultados.

O terceiro aspecto abordado diz respeito à necessidade que o trabalhador de saúde deve ter para conhecer a realidade do usuário. Kunkel (2002) realiza a seguinte inferência: Como o trabalhador de saúde pode falar em humanização se a vida que se vive fora do consultório ou do hospital não se constitui objeto de seu interesse? Como saber quais são as mais adequadas e eficazes providências que devem ser tomadas para aquele usuário que está diante do trabalhador de saúde, se este último não conhece o modo de viver, as preocupações do usuário? Um atendimento que não valoriza as maneiras de viver das pessoas não pode ser humanizado e nem será resolutivo.

Os trabalhadores de saúde mental do município, especificamente, comungam com o pensamento de que deve existir uma aproximação maior do trabalhador de saúde com a forma como os usuários levam as suas vidas, faz-se necessário adentrar em seu contexto comunitário e social, procurar entender as suas maneiras de viver. Conta-se com um recurso bastante utilizado e resolutivo, ou seja, a visita domiciliar. Esta se traduz em um procedimento constitutivo da própria rotina dos serviços. E os diferentes trabalhadores de saúde (psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, psicólogos, dentre outros), estão diretamente envolvidos nessa ação. Concorda-se e comprova-se na prática o que Kunkel (2002) preconiza, ou seja, a constatação de que quando uma pessoa está no meio dos seus semelhantes, ela sente-se mais à vontade para falar da sua dor e dos problemas que está vivendo. No serviço, no consultório, quando está diante do trabalhador de saúde, que domina a situação, muitas vezes, as falas dos usuários podem ficar restritas às perguntas que o trabalhador de saúde valoriza e considera mais importante.

A atenção domiciliar constitui-se um recurso relevante a serviço dos trabalhadores de saúde, configura-se uma reveladora possibilidade de identificação de aspectos relevantes da dinâmica familiar e do estado de saúde da pessoa com TM, possibilitando assim uma atenção mais humanizada, qualificada e integral para os usuários, seus familiares e trabalhadores.

O quarto aspecto ressaltado por Kunkel (2002) diz respeito à valorização do próprio usuário e do seu saber. Aqui se faz uma indagação: No contexto de atendimento, existe humanização do atendimento e na relação entre trabalhador de saúde e usuário, quando quem sabe de sua saúde é somente o médico, por exemplo, cabendo ao usuário apenas obedecer às prescrições do profissional, como se fossem ordens? A resposta converge para a não existência de humanização do atendimento. O trabalhador de saúde não pode esquecer que o sofrimento acomete a pessoa que está doente e esta tem de ser informada sobre todas possibilidades de atendimento que têm. O usuário precisa saber e participar da decisão do que irá lhe acontecer. A sua cultura, os seus costumes devem ser respeitados. O atendimento humanizado em saúde pressupõe uma combinação de conhecimentos do trabalhador de saúde com a sabedoria do povo.

No CAPS Geral II, especificamente, valoriza-se o contexto cultural dos usuários em acompanhamento no serviço. Conforme os estudos de Sá (2006), não existem projetos massificados ou alienantes. As ações estão fundamentadas na contratualidade; respeitam-se as idiossincrasias e o contexto cultural dos usuários. É possível a identificação de uma mudança na qualidade de vida de usuários e familiares, bem como a construção da cidadania.

O quinto fator considerado por Kunkel (2002) está relacionado ao trabalho em equipe. A realização de um trabalho em equipe está inserida no contexto de uma atenção humanizada. Deve haver igualdade na importância do trabalho e do conhecimento de cada uma das profissões, bem como uma complementação entre eles. O usuário precisa de atendimento de qualidade. Não basta somente a prescrição de medicamentos, há a necessidade de se perceber que saúde fundamentalmente não se resume a utilização de medicamentos, pois ela está profundamente associada ao modo de vida das pessoas e é com essa dimensão que o atendimento humanizado precisa estar integrado.

Conforme analisado no desenvolvimento dessa pesquisa, constata-se que a Rede de atenção psicossocial considera e direciona as suas ações baseadas na atuação de uma equipe multiprofissional, a qual se mostra imprescindível para uma atenção mais integral e humanizada em saúde mental.

Finalmente, Kunkel (2002) chama a atenção para o fato de que os trabalhadores de saúde precisam “ir mais fundo” no atendimento das pessoas adoecidas. Há necessidade de denunciar as causas dos sintomas e do sofrimento das pessoas. Os trabalhadores de saúde devem tomar para si uma função política que faz parte das boas práticas de saúde.

É a função política de denunciar os modos de vida que não são saudáveis e produzir outras alternativas, saudáveis e fortalecedoras da vida. Há uma potencialidade de transformar os modos de vida em cada pequena ação. E é por isso que é preciso denunciar, tornar-se “impaciente” diante dos atendimentos que não ajudam a fazer isso, diante dos atendimentos que não são humanizados. Não somente naqueles em que existe um visível maltrato com o usuário (negligência, desleixo no atendimento, desdém ao seu modo de expressar-se, cobrança pelo atendimento que deve ser gratuito, etc.) (KUNKEL, 2002:200).

Sem dúvida que a função política deve significar um objeto de interesse dos trabalhadores de saúde, os quais não podem ter a sua atuação restrita somente para o enfrentamento da doença, do transtorno, ou para a remissão dos sintomas. Devem-se elaborar estratégias, vinculadas a uma política municipal que favoreçam a identificação da fonte geradora e facilitadora de sofrimento e adoecimento mental da população. Acredita-se que este se constitui um ponto que ainda encontra-se adormecido e que precisa ser despertado, instigado e desenvolvido na prática.

Observa-se também pelos discursos dos usuários, o valor, a simbologia positiva que eles atribuem à infra-estrutura do CAPS, a qual rompe com o cenário de uma clínica ou hospital psiquiátrico. Este fator é importante na medida em que o usuário percebe que a atenção que lhes está sendo prestada se desenvolve em um local considerado bonito, limpo,

portanto, um aspecto constitutivo de uma assistência humanizada. Eles comparam o novo espaço, com o cenário de um hospital psiquiátrico e logo evidenciam diferenças. “(...) Gostei muito dessa casa nova do CAPS, é muito bonita, nem parece uma clínica, um hospital para mental. É uma casa grande, vistosa, aberta. Tem uns banheiro bonito, limpo (...)”.

Esse fator merece destaque e aponta para a importância da localização da sede do CAPS Geral II de Sobral no centro da cidade, em uma área geográfica considerada privilegiada. Rompe-se assim com a cultura de ofertar serviços de atenção em saúde mental em locais distantes do convívio social, característica predominante dos hospitais psiquiátricos. Entende-se que a libertação dos instrumentos terapêuticos do espaço geográfico marginal e a sua inserção em uma posição social de convivência humana, revelam que a saúde mental no município está se tornando objeto das políticas públicas prioritárias do município. Isto possibilita simbolicamente e concretamente o surgimento de impactos significativos no imaginário da população. Esta passou a ser estrategicamente e inteligentemente exposta para a convivência com o ser diferente, ocorrendo assim o favorecimento da criação de um campo fértil para a desmistificação de mitos, crenças, como para a produção de uma cultura de acolhimento, respeito em relação à pluralidade das expressões humanas.

Enfim, diante do conteúdo desenvolvido, reconhece-se que há sentido na posição dos usuários participantes da pesquisa, quando identificam a existência de um cuidado humanizado no contexto da saúde mental do município.

Os discursos dos trabalhadores de saúde, no tocante à assistência prestada na Rede de atenção psicossocial, ressaltaram a atenção desenvolvida pelo CAPS Geral II. A Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, apresentou as idéias centrais: inserção familiar no cuidado e acolhimento. Estas corroboraram com as idéias centrais explicitadas anteriormente nos discursos dos usuários em relação ao hospital dia.

DSC – 22

O envolvimento da família no tratamento é fundamental para a adesão do indivíduo no tratamento. As famílias foram trabalhadas, aprenderam a lidar com o seu paciente em casa, mediante os trabalhos de grupos, os encontros realizados no CAPS. Os familiares descobriram que existiam outras maneiras de lidar e cuidar da pessoa mentalmente enferma. A família está bem mais comprometida. A família hoje está satisfeita, muitos pacientes que viviam no meio da rua, abandonados, hoje estão bem, em tratamento, voltaram a conviver com a família. É muito gratificante ver o paciente bem, levando sua vida, convivendo com a família. Com a implantação da Rede, pacientes e familiares passaram a ser mais valorizados, foi construída toda uma relação pautada na co-responsabilidade no tratamento. A pessoa com transtorno

mental não é tratada e vista somente como um doente, existe um mundo dentro dela e se está buscando o seu crescimento, busca-se destacar o melhor que existe dentro desse seu mundo, valorizar o que existe de bom dentro do paciente, suas aptidões, capacidades. Os profissionais da Rede têm um compromisso e respeito com os pacientes, tratam com respeito, atenção, dedicação. Temos uma equipe compromissada com os pacientes, uma equipe que trabalha bem, buscando fazer um trabalho de qualidade na saúde mental. Procuramos ouvir o paciente, respeitando para que ele se sinta valorizado, um ser humano que deve ser acolhido, respeitado, incluído. Os resultados no tratamento são bastante positivos.

Os trabalhadores de saúde destacam a inserção familiar no cuidado e o acolhimento, como características marcantes da Rede de atenção psicossocial. Eles reconhecem a importância da família no tratamento da pessoa com TM: “O envolvimento da família no tratamento é fundamental para a adesão do indivíduo no tratamento (...)”.

A família é um núcleo composto por pessoas que convivem em determinado lugar, durante um espaço de tempo mais ou menos longo e que se encontram unidas ou não por laços de consangüinidade. Essa família é influenciada pela sociedade na qual está inserida, nos aspectos relacionados à cultura e ideologia particulares, como também exercem sobre a sociedade influências específicas (SOIFER, 1982).

Percebe-se que na prática, não é fácil a convivência com uma pessoa com TM. Esta pode manifestar diversos sintomas e apresentar alterações de comportamento, os quais contribuem para um contexto de mal-estar, desgaste físico e mental dos seus familiares. Em relação a esse aspecto Furegato et al (2002) advertem que além de ocasionar mal físico e psíquico à pessoa, a doença mental modifica o cotidiano das pessoas que o cercam, porque por exemplo, o indivíduo que antes estudava e ou trabalhava acaba deixando de fazê-lo, diminuindo a fonte de renda da casa e aumentando os gastos com medicamentos, médicos e internações. A pessoa com TM necessitará de cuidados físicos absorverá tempo e alterará a rotina da família. Além do desgaste constante, em alguns casos, os familiares e seus membros com TMs poderão ser vítimas de ofensas de parentes, da vizinhança, bem como de alguns segmentos da sociedade.

Defende-se assim que a família necessita de um olhar, de um cuidado direcionado para ela, como também deve ser orientada no sentido de aprender a lidar com as diversas situações que emergem no cotidiano da convivência com o seu parente com adoecimento mental. Os trabalhadores de saúde que atuam na Rede do município entendem que a família é um universo prioritário que necessita de um olhar e de um cuidado permanente. No CAPS

Geral II a atenção à família é realizada mediante abordagem individual, grupal e atenção domiciliar.

Abreu et al (1988) esclarecem que o trabalho junto às famílias deve ser desenvolvido, preferencialmente, por intermédio de grupos multifamiliares. Os grupos possibilitam o fortalecimento dos sistemas de suporte social, ocorrendo a diminuição do isolamento, dos sentimentos de culpa e a estigmatização. Nesses grupos, há a abordagem do reconhecimento de sinais prodromicos, a importância do uso de medicação, o manejo de situações geradoras de problema, possibilitando assim novas oportunidades de aprendizado, práticas diferenciadas e incorporação de novas técnicas de adaptação. A intervenção psicossocial junto aos familiares pode estar direcionada para o entendimento dos familiares sobre as características da doença, suas causas, alterações biológicas e psicológicas, ações implementadas no manejo de estresse no dia-a-dia, uso de medicação, dentre outros aspectos.

Para Abreu et al (1988), o componente determinante possibilitador de uma melhoria no funcionamento da família está baseado na redução de seu grau de emoção expressa. Esta diz respeito a uma tendência da família em se tornar excessivamente crítica e superenvolvida em momentos de conflito.

