



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JEANINE MARIA SOBRAL NUNES

A PROBLEMÁTICA IMPLANTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM
FORTALEZA, CEARÁ: A REFORMA QUE SE PENSA, A REFORMA QUE SE FAZ.

FORTALEZA- CEARÁ
2015

JEANINE MARIA SOBRAL NUNES

A PROBLEMÁTICA IMPLANTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM
FORTALEZA, CEARÁ: A REFORMA QUE SE PENSA, A REFORMA QUE SE FAZ.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

FORTALEZA- CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Nunes, Jeanine Maria Sobral.

A problemática implantação da reforma psiquiátrica em Fortaleza, Ceará: a reforma que se pensa, a reforma que se faz. [recurso eletrônico] / Jeanine Maria Sobral Nunes. 2015 .

1 CD-ROM: il.; 4 1/2 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 168 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) 1/2 Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de PÓS-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015 .

Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

1. política de saúde mental. 2. reforma psiquiátrica. 3. atenção psicossocial. I. Título.



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

FOLHA DE AVALIAÇÃO

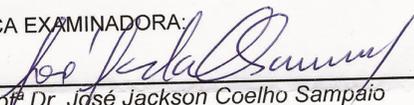
Título da dissertação: **"A Problemática implantação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza, Ceará: a reforma que se pensa, a reforma que se faz"**.

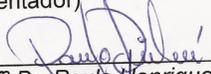
Nome da Mestranda: **Jeanine Maria Sobral Nunes**

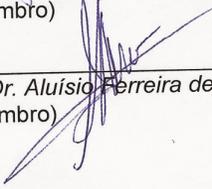
Nome do Orientador: **Profº Dr. José Jackson Coelho Sampaio**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:


Profº Dr. José Jackson Coelho Sampaio
(Orientador)


Profº Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé
(1º membro)


Profº Dr. Aluísio Ferreira de Lima
(2º membro)

Data da defesa: 08/04/2015.

*A cada usuário, trabalhador, familiar e gestor empenhados em
transformar vidas no direito justo à cidadania.*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor e Orientador Jackson Sampaio por seu tempo, cuidado e parceria em suas sempre provocantes e brilhantes colocações. Seu olhar transparente e profundo foram luz para a minha visão escura e turva, que instigava e, ao mesmo tempo, esclarecia o meu percurso na aventura pela busca do conhecimento.

Ao meu amor e parceiro Wilson Braga por toda a sua paciência, companheirismo, cumplicidade nesse percurso, juntamente com a nossa mais linda criação de vida, Ísis, que está a caminho e à minha companheira e fiel escudeira Zara onde sua cumplicidade e amor incondicional tanto me tem ensinado.

Aos meus demais familiares, meus pilares para o que me torno como pessoa, juntamente com os amigos incentivadores.

À querida amiga, professora, Marilac Alencar, fundamental em vários momentos em todo o meu caminhar.

Aos meus colegas de estudo e professores que muito contribuem com o meu pensar.

À Maria e seu cafezinho, Cláudia, Patrícia e D. Fátima que sempre acolheram e assessoraram na secretaria do mestrado com muito carinho.

À banca composta na qualificação e defesa pelos Professores Doutores Erasmo Miessa Ruiz, Alúcio Ferreira de Lima e Paulo Henrique Dias Quinderé pelo aceite e fundamentais contribuições para a realização desse trabalho.

Ao colega Marcos Daniel por sua disponibilidade e ajuda no trabalho de campo.

A todos os usuários, trabalhadores, familiares que compõem o território, sem os quais este trabalho não faria sentido.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela bolsa de estudos, fundamental para custear essa pesquisa.

E a todos aqueles que mesmo distantes mantêm a torcida para que eu realize sonhos.

E Zaratustra falava assim ao povo:
"É tempo que o homem tenha um objetivo.
É tempo que o homem cultive o germe
da sua mais elevada esperança.

...

Eu vô-lo digo: é preciso ter um caos
dentro de si para dar à luz uma estrela cintilante.

...

Trabalha-se ainda porque o trabalho é
uma distração; mas faz-se de modo
que a distração não debilite.

...

Nenhum pastor, e só um rebanho!
Todos querem o mesmo, todos são
iguais: o que pensa de outro modo
tende a ir para o manicômio.

"Noutro tempo toda a gente era doida" –
dizem os perspicazes, e reviram os olhos.

É-se prudente, e está-se a par do que
acontece: desta maneira pode-se
zombar sem cessar.

...

Não falta um pouco de prazer para o dia
e um pouco de prazer para a noite; mas
respeita-se a saúde.

...

Aqui acabou o discurso de Zaratustra –
que também se chama preâmbulo –
porque neste ponto foi interrompido
pelos gritos e pelo alvoroço da multidão.