A revisão de condutas críticas e limitadoras facilita as relações intrafamiliares e pode diminuir as recidivas. Na intervenção em família busca-se promover a discussão conjunta por parte da família sobre uma situação-problema envolvendo o paciente e auxiliar na montagem de um plano realista para o manejo desta situação. Também fazem parte do repertório das intervenções psicossociais várias estratégias de desenvolvimento de habilidades para o manejo do estresse e estratégias de solução de problemas de comunicação verbal e não-verbal. Ambas apresentam um considerável potencial de reduzir o estresse tanto da família quanto do paciente (Abreu, et al, 1988, p. 429).

Os trabalhadores de saúde assinalam que o trabalho desenvolvido pelo CAPS, proporcionou um maior envolvimento da família no tratamento: “(...) As famílias foram trabalhadas, aprenderam a lidar com o seu paciente em casa (...) Os familiares descobriram que existiam outras maneiras de lidar e cuidar (...) A família está bem mais comprometida (...)”.

Para Filho (2002) é tarefa muito mais complexa lidar com a família da pessoa como um todo. Neste sentido, faz-se necessário a aquisição de várias habilidades, como o reconhecimento da dinâmica familiar, suas ideologias, lideranças, etc, bem como identificar o que o doente e sua doença representam para todo o contexto familiar, os fatores de integração ou desintegração, de ansiedade ou tranquilidade, de “necessidade” ou “exclusão”. Faz-se

necessário que a equipe de saúde estabeleça um contato com os familiares desde a internação e esclareça-os sobre as particularidades do seu parente doente e da sua evolução, responsabilizando-os também na condução do caso, mantendo-os preparados no enfrentamento de eventualidades que possam acontecer. Tudo isto funciona como profilaxia de crises família versus instituição.

No grupo de famílias desenvolvido no CAPS Geral II de Sobral, propicia-se encontros que estimulem a circulação de informações e discussões sobre as dúvidas que estão presentes em todos aqueles que estão em contato com o sofrimento e adoecimento mental discute-se os aspectos relacionados ao tratamento, propicia-se assim o comprometimento dos responsáveis, dentre outros aspectos. A abordagem grupal está ocasionando resultados positivos, tais como: maior comprometimento do familiar em relação ao seu membro doente e conseqüentemente uma melhoria no quadro apresentado por ele, favorecendo também a aprendizagem de táticas adequadas para lidar com o seu parente em casa. Os saberes e as experiências das famílias são valorizados e isso traz benefícios para os usuários e para o tratamento como um todo.

No tocante à valorização dos saberes e práticas dos familiares, a OPAS (2001) afirma que os trabalhadores em saúde mental, bem como as famílias das pessoas com TMs e as organizações de apoio familiar têm muito o que aprender uns com os outros. Mediante contatos regulares, a equipe de saúde pode aprender das famílias quais os conhecimentos, as atitudes e as aptidões necessárias para a realização de um trabalho coletivo. Eles se inteiram também de problemas tais como a limitação dos recursos, cargas de trabalhos enormes e treinamento insuficiente, que impede os médicos e os serviços clínicos de prestar serviços eficientes.

Defende-se que se deve investir na construção de parceria com as famílias, pois isto possibilitará benefícios tanto para os trabalhadores de saúde, como para as famílias. A OPAS (2001) adverte que os trabalhadores de saúde devem procurar construir uma parceria com a família, pois isso ocasionará benefícios para ambos. Através desses conhecimentos conjuntos, podem ser discutidas informações relativas a uma amplitude de questionamentos relacionados com o TM, explorando-se as reações familiares e formulando-se um plano de tratamento. As famílias são beneficiadas com a aprendizagem de um processo de resolução de problemas, visando o manejo mais efetivo da doença.

Uma parceria contínua tem em vista o desenvolvimento da assertividade nos provedores familiares de atenção, para que eles possam resolver os muitos e complicados desafios com o que se defrontam, em vez de ter de confiar sempre no

apoio de profissionais. Denomina-se esse processo “passagem do cuidado passivo à atenção ativa”. Reforça-o o encaminhamento a organizações de apoio familiar, que os profissionais devem recomendar enfaticamente como parte importante do tratamento a longo prazo e do plano de atenção (OPAS, 2001, p. 89).

Outros aspectos também devem ser valorizados no que diz respeito à abordagem dos familiares. Abreu et al (1988) destacam a educação dos usuários e familiares em relação aos aspectos práticos da doença e o treinamento de estratégias eficazes de comunicação entre seus membros; construção de um conjunto de estratégias específicas para solucionar os problemas recorrentes ou mais freqüentes no cotidiano, trabalhar a diminuição das expectativas da família em relação ao seu membro, ajustando-as em consonância com a realidade.

Os estudiosos supracitados ainda argumentam que as pessoas com TMs e suas famílias devem ser educadas sobre as suas doenças, bem como orientadas sobre as formas mais adequadas de manejá-las, sendo que esse trabalho deve ser realizado de maneira individualizada, simplificada, respeitando as características culturais dos mesmos. Com isso, o impacto das ações implementadas pelos trabalhadores de saúde, pode ser multiplicado e sedimentado pela participação mais ativa e responsável dos usuários, rompendo-se assim com posturas passivas necessitadas de intervenções.

Um fator importante a ser considerado pelos trabalhadores de saúde que atuam no universo da saúde mental diz respeito à valorização das percepções que os familiares têm em relação aos TMs, pois as suas percepções influenciam de uma maneira considerável no tratamento dessas pessoas.

Na pesquisa realizada por Oliveira e Sousa (2001), detectou-se de maneira geral que os familiares acreditam na recuperação da pessoa acometida pelo TM. No tocante aos sentimentos do familiar expressados em relação à pessoa mentalmente enferma, foram evidenciados aspectos relativos ao desgaste físico e emocional, ocasionados das dificuldades e das sobrecargas oriundas da convivência com a doença mental.

Outro aspecto identificado na pesquisa supracitada se refere ao sentimento de preocupação do familiar no que diz respeito ao futuro da pessoa acometida pela doença mental, existindo a preocupação quanto a qual pessoa responsabilizar-se-á pelo cuidado do indivíduo quando o principal cuidador morrer. Esse fato é apontado pelas pesquisadoras como evidenciando uma relação de grande dependência estabelecida entre a pessoa com TM e seus parentes mais próximos ou responsáveis diretos, levando-se também em consideração a incerteza quanto à recuperação.

Há que se observar a situação familiar e seu real efeito sobre o tratamento de parentes com adoecimento mental. Embora a participação da família no tratamento seja de extrema importância, é preciso constatar se a família está sendo salutar nesse processo de tratamento. Em relação a essa colocação, a OPAS (2001) chama a atenção também para o fato de que se faz necessário a realização de algumas observações cautelares sobre as famílias. O Órgão destaca a erosão da família extensa nos países em desenvolvimento, combinada com a migração para as cidades, como um importante desafio a ser encarado pelos planejadores da utilização deste recurso para a atenção às pessoas com TMs. Considera também que quando o ambiente familiar não se revela favorável à atenção de boa qualidade e ao apoio, e pode até mesmo se mostrar prejudicial, a solução familiar pode não ser uma opção viável.

Realmente devem-se realizar observações cautelares em relação a determinadas famílias, pois muitas vezes a convivência de um indivíduo com TM junto com seus familiares pode acarretar dificuldades e prejuízos diversos para ele. Entretanto, compreende-se que a família é um universo relevante a ser estimado, pois o seu envolvimento ou à sua ausência repercutem de maneira marcante e determinante no processo de qualidade de vida e no tratamento das pessoas com TMs.

Outro fator apontado pelos trabalhadores de saúde diz respeito a maneira como os trabalhadores de saúde estabelecem relação com os usuários, evidenciando assim a prática de acolhimento: “(...) Os profissionais da Rede têm um compromisso e respeito com os pacientes, tratam com respeito, atenção, dedicação (...)”.

Merhy (1994) defende que o acolhimento se configura a tradução de uma relação humanizada e acolhedora, esta deve ser prestada pelos trabalhadores de saúde aos diversos tipos de usuários que são atendidos nos serviços.

A criação dos vínculos se configura na construção de relações próximas e bem definidas, em que os trabalhadores de saúde se sensibilizam pelo sofrimento do outro, daquela população que se apresenta. Faz-se necessário permitir-se a constituição de um processo de transferência entre o trabalhador de saúde e o usuário, promovendo a autonomia do próprio usuário. Construir vínculos significa estar responsável pela vida e pela morte do usuário, dentro de uma possível possibilidade de intervir de forma desburocratizada e pessoal. O vínculo-responsabilidade está relacionado à integração dos trabalhadores de saúde com o seu território de abrangência, no serviço, nos grupos que realiza, tornando-se referência para o usuário (MERHY, 1994).

É indiscutível que a lógica que deve nortear a prática dos trabalhadores de saúde deve está fundamentada em princípios humanísticos. Entende-se que a inserção familiar no cuidado e a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário são aspectos prioritários que devem estar presentes no cerne de uma atenção humanizada em saúde mental. Defende-se que o trabalhador de saúde deve investir na relação afetiva com os usuários, e a construção do vínculo terapêutico significa um aspecto primordial para a adesão da pessoa com TM ao tratamento. Os trabalhadores de saúde devem considerar que o familiar é um agente terapêutico fundamental e um importante aliado no tratamento da pessoa com TM, assim buscam considerar e valorizar as suas experiências, os seus saberes, as suas práticas, estimulando o seu protagonismo para que se tornem sujeitos co-responsáveis na atenção às pessoas com TMs. O envolvimento da família é um dos principais aspectos a serem considerados quando se tem como objetivo primordial a melhoria na qualidade de vida das pessoas com adoecimento mental.

A Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL também emergiu dos discursos dos familiares, no que concerne à Rede de atenção psicossocial, corroborando com as idéias centrais dos discursos dos trabalhadores de saúde: acolhimento e inserção familiar no cuidado.

DSC – 23

Hoje os doutores, doutoras têm uma atenção a mais com os pacientes, tratam bem, com respeito, fazem aconselhamento para os pacientes e para as famílias. Os doutores são muito delicado com a gente, escuta nós e as família, têm paciência para explicar para nós como deve ser o tratamento. Os pacientes e as famílias pode esclarecer alguma coisa, alguma dúvida sobre o tratamento. As famílias tiveram uma atenção bem melhor por causa dos CAPS, hoje são bem tratada. As família participa das reunião de família, dos grupos, nós pode falar como é que tá o tratamento, o que tá bom, se o paciente melhorou, piorou. As famílias hoje não estão sozinha no tratamento, a gente pode desabafar o sofrimento que sente, as dificuldades da luta com os nossos mental, quer dizer isso é um aconchego muito grande. A gente sente mais força, mais apoio para continuar na nossa caminhada. Quando tá difícil lutar com ele, eu venho no CAPS e tenho o apoio de todos. nós temos uma segurança, uma fé no tratamento. As famílias hoje estão amparadas, tem pra onde se socorrer. Eu posso contar com a ajuda do CAPS, o CAPS não deixa as famílias abandonadas, desgarradas. Eu pensei que nunca fosse conseguir cuidar direito do meu filho, mas foi com o trabalho do CAPS que eu vi que eu podia cuidar e conviver com meu filho dentro de casa. Esse grupo de família que tem no CAPS é muito importante porque a gente fala as dificuldades da gente com os nosso paciente em casa, recebe uma orientação, desabafa. Eles se preocupa de verdade com os pacientes, querem uma melhora no estado de saúde deles, são comprometidos em dar uma assistência que presta, por isso é que o tratamento dá resultados bom.

Os discursos dos familiares apontam para uma atenção desenvolvida no CAPS Geral II fundamentada na humanização do cuidado, com a predominância de acolhimento e inserção familiar no cuidado. “Hoje os doutores, doutoras têm uma atenção a mais com os pacientes, tratam bem, com respeito, fazem aconselhamento para os pacientes e para as famílias (...)”.

Há o reconhecimento de uma relação baseada na atenção, no respeito, na valorização das falas dos usuários e familiares. “(...) Os doutores são muito delicado com a gente, escuta nós e as família, têm paciência para explicar para nós como deve ser o tratamento (...)”