(Assim Falou Zaratustra - Nietzsche)

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a lógica da implantação do modelo de atenção psicossocial territorial que torna possível sua dominação por características do modelo psiquiátrico hospitalar e do modelo manicomial, na conjuntura do movimento de reforma psiquiátrica ocorrido em Fortaleza, Ceará. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, de estudo de caso, contextualizado historicamente e de aproximação com o método dialético, tecnicamente por meio de entrevista e grupo focal, resultados submetidos à análise do discurso coletivo. No capítulo I, relata-se o histórico das propostas de Reforma Psiquiátrica no Ceará. No capítulo II, são apresentadas as visões e práticas dos gestores, trabalhadores e usuários participantes apontando forças, fragilidades e contradições do trabalho em saúde mental na cidade de Fortaleza, Ceará. Do conjunto da pesquisa restaram os desafios e recomendações direcionadas a todos que fazem parte da construção histórica da reforma psiquiátrica em Fortaleza, Ceará.

Palavras-chave: política de saúde mental, reforma psiquiátrica, atenção psicossocial.

ABSTRACT

This research has the aim of understanding the logic implementation of the territorial psychosocial care model that allows its domination by characteristics of the hospital and psychiatric model of the asylum, at the juncture of the psychiatric reform movement taken place in Fortaleza, Ceara. This is a qualitative research, case study, and historically contextualized approach to the dialectical method, technically through interviews and focuses group results analyzed by the collective discourse. In Chapter I, we report the history of proposals for psychiatric reform in Ceara. In Chapter II, the views and practices of management are presented, workers and participant users pointing forces, weaknesses and contradictions of mental health work in the city of Fortaleza, CE. The whole of the remaining research challenges and recommendations aimed at everyone who is part of the historical construction of the psychiatric reform in Fortaleza, Ceara.

Key-words: mental health policy, psychiatric reform, psychosocial care.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Perfil Profissional dos Gestores de Saúde Mental Entrevistados da SER III, Fortaleza, Ce.	56
Quadro 2- Perfil Profissional dos Trabalhadores de Saúde Mental Entrevistados (GFT – 01).	80
Quadro 3 - Perfil Profissional dos Trabalhadores de Saúde Mental Entrevistados (GFT – 02).	93
Quadro 4- Perfil Profissional dos Trabalhadores de Saúde Mental Entrevistados (GFT – 03).	106
Quadro 5- Perfil dos Familiares de Usuários Participantes do Grupo Focal (GFU– 01a).	119
Quadro 6 – Perfil dos Familiares de Usuários Participantes do Grupo Focal (GFU – 01b).	124
Quadro 7 - Perfil dos Usuários Participantes do Grupo Focal (GFU – 02).	130
Quadro 8 - Perfil dos Usuários Participantes do Grupo Focal (GFU – 03).	135
Gráfico 1 - Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas nas entrevistas da fase de campo da pesquisa com gestores da saúde mental na SER III, Fortaleza, Ce.	59
Gráfico 2 - Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFT – 01 da SER III, Fortaleza, Ce.	81
Gráfico 3 - Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFT – 02 da SER III, Fortaleza, Ce.	94
Gráfico 4 - Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFT – 03 da SER III, Fortaleza, Ce.	107
Gráfico 5 - Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFU– 01a da SER III, Fortaleza, Ce.	119
Gráfico 6- Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFU – 01b da SER III, Fortaleza, Ce.	125
Gráfico 7- Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFU – 02 da SER III, Fortaleza, Ce.	130
Gráfico 8 - Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFU – 03 da SER III, Fortaleza, Ce.	136

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO-	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
APS-	Atenção Primária de Saúde
CAPS –	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad -	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi -	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPS g-	Centro de Atenção Psicossocial geral
CEB-	Comunidades Eclesiais de Base
CEBES-	Centro Brasileiro de Estudos Sociais
CEM-	Centro de Especialidades Médicas
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIES-	Centros de Integração e Desenvolvimento Comunitário
CNS-	Conselho Nacional de Saúde
CRAS-	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS-	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CSF-	Centros de Saúde da Família
DINSAM-	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF-	Estratégia Saúde da Família
ESP/CE-	Escola de Saúde Pública do Ceará
GEEON-	Grupo de Educação e Estudos Oncológicos
HDEAM-	Hospital Distrital Evandro Aires de Moura
HEMOCE-	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
HGF-	Hospital Geral de Fortaleza
ICC-	Instituto do Câncer do Ceará
IJF-	Instituto Dr. José Frota
INPS-	Instituto Nacional de Previdência Social
IPC-	Instituto de Psiquiatria do Ceará
IPHG-	Internação Psiquiátrica em Hospital Geral
MBRP-	Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica
MLA-	Movimento da Luta Antimanicomial
NAPS-	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONG –	Organização Não Governamental
PACS-	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PISAM-	Plano Integrado de Saúde Mental
PSF-	Programa Saúde da Família
RAISM-	Rede de Atenção Integrada à Saúde Mental
RAPS -	Rede de Atenção Psicossocial
RD-	Redução de Danos
RPA-	Recibo de Pagamento a Autônomo
RT-	Residências Terapêuticas
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SER (I, II, III, IV, V, VI)-	Secretaria Executiva Regional (I, II, III, IV, V, VI).
SESA-	Secretaria de Estado da Saúde
SRT-	Serviços de Residência Terapêutica
SILOS-	Sistemas Locais de Saúde
SMS-	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS-	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
UECE-	Universidade Estadual do Ceará
UFC-	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Problematização.....	17
1.2 Justificativa Política.....	21
1.3 Justificativa Social.....	23
1.4 Justificativa Científica.....	25
1.5 Objetivos.....	26
1.5.1 Geral.....	26
1.5.2 Específicos.....	26
2 TRATAMENTO METODOLÓGICO.....	27
2.1 Desenho Geral da Pesquisa.....	28
2.2 O caso.....	29
2.3 Técnicas e instrumentos de investigação e de interpretação.....	30
2.3.1. A entrevista.....	30
2.3.2 Grupo Focal.....	31
2.3.3 Diário de Campo.....	32
2.3.4 Análise do Discurso Coletivo.....	32
2.4 O campo.....	33
2.4.1 Era Colonial.....	33
2.4.2 Era Imperial.....	34
2.4.3 Era Republicana.....	35
2.5 Procedimentos.....	40
2.6 Dimensão Ética e Formas de Exposição.....	41
3 HISTÓRICO DAS PROPOSTAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CEARÁ.....	42
4 VISÕES E PRÁTICAS: FORÇAS, FRAGILIDADES E CONTRADIÇÕES DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE FORTALEZA, CE.....	56
4.1. O que as Entrevistas revelam.....	56
4.1.1 Modelo biomédico.....	60

4.1.2 Adoecimento dos profissionais.....	62
4.1.3 Fragilização dos vínculos.....	64
4.1.4 A Rede.....	66
4.1.5 “Coisificação” e (in) visibilidade do usuário.....	69
4.1.6 Estrutura física, de suprimentos e de recursos humanos.....	70
4.1.7 Processo de trabalho.....	71
4.1.8 O Território.....	72
4.1.9 Educação permanente.....	73
4.1.10 A Internação e o CAPS como novo lugar de cronificação.....	74
4.1.11 Modelo psicossocial.....	75
4.1.12 A Redução de Danos e a Abstinência.....	76
4.1.13 As Famílias.....	76
4.1.14 Gestão participativa.....	77
4.1.15 A militância.....	78
4.2 O que os grupos focais revelam.....	79
4.2.1 Trababalhadores.....	79
4.2.1.1 Grupo Focal 1.....	79
4.2.1.1.1 Mal estar e despreparo dos trabalhadores.....	81
4.2.1.1.2 A Rede, o Cuidado ao Usuário e a Família.....	84
4.2.1.1.3 Estrutura física e de suprimentos.....	86
4.2.1.1.4 Modelo biomédico.....	87
4.2.1.1.5. A dificuldade do diálogo entre trabalhadores e a gestão.....	88
4.2.1.1.6. Perfil do usuário.....	88
4.2.1.1.7. Crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas.....	89
4.2.1.1.8. Fragilidade no vínculo empregatício.....	89
4.2.1.1.9. Estigma.....	90
4.2.1.1.10. Projetos no território.....	91
4.2.1.1.11. “Capscentrado”	91
4.2.1.2 Grupo Focal 2.....	92
4.2.1.2.1 Mal estar dos trabalhadores.....	94
4.2.1.2.2. O CAPS como porta de entrada para a internação.....	96
4.2.1.2.3. A visão de alguns trabalhadores sobre o dependente químico.....	97
4.2.1.2.4 A Rede.....	99
4.2.1.2.5 Modelo psicossocial e o modelo biomédico.....	100

4.2.1.2.6 O CAPS como ambulatório.....	101
4.2.1.2.7 A adesão ao tratamento.....	101
4.2.1.2.8 Redução de danos.....	102
4.2.1.2.9 A Família.....	103
4.2.1.2.10 As comunidades terapêuticas.....	103
4.2.1.2.11O hospital psiquiátrico e o CAPS.....	104
4.2.1.2.12 Assistencialismo.....	104
4.2.1.3 Grupo Focal 3.....	105
4.2.1.3.1 A desconstrução da política municipal de saúde mental.....	108
4.2.1.3.2 Modelo biomédico.....	110
4.2.1.3.3 Fragilidade dos vínculos de trabalho.....	112
4.2.1.3.4 A falta de suprimentos.....	113
4.2.1.3.5 Mal estar dos trabalhadores.....	114
4.2.1.3.6 Modelo Psicossocial.....	115
4.2.1.3.7 A Rede.....	117
4.2.2 Usuários.....	117
4.2.2.1 Grupo focal 4.....	118
4.2.2.1.1 Satisfação do familiar sobre o serviço.....	119
4.2.2.1.2 Tratamento não medicamentoso e acompanhamento com profissionais além do médico.....	121
4.2.2.1.3 Participação dos usuários nos grupos.....	122
4.2.2.1.4 O que os familiares relatam como mudança.....	122
4.2.2.2 Grupo focal 5.....	123
4.2.2.2.1 Atendimento não medicamentoso e a vinculação entre profissionais, familiares e usuários.....	125
4.2.2.2.2 O que melhorou.....	126
4.2.2.2.3 Falta de atendimento.....	128
4.2.2.3 Grupo focal 6.....	128
4.2.2.3.1 Relação do usuário com a família.....	130
4.2.2.3.2 O que melhorou.....	132
4.2.2.3.3 Atendimento não medicamentoso.....	132
4.2.2.3.4 Dependência química como doença.....	133
4.2.2.4 Grupo focal 7.....	134
4.2.2.4.1 Tratamento (não) medicamentoso.....	136