Concorda-se com Corbisier (1992), quando afirma que as experiências de equipamentos assistenciais substitutivos ao hospital psiquiátrico indicam que as pessoas com TMs gostam de ser escutadas e de ter a sua fala valorizada. Enfim, é extremamente importante para elas saber que as suas próprias palavras podem ser traduzidas como um instrumento que as beneficiarão. Nesta nova forma de atendimento, busca-se contemplar as diferenças.

Os familiares relatam sobre a importância da inserção da família no cuidado, e mostram-se satisfeitos com a atenção oferecida à família no âmbito da atenção prestada pelo CAPS Geral II do município. “(...) As famílias tiveram uma atenção bem melhor por causa dos CAPS, hoje são bem tratada (...) As famílias hoje estão amparadas, tem pra onde se socorrer (...)”.

Há a necessidade de se levar em consideração a participação da família, a qual foi reconhecida no discurso dos familiares como uma estratégia relevante quando a intenção maior é a obtenção de um tratamento de qualidade, resolutivo e eficaz. Na prática, presenciam-se as dificuldades pelas quais passam os familiares/cuidadores no acompanhamento diário ao indivíduo com TM, que pode manifestar diversos sintomas, tais como: idéias delirantes, perturbações do afeto, da linguagem, da vontade, atitudes agressivas, isolamento social, fatores estes causadores de desgaste físico e mental para os membros da família. O TM ocasiona prejuízos tanto para a pessoa mentalmente enferma, como para os seus familiares/cuidadores, alterando o cotidiano desses últimos com o surgimento de cansaço, alterações do sono e apetite, revolta, temor, irritação, angústia, ansiedade.

Diante desse contexto, a equipe multiprofissional da Rede de atenção psicossocial do município entende que os familiares são personagens fundamentais na atenção às pessoas com TMs, e assim consideram de grande importância que os cuidadores recebam um suporte terapêutico para lidar com as diversas situações apresentadas no universo do TM. Grupos de

apoio para os familiares/cuidadores, atenção domiciliar, atendimento individual são alguns dos procedimentos desenvolvidos na atenção às famílias.

Faz-se necessário conhecer a realidade dos familiares, compreendendo suas percepções e representações a partir de suas vivências, propiciando-lhes reflexões sobre a negociação cotidiana de seus problemas; oferecer apoio emocional; propiciar a troca de experiências, saberes e práticas; oferecer suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia-a dia; valorizar a experiência, o conhecimento e os recursos utilizados pelos familiares/cuidadores no enfrentamento da doença.

Os estudos de Sá (2006) demonstram que na literatura é bastante discutida a importância de se trabalhar a família na habilitação psicossocial da pessoa com TM, pois nesse contexto ela pode significar um fator de proteção, de precipitação ou geração de crises.

Para a OPAS (2001), é bem recente o reconhecimento da atuação positiva das famílias nos programas de atenção em saúde mental. Agora é comumente requerido o papel das famílias na atenção do dia-a-dia, bem como, de forma mais abrangente, nas grandes e estratégicas ações planejadas em favor das pessoas com TMs. Sua importância alcança outros campos de desenvolvimento desses programas de saúde mental. Essas ações exerceram ainda influências relevantes na mudança da legislação sobre saúde mental em alguns países, bem como, em outros, na melhoria dos serviços e no desenvolvimento de redes de apoio.

De acordo com a OPAS (2001) existem fortes sinais sobre os inúmeros benefícios da participação da família no tratamento e controle de doenças como esquizofrenia, depressão, retardo mental, dependência do álcool e distúrbios de comportamento na infância. Há sinais que revelam resultados notórios para os casos de pessoas com TMs que vivem com suas famílias do que aqueles nos quais as pessoas vivem em instituições. Contudo, muitos estudos internacionais estabeleceram uma marcante ligação entre atitudes de alta “emoção expressa” entre parentes e um índice mais alto de recorrência para as pessoas com TMs que vivem em companhia deles. Assim, nos casos em que há uma mudança no clima emocional no lar, é possível reduzir a taxa de recorrência.

As referidas emoções expressas são descritas por Saraceno (2001, p.42) como:

Aspectos verbais e não-verbais da comunicação entre paciente e família chave em relação a quatro componentes: comentários críticos, hostilidade, hiper envolvimento afetivo e empatia, ou seja, situações corriqueiras nas famílias das pessoas com transtorno mental, inerentes à própria emoção humana, mas que precisam ser

trabalhadas, para identificar e intervir nos fatores precipitantes de recaídas, bem como localizar e fortalecer agentes de proteção

Torna-se imperativo trabalhar de maneira mais intensiva com as famílias, buscando prevenir recidivas, contribuindo assim para a construção de uma convivência mais saudável possível entre a pessoa com TM e familiar.

Em relação à redução das recidivas, a OPAS (2001) argumenta que o trabalho com as famílias sempre foi considerado um complemento da medicação de manutenção, e não como sua substituta. De fato, constatou-se que a terapia familiar, quando acrescentada à medicação antipsicótica, mostra-se mais eficaz do que a medicação pura e simples na prevenção de recorrência na esquizofrenia.

Em âmbitos local e nacional, a formação de redes familiares criou parcerias entre provedores de atenção e trabalhadores de saúde. Muitas redes de apoio além de proporcionar apoio mútuo, se converteram em defensoras, educando o público em geral, favorecendo também uma ampliação do apoio dos formadores de políticas, buscando combater o estigma e a discriminação (OPAS, 2001).

Sá (2006) defende que se pode apreender a relevância da família no tratamento da pessoa com TM e suas importantes contribuições, sejam como agente terapêutico, articulador social, rompendo com a visão reducionista e maniqueísta sobre a família e instigando a participação desta na habilitação psicossocial. Esta implica na ampliação de redes sociais; a primeira destas redes a ser pensada deve ser a família, mas isto não deve ficar restrito a esta única instituição, apoiadora; daí faz-se necessário implementar ações visando a ampliação quantitativa e qualitativa dessa rede social.

Corroborando com a valorização do papel relevante da família no tratamento de seus parentes com TMs, Sampaio e Barroso (1997) argumentam que a família deve ser orientada no sentido de reeducar o usuário a realizar tarefas simples ou mais complexas, considerando-se a aceitação e as possibilidades dessa pessoa, sejam essas tarefas domésticas ou relacionadas ao universo do trabalho. A pessoa com TM não deve ser vista como uma inválida, pois caso seja encarada dessa maneira, há um prejuízo na relação terapêutica, pois essa atitude leva a acomodação, rotina e impotência.

Defende-se que uma equipe de saúde mental, além de habilidades técnicas específicas deve ser capaz de acolher, apoiar com sabedoria e competência, significando um

porto seguro para a família. O trabalhador de saúde deve procurar estabelecer com ela uma relação respeitosa, fundamentada na atenção, escuta mútua, troca de saberes e experiências.

Infelizmente, há trabalhadores de saúde que adotam condutas inadequadas no contato com o familiar, culpabilizando-o impiedosamente, desqualificando-o enquanto agente terapêutico. Mostram-se insensíveis, desvalorizando os saberes e as competências dos familiares, envolvendo-os perversamente num labirinto de culpas e fardos pesados. Assim, há o surgimento de diversos prejuízos na tríade usuário, familiar e trabalhador de saúde e a pessoa que mais necessita de atenção qualificada, ou seja, o usuário acaba sofrendo os efeitos nocivos, gerados no cerne das relações estabelecidas entre os seres considerados normais (familiar e trabalhador de saúde).

Obviamente que na prática se depara com familiares realmente resistentes, intransigentes, não cooperativos, negligentes, difíceis de lidar, que podem se transformar em potentes agentes adoeceadores. Em relação a estes, tem-se de adotar uma conduta enérgica, objetiva, pedagógica, levando-os a refletir sobre suas atitudes e conseqüências das mesmas, co-responsabilizando-os coerentemente, deixando-os cômicos das prováveis cobranças legais de seus atos ou omissões. Porém, não se tem o direito de tratá-los de forma arbitrária, autoritária, desrespeitosa, insensível e perversa.

Quando o trabalhador de saúde encara a família ou o familiar “problemático” como um grande desafio e um importante aliado, e busca inteligentemente envolvê-lo, co-responsabilizando-o no tratamento, tornando-se também receptivo para compreender o seu contexto e sua história de vida, ele corre o risco de se deparar com surpreendentes situações benéficas para o tratamento. E assim, o campo tornar-se-á fértil para que junto com o familiar trilhem um caminho possibilitador de grandes descobertas, aprendizados recíprocos, crescimento pessoal e profissional. Acredita-se que para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no município devem-se considerar os familiares/cuidadores como agentes terapêuticos e importantes aliados da equipe de saúde mental no tratamento da pessoa mentalmente enferma.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Esta pesquisa foi elaborada com base em questionamentos acerca das vivências e concepções dos trabalhadores de saúde, usuários e seus respectivos familiares, os quais apresentam um histórico de atuação ou inserção na assistência desenvolvida no contexto hospitalocêntrico, representado pela Casa de Repouso Guararapes e Hospital dia e na Rede de Atenção Psicossocial implantada em Sobral. Considerando-se os objetivos, os pressupostos e o componente analítico do estudo, ficou evidenciado que:

Os discursos dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares estão fundamentados nos eixos: Sentido da hospitalização em hospital psiquiátrico tradicional e hospital dia, Retrato do modelo da Rede de atenção psicossocial e (Des) Humanização do cuidado em diferentes dispositivos de atenção em saúde mental. De cada eixo emergiram categorias, ou seja, idéias centrais sínteses, originadas das idéias centrais semelhantes ou complementares, representativas de suas respectivas expressões-chave.

Considerou-se no primeiro momento o eixo Sentido da hospitalização em hospital psiquiátrico tradicional e hospital dia em sobral e identificou-se que:

Em relação à casa de repouso Guararapes, os discursos dos trabalhadores de saúde apontaram para a Categoria 1 PREDOMINÂNCIA DA LÓGICA DA LUCRATIVIDADE, a qual apresentou como idéia central a lógica de lucro.

Pelos discursos dos trabalhadores de saúde, constatou-se que embora sendo de natureza pública, a assistência psiquiátrica prestada pelo referido estabelecimento possuía uma lógica essencialmente privada, lucrativa. Isto interferiu na qualidade da assistência, pois como os usuários eram encarados como fontes geradoras de lucro, o hospital se distanciou da essência de significar um espaço de cuidado e atenção qualificada.

O hospital psiquiátrico significou uma instituição não comprometida pela guarda responsável de pessoas com TMs. Estas foram usadas pra satisfazer e justificar a necessidade de obtenção de lucro do proprietário do estabelecimento, sedento por posses materiais. Para algumas famílias que não se sentiam co-responsabilizadas com o tratamento de seus parentes, significou uma fonte de ganhos secundários, e para alguns trabalhadores de saúde, muito provavelmente acomodados ou impotentes diante do sistema, se configurou um cabide de emprego, gerador de renda financeira. Para a pessoa com TM significou uma atenção não qualificada e um manancial rico de violação aos direitos humanos. Em relação à sociedade como um todo, desempenhou o papel de guarda do “louco”, tido como uma verdadeira ameaça à manutenção da ordem e proteção das pessoas consideradas “normais”.

Os discursos dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares em relação ao hospital Guararapes sinalizaram para a Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE. Nos discursos dos trabalhadores de saúde, emergiram as seguintes idéias centrais: capacitação inadequada para o serviço prestado; impropriedade diagnóstica; internações inadequadas; inexistência de projeto terapêutico; descontinuidade da assistência; não garantia da medicação e ausência de equipe multiprofissional.

Os discursos dos usuários em relação à Categoria 2 ofereceram as idéias centrais: Reinternação no hospital psiquiátrico; capacitação inadequada para o serviço prestado e crise psicótica sucessiva. A idéia central capacitação inadequada para o serviço prestado corroborou com a dos discursos dos trabalhadores de saúde.

O hospital psiquiátrico na prática não estava cumprindo a sua função, pois não se mostrou comprometido com o cuidado, mas se distanciou do cuidado qualificado, das condutas terapêuticas, oferecendo apenas procedimentos inadequados, comprometendo gravemente o tratamento e a recuperação das pessoas internadas. Configurou-se um lugar imperioso em oferecer procedimentos bastante inadequados, comprometendo inconseqüentemente o tratamento das pessoas internadas, significando uma fonte propiciadora de adoecimento e cronificação.

Em relação à Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE, os discursos dos familiares também corroboraram com as idéias centrais: Reinternação no hospital psiquiátrico e crise psicótica sucessiva, já referidas nos discursos dos usuários.

Quando se colocou em pauta a assistência prestada pelo hospital dia, os discursos dos trabalhadores de saúde referiram à Categoria 2 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE. Esta se encontrou fundamentada nas idéias centrais: melhoria na qualidade do cuidado, atuação de equipe multiprofissional, compromisso dos trabalhadores de saúde, garantia da medicação e melhoria no quadro clínico da doença.

Compreende-se que se comparando à assistência prestada pela Casa de Repouso Guararapes, o hospital dia conseguiu inaugurar e imprimir uma diferenciada assistência no cenário da saúde mental, apesar da resistência do proprietário em realizar investimentos nessa modalidade de assistência e das limitações enfrentadas pela equipe multiprofissional. A melhoria na qualidade do cuidado, a atuação de uma equipe multiprofissional, o compromisso dos trabalhadores de saúde, aliados à garantia da medicação, favoreceram um cenário propiciador para uma melhoria no quadro clínico da doença, sugerindo assim o compromisso com uma assistência de qualidade.

Ainda no que concerne à assistência prestada pelo hospital dia, os discursos de uma outra parcela dos trabalhadores de saúde apontaram para uma outra face do hospital dia, ou seja, referiram à Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE. Quanto às idéias centrais, destacaram-se: prática pautada no amadorismo,

infantilização do usuário, inexistência de projeto terapêutico, acomodação do trabalhador de saúde.

Compreende-se que o dispositivo hospital dia de Sobral acabou se aproximando mais de uma necessidade de atender a uma portaria do Ministério da Saúde, uma necessidade da existência de um anexo que justificasse uma forma de pagamento diferenciado do hospital Guararapes, do que realmente uma estrutura que estava inserida no bojo de uma política maior. Ele compunha o complexo Guararapes, e isto na verdade não criava um vínculo maior com uma política inovadora.

Entende-se que os trabalhadores de saúde que atuaram no hospital dia mostraram-se compromissados e conseguiram contribuir durante um determinado período para uma atenção mais qualificada em saúde mental, porém com o passar dos tempos, identificou-se uma dinâmica diferenciada da equipe multiprofissional que atuava nesse dispositivo, o que pode ser entendido em parte devido às resistências que ela encontrou para desenvolver as ações que se propunha a realizar e pelo fato de considerando-se a realidade do município, o próprio hospital dia não se encontrava inserido dentro de um sistema, ou política de saúde mental mais ampliada. Arrisca-se em afirmar que a Casa de Repouso Guararapes e o hospital dia acabaram personificando instituições de guarda, onde os “loucos” estavam guardados nas situações de crise, e os “loucos” permaneciam guardados durante o dia inteiro, pois a sociedade e as famílias não poderiam ser incomodadas pela pessoa com TM.

Os discursos dos usuários em relação à assistência desenvolvida no hospital dia, remeteram à Categoria 2 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE, que trouxe no seu cerne as idéias centrais: melhoria na qualidade do cuidado e melhoria no quadro clínico da doença, explicitadas nos discursos dos trabalhadores de saúde.

Os discursos dos familiares, por sua vez, no que diz respeito à assistência desenvolvida no hospital dia, não evidenciaram a Categoria 2 (DES) COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE.

No tocante à assistência prestada no hospital Guararapes, destacou-se a Categoria 3 TERAPÊUTICA CENTRADA NA MEDICALIZAÇÃO DA DOENÇA, a qual emergiu unicamente dos discursos dos usuários participantes da pesquisa, trazendo como idéias centrais: medicalização da doença e ociosidade.

A prescrição e o uso da medicação como terapêuticas predominantes no hospital psiquiátrico, associados a um contexto de ociosidade, à forma como o trabalhador da saúde se

relacionava com o usuário e a maneira como as medicações eram administradas, são elementos que apontaram para o uso não criterioso da medicação na referida instituição.

Defende-se que a atuação dos trabalhadores da saúde mental deve estar ancorada prioritariamente em capacidade técnica e conduta responsável, sem o distanciamento do foco de uma abordagem humanística. Não é dado aos trabalhadores da saúde o direito de se configurarem fontes de diferentes problemas a serem arcados pelas pessoas com TMs, devido à imposição de um uso indiscriminado de medicação, pois são diversos os transtornos e as perdas que uma pessoa com adoecimento mental tem de enfrentar em sua vida. O trabalhador da saúde mental não pode, nem deve personificar a figura do algoz do indivíduo com TM, pois a própria doença mental já assume implacavelmente este papel.

Compreende-se que uma atenção em saúde mental de qualidade deve ser realizada considerando-se a prescrição de medicação como terapêuticas constitutivas de um conjunto de procedimentos que devem ser considerados no tratamento das pessoas com TMs.

Considerando-se ainda os discursos dos usuários, no que concerne à assistência prestada no hospital Guararapes, surgiu a Categoria 4 LEGITIMAÇÃO DA INTERNAÇÃO PELA FAMÍLIA, a qual apresentou as idéias centrais: internações de longa duração e exclusão pela família.

Diante do conteúdo explicitado, entende-se que a legitimação da internação pela família, associou-se à difícil situação de encarar o surgimento de um TM na família, o desafio do aprendizado da convivência com uma pessoa com adoecimento mental, que apresenta limitações, dependência, enfim dificuldades diversas que ocasionam repercussões nos membros, na convivência e no cotidiano dos familiares, afetando a dinâmica da família como um todo. As longas internações, por sua vez, acabaram favorecendo um contexto propício para o abandono, exclusão familiar e exclusão social, afetando os usuários e os seus familiares, no sentido de causar impedimentos relevantes para a aceitação de ambos na convivência do seio familiar.

Constatou-se que essas famílias não estavam inseridas no cuidado e isto se configurou um aspecto importante, influenciando para que elas não acolhessem o seu parente com adoecimento mental. Arrisca-se afirmar que por falta desse suporte familiar, os familiares apresentavam dificuldades para lidar com o seu parente com adoecimento mental.

Defende-se que as famílias dos usuários inseridos em qualquer modalidade de assistência, devem necessariamente ser inseridas no cuidado em saúde mental, pois a

existência de um TM em uma família afeta a todos os membros e a maneira como vai sendo desenhada a dinâmica familiar. Quando, por exemplo, uma família não é assistida e cuidada, torna-se complexo também para ela cuidar adequadamente do seu parente com adoecimento mental.

Acredita-se que as longas internações, produziram o sinistro processo de exclusão social, e estas características predominantes nos hospitais psiquiátricos, acarretaram diversos prejuízos às pessoas com TMs, dentre estes se destaca: perda dos laços familiares e sociais, comprometimentos em relação à realização de atividades de vida diária – AVD's (como por exemplo, alimentar-se, vestir-se e higienizar-se sozinho), perda de autonomia, cronificação, reforço do estigma de “louco”, dentre outros.

Apreendeu-se pelo conteúdo explicitado que o hospital psiquiátrico apresentou característica manicomial, favorecendo o processo de exclusão social das pessoas com TMs, atuando também como um dispositivo possibilitador de intenso sofrimento mental, vivenciado pelas pessoas que lá se internaram, e não é fora de propósito afirmar que contribuiu de maneira determinante para a cronificação de patologias. Dessa maneira, deve-se evitar prioritariamente a realização de internação de pessoas com TMs nesses estabelecimentos.

Os discursos dos familiares em relação ao hospital dia apontaram para a Categoria 4 LEGITIMAÇÃO DA INTERNAÇÃO PELA FAMÍLIA, apresentando a idéia central: internação de longa duração, já referida nos discursos dos usuários. Os familiares demonstraram satisfação quando os seus parentes permaneciam no hospital dia, pois além da garantia da alimentação, alegavam que tinham mais “sossego”, pois conseguiam resolver com tranquilidade os seus afazeres. A justificativa de que uma maior permanência no hospital possibilitaria uma melhoria na recuperação dos usuários também foi apontada como um ganho importante.

O argumento dos familiares de que a permanência do usuário no hospital dia possibilitava mais “sossego” para a família, bem como supostamente favorecia um quadro de melhoria na recuperação da pessoa com TM, devem ser compreendidos à luz das dificuldades que podem emergir da convivência com pessoas com TMs, conforme observado nos discursos dos usuários participantes da pesquisa.

Identificou-se pelos discursos dos familiares um conteúdo marcante voltado para a legitimação da internação de longa duração, fato que sinalizou para a necessidade dos

serviços que compõem a Rede de atenção psicossocial organizarem estratégias e desenvolverem ações permanentes direcionadas para uma atenção às famílias.

Os discursos dos trabalhadores de saúde não evidenciaram a Categoria 4 LEGITIMAÇÃO DA INTERNAÇÃO PELA FAMÍLIA.

A Categoria 5 O COTIDIANO DO HOSPITAL DIA emergiu unicamente dos discursos dos usuários e apresentou as idéias centrais: usuário em regime semi-intensivo de internação, garantia de transporte e desenvolvimento de atividades.

Percebeu-se pelos discursos dos usuários que a oferta de uma outra modalidade de assistência, representada pelo hospital dia, ocasionou mudanças importantes no tratamento das pessoas com TMs, principalmente, quando ele adotou como referencial a casa de repouso Guararapes. Os usuários logo identificaram essas alterações, às quais foram interpretadas como satisfatórias e favorecedoras de uma melhoria na qualidade de vida. Entende-se que a satisfação dos usuários referida ao hospital dia está diretamente relacionada à trajetória feita por esses usuários no sistema manicomial, representado pelo hospital Guararapes. Eles foram submetidos a longos períodos de internação, com uma assistência não qualificada, excludente, onde o tratamento se restringia a medicamentos, isolamento, exclusão social, ao passo que o surgimento do hospital dia impulsionado e exigido pelo processo de Reforma Psiquiátrica, é recebido como algo muito bom.

No segundo momento, evidenciou-se o Eixo Retrato do Modelo da Rede de Atenção Psicossocial em Sobral. Os trabalhadores de saúde enfatizaram que um novo cenário de assistência em saúde mental foi evidenciado com a implantação da Rede de atenção psicossocial e destacam o trabalho desenvolvido pelo CAPS Geral II. Dessa maneira, surgiu a Categoria 1 Inclusão Social, a qual apresentou as idéias centrais: transição cultural da população em relação ao adoecimento mental, inserção social e aquisição de ocupação com geração de renda.

Apreendeu-se pelos discursos dos trabalhadores de saúde, que Sobral está sendo palco de um importante processo de transição cultural da população em relação ao adoecimento mental, isto vem propiciando o acolhimento daqueles considerados “diferentes”. Destacaram que as ações implementadas pelo CAPS vêm possibilitando a inserção dos usuários nos contextos comunitário e social, o referido serviço busca inclusive desenvolver ações para favorecer a inclusão do usuário em atividades geradoras de renda.

Os discursos dos usuários, em relação à atenção prestada na Rede de atenção psicossocial destacaram a atenção desenvolvida pelo CAPS Geral II, remetendo à CATEGORIA 1 INCLUSÃO SOCIAL. Quanto às idéias centrais, surgiram a inserção social (também presente no discurso dos trabalhadores de saúde) e a necessidade de ocupação com geração de renda.

Identificou-se que os usuários valorizam bastante o tratamento que proporciona a “liberdade” dos usuários assistidos. Esta última foi interpretada como terapêutica por si só, ocasionando benefícios para a própria saúde dos usuários, os quais demonstraram grande satisfação em poderem circular pelos espaços sociais. Dessa maneira identificaram o CAPS como um serviço que favorece a sua penetração na cidade, contribuindo assim para a sua inclusão social.