4.2.2.4.2 O que melhorou.....	137
4.2.2.4.3 Culpabilização da gestão municipal.....	137
4.2.2.4.4 Cronificação do usuário.....	138
4.2.2.4.5 Cura e cuidado.....	139
4.2.2.4.6 . Relação do usuário com a família.....	139
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS.....	149
APÊNDICE.....	162
GLOSSÁRIO.....	165

1 INTRODUÇÃO

A pesquisadora iniciou experiência profissional, no campo da atenção psicossocial territorial, em 2007, como psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas-CAPS ad da Secretaria Executiva Regional IV-SER IV, em Fortaleza, Ceará. Em 2005, a prefeitura de Fortaleza em gestão até 2012 investiu em uma política social para a saúde, baseando-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica, ampliando de três para 14 CAPS, sendo estes distribuídos pelas sete Regionais, totalizando seis Centros de Atenção Psicossocial Geral-CAPS g, seis CAPS ad e dois Centros de Atenção Psicossocial Infantil-CAPS i (RIGOTTO *et al*, 2007).

A prefeitura teve, em sua primeira gestão, um Secretário de Saúde que já havia realizado grandes experiências de gestão da saúde em Icapuí, Quixadá e Sobral, que, sobretudo as duas últimas, se transformaram em referências nacionais no campo da saúde mental. Em Sobral, além de um CAPS g e de um CAPS ad foi instalado um ambulatório de saúde mental para apoiar os municípios circunvizinhos e assim liberar os dispositivos municipais para o próprio município, duas residências terapêuticas, uma unidade psiquiátrica com quarenta leitos em hospital geral e uma coordenação colegiada, consolidando-se, dessa forma, a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-RAISM Sobral, que serviram de inspiração para a criação da RAISM Fortaleza (SAMPAIO, 2010).

No contato com a realidade da assistência à saúde mental, em momento de implementação inicial, alguns incômodos surgiram para a pesquisadora, decorrentes da percepção das contradições entre os modelos, o que orientava a prática anterior e o que orientava a legislação do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica-MBRP, e destes modelos com a realidade concreta da atenção, em meio às condições objetivas.

Nessa vivência, como psicóloga e gestora, em períodos diferentes, de unidade de CAPS ad, CAPS i, CAPS g e da Secretaria Executiva da Regional IV-SER IV, foram percebidas diversas situações que contradiziam na prática aquilo que a proposta intersetorial, interdisciplinar, integrada e territorial-comunitária estabelecia. Dentre elas, profissionais se ausentando do trabalho com frequência, por motivo de doença, apresentando os mais variados diagnósticos; profissionais

demonstrando inabilidade em lidar com usuários em crise; usuários também apresentando crises quando em processo de alta para permanecer no CAPS, até mesmo afirmando ser este a sua segunda casa e cronificando a relação com o espaço ao modo do que era denunciado nos hospitais psiquiátricos tradicionais; profissionais mostrando-se satisfeitos nessa perspectiva e não se questionando se assim não ocorreria outra forma de dependência e institucionalização do usuário; relações interpessoais desgastadas entre os trabalhadores e a gestão, principalmente por modos precários de contratação, projeto, cooperativa ou empresa de terceirização, comprometendo formação e vínculo, dada a alta rotatividade; falta de política, planejamento e ferramentas de gestão que possibilitassem sustentação e continuidade às ações; falta de um trabalho direcionado à autonomia e à cidadania do usuário; falta de projetos terapêuticos para além das prescrições farmacológicas massificadas e listas mais ou menos burocráticas de tarefas; grupos terapêuticos baseados em uma lógica invertida, pois geralmente partindo da comodidade do trabalhador e não da necessidade do usuário; o número de serviços substitutivos sem sede própria e sem se respaldar pela lógica do número de habitantes, mas apenas por divisão geográfica; e falta de uma rede assistencial real e resolutiva.