Pelos discursos dos usuários, identificou-se de maneira marcante a necessidade que eles sentem de estarem inseridos em uma ocupação geradora de renda, sinalizando dessa maneira para a necessidade de elaboração de estratégias e ações que a Rede deve implementar no sentido de favorecer a inserção dos usuários no universo do trabalho.

Os discursos dos usuários sinalizaram para a Categoria 2 Predominância de preconceito e estigma, apresentando as idéias centrais: existência de preconceito e estigma. Isto sinalizou para a necessidade de intervenção dos serviços que compõem a Rede direcionarem suas ações de maneira intensiva e articulada com os diversos segmentos sociais, no sentido de que estes elaborem estratégias e desenvolvam ações permanentes com o objetivo de superar a cultura manicomial, de preconceito e de estigma vigentes.

Os discursos dos familiares participantes da pesquisa não evidenciaram a CATEGORIA 1 INCLUSÃO SOCIAL e a CATEGORIA 2 PREDOMINÂNCIA DE PRECONCEITO E ESTIGMA. Os discursos dos trabalhadores de saúde não apontaram para a CATEGORIA 2.

A Categoria 3 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE apareceu nos discursos dos trabalhadores de saúde, apresentando às idéias centrais: atuação de equipe multiprofissional; existência de projeto terapêutico; interface da saúde mental com atenção primária; internação em hospital geral.

Os trabalhadores de saúde ressaltaram que um novo cenário é vislumbrado com a implantação da Rede de atenção Psicossocial. Esta foi apontada como adequada para dar respostas mais efetivas às pessoas com TMs e seus familiares.

A Categoria 3 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE foi destacada nos discursos dos usuários, os quais ressaltaram as ações desenvolvidas pelo CAPS Geral II. Quanto às idéias centrais surgiram: garantia da medicação; existência de projeto terapêutico; internação em hospital geral; atuação de equipe multiprofissional; confiança no trabalhador de saúde; melhoria no quadro clínico da doença. Importante ressaltar que apareceram nos discursos dos trabalhadores de saúde, conforme explicitado no desenvolvimento da pesquisa, as seguintes idéias centrais: existência de projeto terapêutico, internação em hospital geral e atuação de equipe multiprofissional,

Os discursos dos familiares a respeito da Rede de atenção psicossocial colocaram em evidência o CAPS Geral II e apontaram para a Categoria 3 COMPROMISSO COM ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE, destacada nos discursos dos trabalhadores de saúde e usuários. Quanto às idéias centrais cita-se: garantia da medicação (contemplada nos discursos dos usuários); atuação de equipe multiprofissional (coincide com trabalhadores de saúde e usuários); atenção domiciliar; melhoria no quadro clínico da doença (ressaltada nos discursos dos usuários).

A atenção domiciliar foi bastante enfatizada nos discursos dos familiares como um recurso de grande relevância no conjunto do tratamento prestado às pessoas com TMs e familiares. Este procedimento foi percebido como favorecedor de esclarecimentos, significando um apoio e uma segurança para as famílias.

Os discursos dos trabalhadores de saúde evidenciaram a Categoria 4 DESAFIOS ENFRENTADOS PELA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. A idéia central aqui foi a necessidade de participação do poder público. Ficou evidente nos discursos dos trabalhadores de saúde a necessidade que a Rede de atenção psicossocial e a Secretaria da Saúde de Sobral têm de articular-se de maneira mais incisiva e permanente com as secretarias da Saúde de outros municípios, visando a construção de estratégias e desenvolvimento de ações para o fortalecimento da participação do poder público de cidades que referenciam os usuários para Sobral, no sentido de fomentar e estimular a criação de uma política de saúde mental nessas cidades.

No terceiro momento, evidenciou-se o eixo (Des) Humanização do Cuidado em Diferentes Dispositivos de Atenção em Saúde Mental: O Caso de Sobral. As categorias emergentes nesse universo foram: Categoria 1 A VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA e Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Os discursos dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares, no que concerne a assistência desenvolvida na Casa de Repouso Guararapes, evidenciaram a Categoria 1 A VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA.

Nos discursos dos trabalhadores de saúde, as idéias centrais destacadas foram: maus tratos, coisificação humana, abandono e violência sexual.

Nos discursos dos usuários, em relação à assistência prestada no hospital Guararapes, surgiram as mesmas idéias centrais dos discursos dos trabalhadores de saúde, acrescentando-se o uso de (ECT). Quando se penetra no cenário da assistência do hospital psiquiátrico Guararapes, o qual era regado predominantemente a maus tratos, abandono, coisificação humana, violência sexual, compreendeu-se que a prática de (ECT) não era realizada de maneira adequada e com fins terapêuticos, e estava mais relacionada a um conteúdo de punição dos usuários assistidos.

Nos discursos dos familiares emergiram as idéias centrais: maus tratos, abandono e coisificação humana, já explicitadas nos discursos dos trabalhadores de saúde e dos usuários. Constatou-se pelos discursos dos participantes da pesquisa que a violência institucionalizada emergiu de maneira implacável, revelando a verdadeira face da assistência oferecida no hospital Guararapes.

Ainda no que concerne à assistência desenvolvida no hospital Guararapes, identificou-se nos discursos dos usuários o surgimento da Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL. Quanto às idéias centrais destacaram-se: falta de responsabilização pelo cuidado e falta de acolhimento.

Constatou-se que a relação da maioria do corpo de trabalhadores de saúde do hospital Guararapes, com os usuários era marcadamente caracterizada falta de responsabilização pelo cuidado e falta de acolhimento. Os usuários enfatizaram a figura do médico como o trabalhador de saúde que estabelecia esse tipo de relação com os usuários. Os usuários não identificaram nos seus cuidadores uma postura profissional caracterizada pelo acolhimento, respeito, atenção, consideração àquele indivíduo que se encontrava internado. A indiferença e a grosseria imperavam implacavelmente, ao usuário não era oferecida uma escuta, um olhar, uma atenção, ou quaisquer esclarecimentos sobre os seus sinais, sintomas e diagnóstico.

Defende-se que se faz necessário a realização de reflexões permanentes acerca da qualidade das ações de saúde às quais são desenvolvidas e ofertadas aos indivíduos pelos serviços de saúde. É indiscutível que tais ações devam estar fundamentadas em aspectos

ético-humanísticos, os quais devem ser entendidos como princípios norteadores da prática dos trabalhadores de saúde.

Os discursos dos trabalhadores de saúde e familiares, no que concerne a assistência prestada no hospital Guararapes e hospital dia não indicaram a Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Por outro lado os discursos dos usuários em relação ao hospital dia apontaram para a Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL. As idéias centrais que emergiram nesse contexto foram: acolhimento e inserção familiar no cuidado.

Constata-se, pelos discursos dos usuários, que os trabalhadores de saúde que atuavam no hospital dia se mostraram sensíveis quanto à necessidade de construir uma relação afetiva com os usuários e com os seus familiares. Esta relação foi considerada positiva e indicativa de uma melhoria na qualidade do cuidado. O estabelecimento do diálogo, a atenção, a escuta, o respeito, o carinho, a dedicação, bem como a valorização da fala dos usuários e familiares, se configuraram aspectos destacados no cerne dessa relação.

Entende-se que a relação que o trabalhador de saúde tem de estabelecer com os usuários e familiares, independente da natureza da modalidade de assistência, deve ser traçada prioritariamente visando a construção do vínculo. Este se configura um aspecto primordial para a adesão e conquista de resultados mais satisfatórios no tratamento. Dessa maneira, não basta somente ao trabalhador de saúde possuir habilidades técnicas específicas, ele tem de considerar a atenção, o respeito, a paciência, a tolerância, a capacidade de escuta como fatores essenciais no contexto do cuidado.

Os usuários participantes da pesquisa sinalizaram que no dispositivo hospital dia houve o advento de um olhar voltado para as suas famílias e isto foi percebido como um procedimento importante e inerente ao tratamento. Eles se mostraram satisfeitos pelo fato de seus familiares receberem uma atenção da equipe de saúde mental.

Pelo conteúdo explicitado pelos usuários, compreende-se que a equipe do hospital dia de Sobral teve a sensibilidade de despertar para a importância de estabelecer uma relação afetiva satisfatória com os usuários e os familiares destes, considerando a inserção do familiar no cuidado dos seus parentes em acompanhamento nesse âmbito da assistência. Os usuários

demonstraram grande satisfação com isto, identificaram a necessidade desse olhar direcionado para as suas famílias, reconhecendo assim o valor e as repercussões desse fato no tratamento.

Colocando-se em proeminência a atenção desenvolvida na Rede de atenção psicossocial, os discursos dos usuários, trabalhadores de saúde e familiares destacaram a atenção desenvolvida no CAPS Geral II, evidenciando-se a Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Os discursos dos usuários, em relação à Categoria 2, apresentaram as idéias centrais: cuidado humanizado e satisfação com infra-estrutura do CAPS.

Os discursos dos usuários apontaram para o cuidado humanizado, enfaticamente colocado como um traço marcante da atenção prestada pelo CAPS. Observa-se também pelos seus discursos, o valor, a simbologia positiva que eles atribuem à infra-estrutura do CAPS, a qual rompe com o cenário de uma clínica ou hospital psiquiátrico. Este fator é importante na medida em que o usuário percebe que a atenção que lhes está sendo prestada se desenvolve em um local considerado bonito, limpo, portanto, um aspecto constitutivo de uma assistência humanizada. Eles comparam o novo espaço com o cenário de um hospital psiquiátrico e logo evidenciam as diferenças.

Os discursos dos trabalhadores de saúde, no tocante à atenção prestada pela Rede, corroboraram com a Categoria 2, evidenciando-se as idéias centrais: inserção familiar no cuidado e acolhimento. Estas corroboraram com as idéias centrais explicitadas anteriormente nos discursos dos usuários em relação ao hospital dia. Os trabalhadores de saúde reconheceram a importância da família no tratamento da pessoa com TM, assinalaram que o trabalho desenvolvido pelo CAPS proporcionou um maior envolvimento da família no tratamento.

É indiscutível que a lógica que deve nortear a prática dos trabalhadores de saúde deve estar fundamentada em princípios humanísticos. Entende-se que a inserção familiar no cuidado e a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário são aspectos prioritários que devem estar presentes no cerne de uma atenção humanizada em saúde mental. Defende-se que o trabalhador de saúde deve investir na relação afetiva com os usuários, e a construção do vínculo terapêutico significa um aspecto primordial para a adesão da pessoa com TM ao tratamento. Os trabalhadores de saúde devem considerar que o familiar é um agente terapêutico fundamental e um importante aliado no tratamento da pessoa com TM, assim buscam considerar e valorizar as suas experiências, os seus saberes, as suas práticas,

estimulando o seu protagonismo para que se tornem sujeitos co-responsáveis na atenção às pessoas com TMs. O envolvimento da família é um dos principais aspectos a serem considerados quando se tem como objetivo primordial a melhoria na qualidade de vida das pessoas com adoecimento mental.

Os discursos dos familiares, concernente à Rede de atenção psicossocial, apontaram para a Categoria 2 TECNOLOGIA DE RELAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, que evidenciou as mesmas idéias centrais presentes nos discursos dos trabalhadores de saúde, ou seja, inserção familiar no cuidado e acolhimento. Houve o reconhecimento de uma relação baseada na atenção, no respeito, na valorização das falas dos usuários e familiares.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. B. et al. **Abordagens psicossociais para pacientes severamente incapacitados (esquizofrenia e demências)**. In: Psicoterapias. Abordagens Atuais. (Org) Aristides Volpato Cordioli. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 493 p.

ALMEIDA, et al (2004). **Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral**. In: COSTA, C. M; FIGUEIREDO, A. C, organizadores. Oficinas terapêuticas em saúde mental. Sujeito, produção e cidadania. Coleções Ipub. Contra capa livraria. Rio de Janeiro, 2004. p. 117 – 133.

ALVES, D. S; e VALENTINI, W. **Mental health policy in Brazil: from dictatorship to democracy.** In: _____. Mental health: global policies and human rights. London/ Whurr Publishers, 2003.

AMARANTE, P. (Org.) **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** 2^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio.** In: FERNANDES, M. I. A .; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs). Fim do século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p.47-53.