Dentre todas essas questões, algumas adquirem forma. Como aquele serviço que deveria promover saúde mental passa a adoecer, tanto os trabalhadores como os usuários? Como aquele que deveria ser apoiado em seu processo de emancipação passa a ser cronificado, do mesmo modo denunciado no modelo asilar/psiquiátrico clássico? Ou seja, qual o processo dessa inversão da práxis, que lógica invertida é essa que faz com que o trabalhador adoça e o usuário se cronifique, em modelo proposto como democrático, sensível às diferenças da subjetividade e assentado em territórios de vida? Será que o modelo proposto pelo MBRP não está sendo efetivamente aplicado? Será que o modelo proposto pelo MBRP ainda é válido para a atual conjuntura?

1.1 Problematização

Verificando os processos históricos, no campo da saúde mental, percebe-se que o que foi institucionalizado foi à própria loucura/alienação/doença mental e não apenas o espaço físico que temos chamado asilo/manicômio/hospital psiquiátrico. Não parece possível pensar em reforma se não se partir do individual para o

coletivo, escapando às percepções do macro e penetrando no micro e na dimensão da subjetividade. Não é mais possível massificarmos, padronizarmos, colocarmos uniformes em cada usuário. Faz-se necessário o respeito à diferença e dizer não à violência da massificação de "significados" individuais (ROTELLI, 1990).

O sujeito da experiência da loucura/alienação/doença mental, antes excluído do mundo da cidadania, incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber. O objetivo maior deste processo não é a transformação do modelo assistencial, mas a transformação do lugar social da diferença, da divergência, do desvio e do estigma. Trata-se de um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas e de estabelecer relações flexíveis, criativas, autorizadas, não fossilizadas (AMARANTE, 2009).

A segregação é condenada, pois fere os direitos à convivência e ao livre arbítrio. Mas, a ferida não é apenas à dimensão mais abstrata dos direitos, e sim concreta às experiências vitais de construção da consciência que, dadas as características próprias da humanidade, ocorrem na relação ativa e crítica com as condições habituais de sociabilidade. O isolamento, esta modalidade de exclusão, inventa uma vida violentamente partida. O isolamento também fere qualquer projeto terapêutico que pressuponha a compreensão e a superação criativa, autônoma, de problemas psicossociais, na perspectiva da integralidade, sendo condenável projetos terapêuticos que "tratem" diagnósticos e "projetem" preconceitos (ALVES *et al*, 2009).

As concepções sobre loucura, próprias do século XVIII, alienação, próprias do século XIX, e doença mental, próprias do século XX, modificam-se e modificam o objeto, em relação ao momento histórico e perfis culturais de produção e de legitimação. Aquilo que foge do convencional tende a ser estigmatizado e excluído. A loucura já foi relacionada como manifestação dos deuses, manifestação dos demônios, forças da natureza, ideias extravagantes que punha a ordem em questão e em dúvida o poder atuante. Hoje, loucura, por exemplo, deixou de constituir categoria médica ou psicológica, refugiando-se no senso comum, associando-se a um estilo de vida que idealiza beleza, juventude e agilidade, transforma tudo em corre-corre extenuante da mercadoria, levando a "depressões", "pênicos", "somatizações" e "surtos", inflacionando os serviços de saúde na busca de saídas milagrosas que anestesiem a dor, tornem maníaco o prazer e preencham os vazios existenciais (SAMPAIO, 1998).

Os trabalhadores de saúde mental são também sujeitos históricos, atravessados pelos modos de produção das condições de existência e pelos modos de produção dos saberes, conhecimentos e explicações. Então, considerando a sociedade brasileira, nordestina, nesta transição do século XX ao XXI; considerando os paradigmas da formação profissional incorporados por eles; e trabalhando nas condições objetivas experimentadas pelos serviços de atenção psicossocial implantados em Fortaleza, Ceará, como levam suas vidas, explicam suas soluções e sofrem as contradições de suas experiências? O que dizer da relação entre o processo saúde/doença mental destes trabalhadores tão específicos e sensíveis, investidos em tanto poder simbólico e desprovidos de qualquer poder real? De acordo com Bueno e Caponi (2009), duas dimensões precisam, sempre, ser consideradas: a da previsão/provisão de cuidado ao trabalhador, sobretudo ao cuidador em saúde, mais ainda ao cuidador em saúde mental; e a da previsão/provisão de uma formação universitária que prepare os estudantes para os paradigmas das novas práticas profissionais.

Para que essa saúde no trabalho seja produzida, é imprescindível reconhecer esse trabalho, considerar as situações pelas quais os trabalhadores passam e as formas como se organizam para superar as dificuldades e os eventos que produzem adoecimento. Não raro, ocorre a reprodução daquilo que se combate, como é o caso das ações e da cultura manicomiais, apenas com mudança da roupagem, o que torna a experiência mais perigosa à saúde mental destes sujeitos, pois, pela própria sutileza, as contradições não são percebidas pelos trabalhadores, daí não se reconhecem na própria prática. Uma vez que não se reconhecem, perde-se o sentido da atuação e tal estranhamento pode resultar em atitude defensiva por meio da reprodução e da identificação sintomatológica com os usuários. E se não há sentido, não há apropriação do trabalho, daí a consequência da burocracia do cuidado coisificar o trabalhador e o usuário. O primeiro, pelo enrijecimento da potência humana e terapêutica, o segundo, pelo empobrecimento do estímulo que faria o usuário crescer para além do sintoma. Isso condiz com o que Luz e Bavaresco (2010) afirmam que, para Marx, o que precisa ser superado é esse trabalho alienado e não o trabalho como tal.

O adoecimento dos trabalhadores pode ser observado, empiricamente, por meio das reiteradas queixas de estresse, irritabilidades, transtornos psicossomáticos/ somatopsíquicos e do elevado número de atestados médicos

indicando os mais diversos diagnósticos, além de considerável comportamento de automedicação. A pesquisadora supõe que o usuário não consegue significar suas próprias queixas, superar as narrativas explicativas da vida que leva, por não encontrar, nos trabalhadores, pessoas que o tenham conseguido, uma vez que estes estão contidos em limites tão estreitos quanto o dos usuários.

Desde que os CAPS foram criados como equipamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos e, após a Constituição Brasileira de 1988 ter afirmado que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1998), muitas transformações vêm ocorrendo no que tange à atenção à saúde, nas dimensões da promoção, da prevenção, da assistência e da reabilitação. No entanto, um ponto fundamental a ser abordado é compreender como se dá o cuidado ao trabalhador, a relação deste com o serviço e com o usuário e, principalmente, que significados de saúde vêm sendo construídos por meio dos programas, projetos, sistemas e serviços de saúde, das políticas, redes e dispositivos.

Para responder à pergunta de como e porque a lógica manicomial, a ser superada, reproduz-se no novo modelo, uma revisão histórica faz-se necessária: do modelo anterior, do novo modelo, das condições de transição e da possível inoperância de uma transformação que não afete apenas a assistência psiquiátrica, mas também uma sociedade que tende a tornar manicomial suas instituições.

O modelo anterior, psiquiátrico clássico, hospitalocêntrico, traz a concepção de saúde como o equilíbrio bio, psíquico e social, sob a hegemonia biológica, onde o foco está no combate à doença e seus sintomas, na perspectiva higienizadora e dicotômica entre saúde e doença. A visão cartesiana, de causa-efeito e de queixa-conduta, respalda o conceito e, conseqüentemente, as formas de intervenções no cuidado objetivando eliminação do que não é tolerável ou aceitável tanto em termos físicos e biológicos, como sociais. Assim, temos a mesma analogia para as pragas e pestes que, para muitos, devem ser isoladas e eliminadas socialmente: os loucos, os doentes e tudo o que não pode ser do bom grado social e que desafie o poder hegemônico.

Sampaio (1998), explica que a linguagem da doença está, em primeiro lugar, relacionada à sociedade e aos vínculos sociais ao invés de estar relacionada à linguagem do corpo. Saúde e doença estão profundamente vinculadas ao contexto sócio econômico-cultural, não são fenômenos isolados que possam ser definidos em

si mesmos. A doença mental só é possível quando a história psíquica do indivíduo perde a percepção da relação com a história da sociedade.

Com esta compreensão, o novo modelo psicossocial, traz a concepção integrada de saúde, afirmando que o seu significado não está mais condicionado à ausência de doença; passa, portanto, para uma noção mais abrangente, onde se compreende que saúde vai muito além de uma compreensão reducionista e nosológica de doença e não mais apenas, a partir do seu sintoma físico (OLIVEIRA & EGRY, 2000).

Essas mudanças de percepção e concepção diziam respeito a todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia com o objetivo de melhoria das condições de vida da população. Houve, assim, a ampliação do conceito de saúde, por meio dos debates provenientes das orientações dialéticas ou hermenêuticas. Saúde passa a ser concebida como um processo dinâmico, conflitual, associado a trabalho, saneamento, lazer e cultura, isto é, considera-se todo o contexto clínico, social e psíquico de cada indivíduo, compartilhando responsabilidades a respeito de si e do coletivo (AROUCA, 1998).

Esta é uma mudança de compreensão fundamental que baseia o novo modelo psicossocial, no entanto, a forma de gestar, administrar e conduzir esses processos enquanto prática e planos de governo ainda parecem permanecer como anteriormente, onde as decisões e os planejamentos continuam verticalizados, muitos em forma de programas, parecendo pacotes prontos a serem executados. Mesmo com a participação popular e algumas discussões através de assembleias e conselhos, ainda assim, parece faltar posicionamento político, ético e crítico para se questionar e se responsabilizar pelas ações.