AMARANTE, P. **A Constituição do Paradigma Psiquiátrico.** In: Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Coordenado por AMARANTE, P. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. p. 09-22.

AMARANTE, P. **História da Psiquiatria e das Políticas de Saúde mental no Brasil.** In: Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Coordenado por AMARANTE, P. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. p. 25-52.

AMARANTE, P. **Conceitos e dimensões da reforma Psiquiátrica.** In: Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Coordenado por AMARANTE, P. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. p. 57-73.

ARAGÃO, J.M.G.A; MELO.R.M.B. **Hospital dia de. Sobral-CE.** 2000. 20p. mimeografado.

BARROS, M. M. M. A. **Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental.** Curso de Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família (Especialização em Saúde da Família). Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. 2004. 98p.

BASAGLIA, F. **A instituição da violência.** In: AMARANTE, P. (Org). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 91-131.

BASTOS, M. A; JORGE, M. S. B (2002). Terapia Ocupacional no contexto da Reforma Psiquiátrica. In: Construção do saber em saúde coletiva: transição epidemiológica, saúde mental e diversidades. Coleção Saúde Coletiva no Ceará, nº10. Orgs: Marcelo Gurgel Carlos da Silva, Maria Salete Bessa Jorge. INESP EDUECE. 2002. 399p. p.158-173.

BIRMAN, Joel. **Entre cuidado e saber de si:** sobre Foucault e a psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BOTEGA, N.J. **Serviço de Saúde Mental no Hospital Geral,** 1998.

BOTEGA, N. J & DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral:** espaço para o psíquico. 2.ed., São Paulo: Hucitec. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº1.028.** Versão 04/07/05. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**, Secretaria –Executiva de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990 – 2004 5ed. ampl – Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Agravos Notificados**. Brasília: 2003. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br/saude/visao.htm17>. Acesso em: 15/04/05.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001, 128p.

_____, Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – CGSI. Brasília/DF. Dez. 2004. 113ps.

_____, Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados Ano I**, nº 1, maio de 2006. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.169/ GM de 7 de julho de 2005**. mimeo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 2001. Brasília.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p.100 -104.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. **“De Volta Para Casa”**. Manual do Programa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 86p, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003 – 2006. Brasília – DF. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2007. 78p.

_____, Ministério da Saúde. **Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades**. Unidade II. Assis, Simone Gonçalves de (org.). Curso Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: EAD / ENSP, 2007. 244 p.

CORBISIER, C. **A escuta da diferença na emergência psiquiátrica**. In: BEZERRA JÚNIOR; AMARANTE, P. *Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.9-15, 1992.

COSTA, L. et al. **Análise de internamentos psiquiátricos da rede hospitalar pública, contratada e conveniada pelo sistema único de saúde no Ceará**. Aracati: Centro de atenção Psicossocial de Aracati, mimeo, 1997.

CURITIBA. **Manual do Programa de Saúde Mental em Curitiba**: mais atenção para quem precisa. Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba, 5 Nov, 1999.

DALGALARRONDO, P. **Enfermarias de Psiquiatria**. In: *Serviços de saúde mental em hospital geral* (Org) José Neury Botega. Campinas. São Paulo: Papyrus Editora, 1995.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. Estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DESLANDES, S. F. **O Cuidado Humanizado Como Valor e Ethos da Prática em Saúde**. In: *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: O Cuidado como Valor*. Org: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro. p.385 - 395. 2007. 404p.

DUARTE, S. R. **Serviço Residencial terapêutico de Sobral: Um dispositivo de Inclusão Social**. Curso de especialização em saúde mental. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. 2006, 97p.

FILHO, J. M. **Concepção psicossomática – visão atual**. Ed: Tempo brasileiro. São Paulo. Casa do Psicólogo. 9ª ed. 2002. 257 p.

FONTES, Wilma Dias de. **Promoção da saúde e empowerment da mulher**. Modelo metodológico de pesquisar-cuidar. Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível doutorado, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. 2001.114p.

FORTES, P. A. de C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomando de decisão, autonomia e direito do paciente - estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FORUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. **Eletrochoque a seco em Barbacena**: Derrota da ética. In: *A Instituição Sinistra. Mortes Violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil*. Coletânea de Relatos de Mortes de Internos em Hospitais psiquiátricos. (Org) Marcus Vinícius de Oliveira Silva. Conselho Federal de Psicologia. Brasília. 1ª ed. p. 223-284. 2001.

FUREGATO, A R. F. et al. **O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental**. *Texto Contexto Enferm. Enfermagem, Saúde e meio ambiente*. set/dez; 11(3):51-6. Ribeirão Preto, São Paulo. 2002.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método**. Petrópolis, Vozes, 1997.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

JORGE, M. R; FRANÇA, J. M. F. **A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma na Assistência Psiquiátrica no Brasil**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23(1): 3-6. 2001.

JORGE, M. A. S; ALENCAR, P. S. S. A; BELMONTE, P. R; REIS. V. L. M. **Textos de apoio em Saúde mental**. (Organização): Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Série Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 242 p.

JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE. Caso Damião Ximenes Lopes. Fortaleza-Ceará. 19 de agosto de 2006. CIDADE. P.11.

JORNAL O POVO. Ciência & Saúde. Bicho de sete cabeças. Fortaleza-Ceará. 03 a 09 de setembro de 2006. P.05.

KUNKEL, M. B. **Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o sus**. In: Tempo de Inovações: A Experiência da Gestão na Saúde do Rio Grande do Sul. (Orgs): Alcindo Antônio Ferla e Sandra Maria Sales Fagundes. Coleção Escola de Gestão. Dacasa Editora. Porto Alegre, 2002. 224 p.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C; TEIXEIRA, J. J. V. O discurso do sujeito coletivo: Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul, RS: Educs, 2000. 138p.

LEFÈVRE, F, LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa(desdobramento)**. 2 Ed, Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2^a ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002. 290 p.

LEVAV I; GONZALEZ V.R. **Rights of persons with mental illness in Central América**. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101: 83:86, 2000.

LINS, C. B. A . **Hospital dia, Subjetividade e relações de poder: um estudo de caso**. Http: //www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/5.60.1htm. Acessado em: 14 de março de 2006.

LOUZÃ NETO, M. R. **Convivendo com a esquizofrenia: guia para pacientes e familiares**. 2^a ed. São Paulo: Lemos Editorial. 1996.

MALDONADO, M.T; CANELLA, P. **A Relação médico-cliente em Ginecologia e Obstetrícia**. Livraria Atheneu. Rio de Janeiro. São Paulo. 1981. 239 p.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

MERHY, E.E. Saúde: **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec: 2002.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do

cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, O . C. L. Org. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Editora Hucitec: 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde, 3^a ed. São Paulo. Hucitec. 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9^o edição revista e aprimorada, São Paulo. Hucitec. 2006.

MOURA FÉ, NILSON DE. **Internação Psiquiátrica e Desospitalização**. Trabalho escrito em outubro de 1997 para apresentação à CASSI de Fortaleza-CE, como justificativa técnica para implementação do Programa Porta de Entrada, em Fortaleza-CE. Mimeo.

MOURA FÉ, NILSON DE. **Evolução da reforma psiquiátrica no Ceará**. Conferência apresentada na abertura da III Jornada de Saúde Mental de Cascavel, realizada nos dias 27, 28 e 29 de Maio de 2004.

MOURA FÉ, NILSON DE. **Saúde Mental em Saúde Pública**. Trabalho Apresentado Durante a 1^a Jornada de Saúde Mental em Saúde Pública, Realizada em Sobral-Ce, Em 13 de 02 de 1996. Mimeo.

MOURA FÉ, NILSON DE. **Os lares e as visitas**. Trabalho apresentado durante o I Encontro de CAPS NAPS do Nordeste e o I Encontro de Alternativas em Saúde Mental do Nordeste realizado em Quixadá-CE. 29 a 31 de 1996.

MOURA FÉ, NILSON DE. **Ressocialização psiquiátrica em saúde pública**. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. Trabalho apresentado durante o II Seminário maranhense de Oficinas Terapêuticas realizado em São Luis-Maranhão, dias 3 e 4-6-1998. Volume 3. n^o 1. 3(1): 27-30, 1999. Editora Científica Nacional Ltda. São Paulo.

MONTEIRO, C. B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. Relato de experiência. **Esc. Anna Nery. Rev.Enfermagem**. 2006 dez, 10(4):735 – 9.

MONTEIRO, A . R.M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do hospital dia- estudo de caso. *Ver.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n.6, p.20-26, dezembro 2000.

MORENO, V & ALENCASTRE, M.B. **A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental**: estudo de caso. *Acta Asientiarum. Health Sciences*. Maringá, v.26, n^o 1, p.175-181, 2004.

NUNES JÚNIOR, A . T. **A pré-compreensão e a compreensão na experiência hermenêutica**. *Jus Navigandi*, Teresina ano 7, n.62, fev.2003. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3711>. Acesso em 10: abr. 2008.

ODA, A M.G.R. BANZATO, E. M; CONTEL, J. O. B. **Hospital Dia**. In: *Serviços de saúde mental em hospital geral (Org) José Neury Botega*. Campinas. São Paulo: Papyrus Editora, 1995. P.83-95.

OLIVEIRA, M. M.B; JORGE, M. S. B. **Doente mental e sua relação com a família.** In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 5/ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 4, São Paulo, 1999. *Anais.* São Paulo, 1999, Scala, 1999. p.379-388.

OLIVEIRA, A.T. SOUSA, A.M.A. **A percepção do familiar sobre a pessoa com transtorno esquizofrênico.** In: FRAGA, M.N.O *et al.* Políticas de saúde, saúde mental e interdisciplinaridade: avaliação e métodos. Pós-graduação DENF/UFC/FFOE. FCPC: Fortaleza. 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Uso racional de medicamentos psicotrópicos em los países del Cono Sur: informe final.** Washington: OPAS, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** World Health Organization. Suíça, 2001. 173 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil.** Problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP, 1994.

PEREIRA, A. A; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura: saúde mental e saúde da família**, 2^aed., nº 7, P.167-197. São Paulo: Hucitec, 2001.

PEREIRA. M. F. **Damião – Um grito de Socorro e Solidão.** In: A Instituição Sinistra. Mortes Violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil. Coletânea de Relatos de Mortes de Internos em Hospitais psiquiátricos. (Org) Marcus Vinícius de Oliveira Silva. Conselho Federal de Psicologia. Brasília. 1^a ed. 2001. p.115-222.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

RABELO, M. C. M. et al. Signos, significados e práticas relativos à saúde mental. In: **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 1999. 264p.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil/Uma Visão Histórica. In **Cidadania e Loucura/Políticas de Saúde Mental no Brasil**, organizado por Silvério TUNDIS e Nilson COSTA. Petrópolis: Vozes, 1994, 288p.

SÁ, R.A.R; **Re (Habilitação psicossocial: um enfoque dessa prática na Rede de Atenção Integral à saúde mental de Sobral-CE).** Curso de especialização em saúde mental. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. 2006. 74 p.

SÁ, R. A. R. **Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral.** 2008. Mimeografado.

SALAZAR, A. L; GROU, K. B; SAMPAIO, L; SCHEFFER, M. **Medicamento: um direito essencial.** Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp); Conselho

Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP); Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). São Paulo. 2006. 78p.

SAMPAIO, J. J. C; BARROSO, C. M. C. Manual de organização de Centro de Atenção Psicossocial Generalista (**Quixadá-1994; Sobral-2001**).

SAMPAIO, J. J. C; BARROSO, C. M. C. **A melhora clínica ou a cura em psiquiatria**. Saúde Mental no Interior. Texto complementar para treinamento de profissionais de CAPS e PSF. Escola de Saúde Pública. Área Saúde Mental. Quixadá. 1997. Mimeo.

SAMPAIO, J. J. C; BARROSO, C. M. C. Psicoses. **Uma abordagem psicossocial em saúde mental**. Texto complementar para treinamento de profissionais de CAPS e PSF. Escola de Saúde Pública. Área Saúde Mental. Quixadá. 1997. Mimeo.

SAMPAIO, J. J. C; BARROSO, C. M. C. **Sugestões de Normas Básicas para o primeiro atendimento ao doente mental**. Texto complementar para treinamento de profissionais de CAPS e PSF. Escola de Saúde Pública. Área Saúde Mental. Quixadá. 1997. Mimeo.