1.2 Justificativa Política

Dos novos olhares sobre a relação saúde/doença nasce a Reforma Sanitária e o MBRP, fruto de um longo processo mundial que surge no momento em que não se tolerou mais a negligência e os maus tratos dentro dos hospitais psiquiátricos para com os usuários portadores de transtorno mental, bem como, para com os usuários de substâncias psicoativas. Formas essas desumanas e torturantes de tratamento (ALVES *et al*, 2009).

O MBRP tem como sua principal referência a reforma psiquiátrica italiana, liderada por Franco Basaglia, que formulou e praticou a proposta de reconhecimento do dito “louco” na sociedade. Segundo este autor, faz-se necessário transformar a relação da sociedade ocidental com a loucura, que está cristalizada no asilo e na exclusão social, uma vez que são elementos fundamentais de controle da marginalidade social e de suas implicações políticas (AMARANTE,1994).

O movimento brasileiro consolidou-se em torno da luta de mais de uma década pela aprovação do projeto do Deputado Paulo Delgado que resultou na Lei 10.216, aprovada em 06 de Abril de 2001, na qual se preconizavam o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos especializados, a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a implantação de serviços substitutivos, de base territorial, interdisciplinares, como os CAPS, as Residências Terapêuticas- RT, as Ocas Comunitárias e o matriciamento das ações de promoção à saúde mental na atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família- ESF. A Lei propunha redimensionar e reorientar o sistema de cuidados e apoiar o resgate dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental (COUTO & ALBERTI, 2008). Instigava, acima de tudo, mudanças que transformassem a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais (MACHADO, 2005).

A transformação exigida pelo MBRP tem sido de luta histórica para a humanização da saúde, onde o Sistema Único de Saúde-SUS legitima seu percurso, juntamente com as Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde Mental, no sentido de ampliar humanização, integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Muito embora sejam evidentes o subfinanciamento, o financiamento equivocado, as dificuldades de formação dos trabalhadores, as dificuldades de gestão dos sistemas e dos serviços, dos programas e dos projetos, e as inadequações de infraestrutura e de composição das equipes, o Brasil vivenciou avanços reais, avanços estes que se defrontam com uma tradição cultural autoritária, antiautonomia e anti-inclusão (BRASIL, 2010).

A ideia, portanto, é a construção de uma rede de serviços substitutivos e o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Os serviços substitutivos foram criados para que possibilitasse ao usuário um cuidado integral e territorializado, ou seja, partindo de sua demanda e necessidade de atenção e não mais algo na perspectiva de queixa-conduta e relação verticalizada entre o profissional de saúde e usuário. Diz respeito à desconstrução do aparato manicomial que vai além da demolição física do

hospital psiquiátrico, mas supera as concepções culturais, administrativas, econômicas, ideológicas e de relações de poder.

Para que o MBRP seja exitoso, é fundamental, incorporar a lei às ações de saúde, favorecendo a conscientização e a participação da população na reabilitação dos doentes mentais e na estruturação das comunidades, possibilitando, desta forma, intervenção mais solidária. Assim, é necessário que sejam adaptadas as estruturas e carreados os recursos financeiros indispensáveis à atenção ao doente mental, de forma a mantê-lo na vida social ativa (PORTO, 2010).

SAMPAIO (2010) afirma:

“No que tange a questão da saúde mental e da doença mental, a sociedade que constitui tais fenômenos deve ser considerada, bem como os saberes que os define, além do Estado que implementa as políticas de assistência, prevenção e atenção, individual e coletiva”.

Assim, o Estado, ao utilizar políticas que objetivam a substituição progressiva do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção integral à saúde mental, de natureza teoricamente crítica e politicamente democrática, atua solidária com outras políticas de mesma natureza no desmonte do aparato jurídico-institucional que legitima a instituição manicomial e o enfrentamento da cultura manicomial, ressignificando a loucura. Porém e apesar de, continua uma luta árdua que enfrenta grandes interesses lucrativos do setor privado e mudanças culturais acerca da tolerância frente às diferenças do humano, em suas diversas dimensões, e de suas inúmeras relações (AMADOR, 2010).

Segundo Robert Whitaker (RADIS, 2014), os Estados têm atuado de acordo com interesses do sistema financeiro e de agências internacionais, sendo os programas de saúde mental meros ordenadores de território, não tendo a comunidade, ainda, se apropriado o suficiente das teorias, instrumentos conceituais e ferramentas operacionais do campo para participar efetivamente dessa construção.

1.2 Justificativa Social

Nesse contexto de luta democrática, os CAPS surgem não apenas como serviços substitutivos de uma rede de cuidados, numa política específica, mas como possibilidades de articulação sociocultural no território, favorecendo o processo de

desinstitucionalização do usuário frente ao hospital psiquiátrico e combatendo a própria possibilidade de tornar-se instituição cronificadora.