SAMPAIO, J. J. C. **Política de Saúde Mental de Sobral/Ce**. Proposta (maio de 1999). Mimeografado.

SAMPAIO, José Jackson Coelho e BARROSO, Carlos Magno Cordeiro. **Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará**. In JATENE, A.; LANCETTI, Antonio . et al., Saúde Loucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 199-219.

SAMPAIO, J. J. C. **Os Centros de Atenção Psicossocial no Ceará**. (1998). Mimeografado.

SAMPAIO, J. J. C. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil/A Sobrevivência do Asilo e Outros Destinos Possíveis**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, 1988.

SAMPAIO, J. J. C, MOURA-FÉ, Nilson de & SANTOS, Antônio W. G. dos - **Projeto de Lei Paulo Delgado/Um Instrumento da Luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Encaminhado para publicação na Revista Informação Psiquiátrica, Rio de Janeiro, 1997.

SANFORD, Fátima de Maria S. **Convivendo com a loucura**: as representações sociais dos líderes comunitários. 2000. 101 p. dissertação (mestrado em enfermagem). Programa de Pós-graduação. Universidade Federal do Ceará, 2000.

SANTOS, N. S. et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista Psicologia ciência e profissão**, 20 (4), 46-53, 2000.

SANTOS, A. M; et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1):75-85, jan, 2007**.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial:uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. **Questões abertas em Psicofarmacologia Clínica**. In: RUSSO, J. & FERREIRA, J. (Orgs.). Duzentos Anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

SARACENO, B. *et al.* **Manual de saúde mental.** (Saúdeloucura-Textos9). (Org) Antônio Lancetti. 2ª. ed. Editora Hucitec. São Paulo. 1997. 83p.

SCHENE AH, LIESHOUT PAHV, MASTBOOM JCM. **Different types of partial hospitalization programs:** results of a nationwide survey in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*, 1988;78: 515-22.

SILVA, M.V.O. **A Instituição Sinistra.** Mortes Violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil. Coletânea de Relatos de Mortes de Internos em Hospitais psiquiátricos. (Org) Marcus Vinícius de Oliveira Silva. Conselho Federal de **Psicologia. Brasília. 1ª ed. 2001. 398 p.**

SILVA, A L. A C; FONSECA, R. M. G. S. **Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados.** 2003. Disponível em: <<http://www.usp.br/riaenf>, Acesso em 07 de julho de 2006.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. **Secretaria da Saúde e Ação Social.** Núcleo de Comunicação e Arte da EFSFVS. 2007. Mimeografado.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. **Secretaria de Ação Social e Saúde.** Relatório de gestão (1997 – 2004), Sobral, 2004. 150 p.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. **Proposta para Implantação da Rede Municipal de Assistência à Saúde Mental,** mimeo, 1999.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Projeto Técnico do CAPS Geral II.** 2008. Mimeografado.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral, Coordenação Municipal de Controle e Avaliação, Sistema Municipal de Auditoria, **Relatório de sindicância referente ao processo 002/99,** Sobral – CE, 2000.

SOIFER, R. **Psicodinamismos de família com crianças:** terapia familiar com técnicas de jogo. Petrópolis: Vozes, 1982.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados.** 3ª edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2002. 835 p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo. Hucitec, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Psychoactive Drugs: improving prescribing practices.** Geneva: WHO, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA PARA USUÁRIOS DO CAPS
GERAL II DAMIÃO XIMENES LOPES**

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: _____

Naturalidade: _____

Sexo: _____

Grau de escolaridade:

- não sabe ler e escrever
- alfabetizado
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- ensino superior
- especialização/mestrado

Ocupação atual:

- Professor
 - Funcionário Público
 - Serviços gerais
 - Serviços de Informática
 - Agricultor(a)
 - Profissional liberal
 - Autônomo
 - Estudante
 - Comerciante
 - Aposentado
 - Desempregado
 - Sem ocupação
 - Outros
-

Estado civil:

- solteiro(a) casado(a) desquitado(a)
- outros: _____

Renda Familiar:

- () Menos de um salário mínimo
- () Um salário mínimo
- () Mais de um salário mínimo
- () Mais de 05 salários mínimo
- () Outros _____

Diagnóstico:

-
- 2) Qual a sua opinião sobre a assistência psiquiátrica (tratamento para doentes mentais) prestada antigamente (no passado) no hospital Guararapes(hospital Dr. Remo) e hospital dia em Sobral-CE?
 - 3) E agora, me fale um pouco sobre o tratamento atual oferecido na Rede de saúde mental:
 - 4) Destaque outros aspectos sobre a assistência prestada no hospital Guararapes (hospital Dr. Remo) e hospital dia e a atenção desenvolvida pela Rede de saúde mental que foi instalada em Sobral-CE?

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA PARA FAMILIARES DE
USUÁRIOS DO CAPS GERAL II DAMIÃO XIMENES LOPES****1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Idade: _____

Sexo: _____

Grau de parentesco: _____

Grau de escolaridade:

- não sabe ler ou escrever
- alfabetizado
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- ensino superior
- especialização/mestrado

Ocupação:

- Professor
 - Funcionário Público
 - Serviços gerais
 - Serviços de Informática
 - Profissional liberal
 - Autônomo
 - Estudante
 - Agricultor(a)
 - Comerciante
 - Aposentado
 - Desempregado
 - Sem ocupação
 - Outros
-

Estado civil:

- solteiro(a) casado(a) desquitado(a)
- outros: _____

Renda Familiar:

- () Menos de um salário mínimo
- () Um salário mínimo
- () Mais de um salário mínimo
- () Mais de 05 salários mínimo
- () Outros _____

Quando seu familiar apresentou a 1ª crise ? _____

- 2) Qual a sua opinião sobre a assistência psiquiátrica (tratamento para doentes mentais) prestada antigamente (no passado) no hospital Guararapes (hospital Dr. Remo) e hospital dia em Sobral-CE?
- 3) E agora, me fale um pouco sobre o tratamento atual oferecido na Rede de saúde mental:
- 4) Destaque outros aspectos sobre a assistência prestada no hospital Guararapes (hospital Dr. Remo) e hospital dia e a atenção desenvolvida pela Rede de saúde mental que foi instalada em Sobral-CE?

APÊNDICE C

ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA PARA OS TRABALHADORES DE SAÚDE

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: _____

Sexo: _____

Estado civil:

() solteiro(a) () casado(a) () desquitado(a)

() outros: _____

Formação e área de atuação em Sobral-CE:

Qualificações mais significativas:

Em que período atuou ou atua em Sobral-CE e qual o seu envolvimento com a Saúde Mental?

2) Descreva sua concepção sobre a assistência psiquiátrica implementada em Sobral-CE nas últimas décadas até 1997:

3) Qual a sua opinião sobre a atual Rede de Atenção Psicossocial de Sobral-CE)?

4) Destaque outros aspectos sobre a assistência prestada na Casa de Repouso Guararapes (hospital Dr. Remo) e hospital dia e a atenção desenvolvida pela Rede de Atenção Psicossocial que foi instalada em Sobral-CE?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DO CAPS GERAL II DAMIÃO XIMENES LOPES

Prezado (a) Senhor (a):

Sou Terapeuta Ocupacional e aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE. E, aqui no Centro de Atenção

Psicossocial – CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes está desenvolvendo um estudo para compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, seus respectivos familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de Atenção Psicossocial de Sobral-CE.

Solicito sua colaboração na participação da pesquisa respondendo a uma entrevista contendo questões sobre o seu entendimento a respeito do tratamento oferecido no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes (hospital Dr. Remo), Hospital Dia e na atual Rede de saúde mental de Sobral - CE.

Nesta entrevista eu conversarei sobre vários assuntos, como por exemplo: sua opinião sobre a assistência psiquiátrica (para doentes mentais) prestada no hospital Guararapes (hospital Dr. Remo), hospital dia em Sobral-CE, sua opinião sobre o tratamento atual oferecido na Rede de saúde mental, seu grau de escolaridade, seu estado civil, sua ocupação atual. Assim, essa entrevista poderá durar até aproximadamente meia hora, e para não perder nenhuma informação que o senhor (a) falar também peço sua autorização para gravá-la.

Gostaria de deixar claro ao senhor (a), que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangido (a), envergonhado (a), durante essa nossa entrevista, o senhor (a) tem o direito de pedir para interrompê-la, sem causar qualquer mudança no seu atendimento. Ou mesmo, se não aceitar participar do estudo, o senhor (a) será atendido (a) normalmente nos serviços que compõem a Rede de atenção psicossocial.

As informações obtidas nessa entrevista serão somadas com as informações que outros usuários me transmitirão e farão parte do meu trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, sempre respeitando o caráter confidencial de seu nome. Pretendo com essa pesquisa, compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de Saúde Mental de Sobral-CE.

Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da atenção prestada às pessoas com transtornos mentais.
- Responder a esta entrevista não trará nenhum risco para você ou para seus familiares. Entretanto, caso se sinta constrangido (a) em responder alguma pergunta, interromperemos a mesma.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Rua Dr. Guarani, 1138, Boulevard do Arco, Bairro: Centro, telefone: 88 – 3611-7548.
- Caso queira reclamar sobre esse trabalho, poderá dirigir-se pessoalmente à Coordenação da Rede de Saúde Mental do Município ou à Coordenação do CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, ou fazê-lo por escrito e entregar na sede do CAPS Geral II. Em fase a estes motivos, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de

convivência, familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e a atual Rede de Saúde Mental em Sobral-CE, cujo título é: **PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL - CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares**, realizado pela pesquisadora Márcia Maria Mont' Alverne de Barros, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista, e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do familiar responsável:

Assinatura do (a) usuário:

1ª. via pesquisadora 2ª. via usuário

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS GERAL II DAMIÃO XIMES LOPES

Prezado (a) Senhor (a):

Sou Terapeuta Ocupacional e aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE. E, aqui no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes estou desenvolvendo um estudo para compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, seus respectivos familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de Atenção Psicossocial de Sobral-CE.

Solicito sua colaboração na participação da pesquisa respondendo a uma entrevista contendo questões sobre o seu entendimento a respeito do tratamento oferecido no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes (hospital Dr. Remo), Hospital Dia e na atual Rede de saúde mental de Sobral - CE.

Nesta entrevista eu conversarei sobre vários assuntos, como por exemplo: sua opinião sobre a assistência psiquiátrica (para doentes mentais) prestada no hospital Guararapes – Dr. Remo e hospital dia em Sobral-CE, sua opinião sobre o tratamento oferecido na atual Rede de saúde mental, seu grau de escolaridade, seu estado civil, sua ocupação atual. Assim, esta entrevista poderá durar até aproximadamente meia hora, e para não perder nenhum dado que o senhor (a) falar também peço sua autorização para gravá-la.

Gostaria de deixar claro ao senhor (a), que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangido (a), envergonhado (a), durante essa nossa entrevista, o senhor (a) tem o direito de pedir para interrompê-la, sem causar qualquer mudança no seu atendimento. Ou mesmo, se não aceitar participar do estudo, o senhor (a) será atendido (a) normalmente nos serviços que compõem a Rede de Saúde Mental.

As informações obtidas nesta entrevista serão somadas com as informações que os outros familiares de usuários me falarem e farão parte do meu trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, sempre respeitando o caráter confidencial de seu nome. Pretendo com esta pesquisa, compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de atenção psicossocial de Sobral-CE.

Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da atenção prestada às pessoas com transtornos mentais.
- Responder a esta entrevista não trará nenhum risco para você ou para seus familiares. Entretanto, caso se sinta constrangido (a) em responder alguma pergunta, interromperemos a mesma.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Rua Dr. Guarani, 1138, Boulevard do Arco, Bairro: Centro, telefone: 88 – 3611- 7548.

Caso queira reclamar sobre esse trabalho, poderá dirigir-se pessoalmente à Coordenação da Rede de Saúde Mental do Município ou à Coordenação do CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, ou fazê-lo por escrito e entregar na sede do CAPS Geral II. Em fase a estes motivos, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitocêntrico e na atual Rede de atenção psicossocial de Sobral-CE, cujo título é:

PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL - CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista, e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do familiar responsável:

1^a. via pesquisadora 2^a. via familiar

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRABALHADORES DE SAÚDE

Sou Terapeuta Ocupacional e aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE. E no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como foco: **PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL - CE: O Discurso do Sujeito**

Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares. A presente pesquisa tem como objetivo: compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, seus respectivos familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de Atenção Psicossocial de Sobral-CE. Desenvolvida e articulada em diferentes etapas, utilizará métodos de pesquisa (qualitativo), técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de dado e informação a ser coletada. As informações serão obtidas mediante a aplicação de entrevista.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes da pesquisa, salientando que as informações serão sigilosas, e que não haverá divulgação personalizada das informações.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores da saúde, a fim de criar políticas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da pesquisa: Márcia Maria Mont' Alverne de Barros. Tel. (88) 3611.7548.

Sobral, / /2008.

Assinatura do Trabalhador de Saúde

Assinatura do Pesquisador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
PESQUISA: PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL - CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa **PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL - CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares, de forma livre e esclarecida.**

Sobral, / /2008.

Ass. do Pesquisador: _____

APÊNDICE G**SOLICITAÇÃO DE PERMISSÃO À COORDENAÇÃO DO CAPS GERAL II
DAMIÃO XIMENES LOPES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE – Centro de Atenção Psicossocial – CAPS
Geral II Damião Ximenes Lopes

Solicito permissão de Vossa Senhoria para que a Terapeuta Ocupacional, mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE desenvolva na referida instituição pesquisa com o seguinte objetivo:

compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, seus respectivos familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de Atenção Psicossocial de Sobral-CE.

Esclareço que a coleta das informações está prevista para o período de janeiro a fevereiro de 2008, e os participantes da pesquisa serão: os usuários com transtornos mentais (em tratamento intensivo no CAPS Geral II e em acompanhamento no grupo de convivência), seus familiares e trabalhadores de saúde com histórico de inserção no modelo hospitalocêntrico e na Rede de atenção psicossocial, bem como aqueles trabalhadores de saúde observadores ativos que acompanharam o processo de cuidado oferecido tanto no modelo hospitalocêntrico como na atual Rede de atenção psicossocial.

Informo ainda que serão respeitados os princípios éticos prescritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde que trata de pesquisa envolvendo direta e indiretamente seres humanos. Seguirei as orientações quanto à garantia da beneficência, autonomia e justiça dos envolvidos no estudo.

Sobral, 20 de dezembro de 2007.

Atenciosamente,

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

Dados da pesquisadora: Terapeuta Ocupacional do CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes/
Sobral-CE

Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE

Telefone: 088 9617-3726/ 088 36117548 - E-mail: marcia_mab@hotmail.com

APÊNDICE H

SOLICITAÇÃO DE PERMISSÃO À COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SOBRAL -CE PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA NO CAPS GERAL II DAMIÃO XIMENES LOPES

Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE – Coordenação da Rede de Atenção
Psicossocial de Sobral-CE

Solicito permissão de Vossa Senhoria para que a Terapeuta Ocupacional, mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE desenvolva na referida instituição pesquisa com o seguinte objetivo: Compreender as concepções das pessoas com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, seus respectivos familiares e trabalhadores de saúde sobre a assistência psiquiátrica oferecida no modelo hospitalocêntrico e na atual Rede de Atenção Psicossocial de Sobral-CE.

Esclareço que a coleta das informações está prevista para o período de janeiro a fevereiro de 2008, e os participantes da pesquisa serão: os usuários com transtornos mentais, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, seus familiares e os trabalhadores de saúde com histórico de inserção no modelo hospitalocêntrico e na Rede de atenção psicossocial, bem como aqueles trabalhadores de saúde, observadores ativos que acompanharam o processo de cuidado oferecido tanto no modelo hospitalocêntrico como na atual Rede. Informo ainda que serão respeitados os princípios éticos prescritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde que trata de pesquisa envolvendo direta e indiretamente seres humanos. Seguirei as orientações quanto à garantia da beneficência, autonomia e justiça dos envolvidos no estudo.

Sobral, 20 de dezembro de 2007.

Atenciosamente,

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

Dados da pesquisadora: Terapeuta Ocupacional do CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes/Sobral-CE , Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE
Telefone: 088 9617-3726/ 088 36117548 E-mail: marcia_mab@hotmail.com

APÊNDICE I

CARTÃO DE AGENDAMENTO DA ENTREVISTA

PESQUISA: PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL - CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares

PESQUISADORA: Márcia Maria Mont' Alverne de Barros

DIA: _____

LOCAL: _____

HORÁRIO: _____

APÊNDICE J

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO (IAD) PARA ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

TABULAÇÃO DAS INFORMAÇÕES – IAD - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO

1) Qual a sua opinião sobre a assistência psiquiátrica (tratamento para doentes mentais) prestada antigamente (no passado) no hospital Guararapes – hospital Dr. Remo e hospital dia em Sobral-CE?

TABELA A – TEMÁTICA I – USUÁRIOS COM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO NA CASA DE REPOUSO GUARARAPES

DISCURSOS INDIVIDUAIS	EXPRESSÕES CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS(sentido)	ANCORAGEM (teoria /ideologia)
T1-Usuário1 - <u>Eu ficava internado de meses no hospital Guararapes. Os médicos só passavam remédio pros paciente, sem dá alta. Os pacientes era mal tratado pelos auxiliares de enfermagem que fazia maus tratos. Tratava os paciente como quem trata de animal, na pancada, à força, com ignorância. Colocavam os paciente no pátio sujo, não tinha conforto de nada dentro do hospital, tratava os paciente como bichos. Colocava os paciente agressivo junto com os que não era agressivo. Os agressivo em crise, faltava matar os outros pacientes de péia e isso era só o que acontecia. Os paciente ficava só no abandono. Os pacientes era desprezado, nós não tinha atenção de nada. Os auxiliares de enfermeiro batia na cara dos paciente, amarrava, fazia contenção, colocava no isolamento. Tinha um vigia perverso que açoitava, e maltratava os pacientes, oo pessoal do hospital fazia vista</u>	<u>A Eu ficava internado de meses no hospital Guararapes.</u> <u>A Era uma agonia muito grande ficar tanto tempo preso, eu contava os dias pra sair. Batia um desespero muito grande.</u> <u>E Eu era muito abandonado pela minha família. Meu pai, minha mãe não queria nem saber de mim dentro de casa,</u>	<u>A Internação de Longa duração</u> <u>A Internação de Longa duração</u> <u>E Exclusão pela família</u>	

<p><u>grossa. Os médicos nem olhava pra cara da gente, só fazia mandar tacar injeção na gente pra nós ficar impregnado. Era uma agonia muito grande ficar tanto tempo preso naquele hospital, eu contava os dias pra sair dali, só tinha muito isolamento, sofrimento. Batia um desespero muito grande. Eu era muito abandonado pela minha família, ninguém queria saber de mim. Meu pai, minha mãe não queria nem saber de mim dentro de casa, dizem que é porque eu era muito agressivo.</u></p>	<p><u>dizem que é porque eu era muito agressivo.</u></p>		
<p>T1-Usuário 2 – (...) <u>Me deixavam no Guararapes e eu ficava de meses a fio naquele inferno. Fiquei sendo internado direto mais de cinco anos, ficava mais tempo no hospital do que em casa, não via a hora sair daquele inferno (...)</u></p>	<p>A <u>Me deixavam no Guararapes e eu ficava de meses a fio naquele inferno.</u></p> <p>A <u>Fiquei sendo internado direto mais de cinco anos, ficava mais tempo no hospital do que em casa, não via a hora sair daquele inferno.</u></p>	<p>E Exclusão pela família</p> <p>A Internação de Longa duração</p>	
<p>T1-Usuário 3 – (...) <u>As família falava que era pra minha recuperação. Às vezes eu acho que eu não precisava ficar tanto tempo internado, mas diziam que eu tinha que ficar internado até ficar com a saúde melhor. Eu achava horrível aquelas internação demorada (...)</u></p>	<p>E <u>As família falava que era pra minha recuperação. Às vezes eu acho que eu não precisava ficar tanto tempo internado, mas diziam que eu tinha que ficar internado até ficar com a saúde melhor.</u></p> <p>A <u>Eu achava horrível aquelas internação demorada.</u></p>	<p>E Exclusão pela família</p> <p>A Internação de Longa duração</p>	

<p>T1–Usuário 4 - (...) <u>o povo lá de casa me abandonava, queria só que eu ficasse no hospital Guararapes (...)</u> <u>Pode até dizer que morei no Guararapes por um monte de tempo. Era uns internamentos demorado (...).</u></p>	<p><u>E o povo lá de casa me abandonava, queria só que eu ficasse no hospital Guararapes</u></p> <p>A <u>Pode até dizer que morei no Guararapes por um monte de tempo. Era uns internamentos demorado</u></p>	<p>E Exclusão pela família</p> <p>A Internação de Longa duração</p>	
<p>T1–Usuário 5 - Não apresenta histórico de internação na Casa de Repouso Guararapes</p>			
<p>T1–Usuário 6 – Não relatou sobre exclusão pela família ou longas internações</p>			
<p>T1–Usuário 7 - Não relatou sobre exclusão pela família ou longas internações</p>			
<p>T1–Usuário 8 - Não relatou sobre exclusão pela família ou longas internações</p>			
<p>T1–Usuário 9 - Não relatou sobre exclusão pela família ou longas internações</p>			
<p>T1–Usuário 10 - Não relatou sobre exclusão pela família ou longas internações</p>			

**TABELA B – USUÁRIOS – TEMÁTICA 1 -
USUÁRIOS COM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO NA CASA DE REPOUSO GUARARAPES**

<u>IDÉIA CENTRAL SÍNTESE= CATEGORIA</u>	<u>EXPRESSÕES CHAVES (TODAS)</u>	<u>DSC</u>
<p>LEGITIMAÇÃO DA INTERNAÇÃO PELA FAMÍLIA</p> <p>Idéias Centrais:</p> <p>A Internação de Longa duração</p> <p>E Exclusão pela família</p>	<p>A <u>Eu ficava internado de meses no hospital Guararapes.</u></p> <p>A <u>Era uma agonia muito grande ficar tanto tempo preso, eu contava os dias pra sair. Batia um desespero muito grande.</u></p> <p>E <u>Eu era muito abandonado pela minha família. Meu pai, minha mãe não queria nem saber de mim dentro de casa, dizem que é porque eu era muito agressivo.</u></p> <p>A <u>Me deixavam no Guararapes e eu ficava de meses a fio naquele inferno.</u></p> <p>A <u>Fiquei sendo internado direto mais de cinco anos, ficava mais tempo no hospital do que em casa, não via a hora sair daquele inferno.</u></p> <p>E <u>As família falava que era pra minha recuperação. Às vezes eu acho que eu não precisava ficar tanto tempo internado, mas diziam que eu tinha que ficar internado até ficar com a saúde melhor.</u></p>	<p>DSC - Eu ficava internado de meses no hospital Guararapes. Era uma agonia muito grande ficar tanto tempo preso, eu contava os dias pra sair. Batia um desespero muito grande. Eu era muito abandonado pela minha família, meu pai, minha mãe nem queria saber de mim dentro de casa, dizem que é porque eu era muito agressivo. Me deixavam no Guararapes e eu ficava de meses a fio naquele inferno. Fiquei sendo internado direto mais de cinco anos, ficava mais tempo no hospital do que em casa, não via a hora sair daquele inferno. As família falava que era pra minha recuperação. Às vezes eu acho que eu não precisava ficar tanto tempo internado, mas diziam que eu tinha que ficar internado até ficar com a saúde melhor. Eu achava horrível aquelas internação demorada.</p>

	<p>A <u>Eu achava horrível aquelas internação demorada.</u></p> <p>E O povo lá de casa me abandonava, queria só que eu ficasse no hospital Guararapes (Já contemplado)</p> <p>A Pode até dizer que morei no Guararapes por um monte de tempo. Era uns internamentos demorado (Já contemplado)</p>	
--	---	--