Segundo Lima (2010), a clínica do CAPS não dispensa a tradição, ou seja, os instrumentos da Psiquiatria, daí a necessidade de atenção crítica permanente em relação às formas de intervenção que possam estigmatizar e medicalizar o indivíduo, o que alerta para que a reforma psiquiátrica não ocorra basicamente de forma instrumental e burocrática. A luta pela liberdade do louco pode se desenvolver com novas formas de dominação. Apesar das normas legais, dos novos discursos e dos novos lugares de práticas, os trabalhadores da saúde mental podem dar continuidade à tradição de administrar indivíduos e não a de fortalecer a autodeterminação destes, dos grupos e das coletividades.

Sendo assim, medicalizar o indivíduo poderá manter a mesma conduta tão criticada no modelo psiquiátrico, uma vez que a mesma contenção outrora em paredes passa a ser dentro do próprio território onde habita o indivíduo, deixando-o circular livremente dentro de suas prisões mentais, disfarçadas em discurso de cidadania.

Robert Whitaker (RADIS, 2014) alerta-nos que os problemas mentais são intrínsecos à natureza humana, podendo ocorrer a qualquer pessoa. Mas, o reconhecimento da dificuldade e da necessidade de superá-la não deve nos levar ao preconceito e ao estigma, o que as classificações dicotômicas de normal e anormal tendem a favorecer.

Para Lima (2010), ainda, o discurso da desinstitucionalização, tem-se reduzido, cada vez mais, à diminuição de leitos nos manicômios e ao aumento de postos de trabalho para os profissionais, mas sem reflexão sobre as novas formas de institucionalização. O manicômio asilar foi derrubado, mas a lógica manicomial permanece e o indivíduo continua sendo classificado com base no mesmo ideal de normalidade, como na criticada Psiquiatria Clássica, apenas propondo modernização das aparências.

Desta forma, tanto o modelo psiquiátrico clássico quanto o modelo psicossocial podem transitar na mesma lógica. E se assim o é, diferenciá-los torna-se um desafio, uma vez que, na matriz de ambos, em sua concepção, parece permanecer a mesma lógica fundamental. O foco é formulado como sendo a saúde integral, mas a referência do cuidado, na prática cotidiana, continua atrelada à retirada do sintoma e à eliminação da doença. Para Robert Whitaker (RADIS, 2014),

a sustentabilidade do atual modelo depende de nova práxis baseada na autonomia do sujeito e em sua liberdade. Pensar em um futuro diferente para a saúde mental, como estado das pessoas e como campo de políticas, saberes, profissões e práticas é pensar em uma sociedade diferente.

1.4 Justificativa Científica

Nessa perspectiva, o trabalho para Karl Marx tanto é condição como faz parte do desenvolvimento do homem, sendo este tanto produto daquele como produtor de si mesmo, recriando-se e refinando-se na medida em que desenvolve, pelo trabalho, suas novas habilidades. No entanto, o trabalho alienado é que faz com que o homem se desumanize transformando-o em coisa, em mercadoria, produto a ser negociado como força de trabalho com a meta ilusória de que quanto mais trabalho alienado executar mais riqueza irá acumular. Na verdade, quanto mais trabalho alienado realiza, mais frágil fica sua condição humana. Em estágio bem avançado de alienação poderíamos dizer que o homem se torna apenas parte de algo, nem sequer mais o produto final, barateando-se na categoria de peça, sendo assim funcional para mais trabalho e mais escravidão (LUZ; BAVARESCO, 2010).

O trabalho transcende a ideia de realização das necessidades básicas, sendo, também, fonte de identificação e de autoestima, de desenvolvimento das potencialidades e de alcançar a sensação de pertencimento e participação em uma sociedade, daí a luta permanente contra os velamentos e as inversões que a alienação propicia (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Se o trabalho é fonte de desenvolvimento humano e o trabalho alienado fonte de estranhamento, de sofrimento e de doença, pretende-se alcançar, no presente estudo, um modelo de compreensão do trabalho do profissional de saúde mental, nas condições sócio-político-econômicas da cidade de Fortaleza, Ceará, na contemporaneidade, cenário de um conjunto aparentemente frustrado de reformas das políticas de saúde e de saúde mental. O trabalhador de saúde mental, sem formação adequada e apoio, com salários não satisfatórios e contratos precários de trabalho, atuando em infraestruturas improvisadas, passa a receber um fluxo desregulado de demandas dolorosas e se identifica com os usuários, em processo que a ambos envolve no espelhamento dos sintomas, reproduzindo circuitos

negativos de experiência, com o trabalhador perdendo o papel de orientador e de referência positiva.

A presente pesquisa, base para um trabalho final de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, recorta, para compreensão, esta interdependência trabalhador de saúde mental/usuário de serviços de saúde mental, interdependência que se constitui numa espécie *folie a deux*, com trabalhador e usuário reforçando no outro seus próprios problemas, em contexto de mudança de política de saúde que objetivava superar a parcialidade e a violência de existências humanas privadas de sentido e ansiando construí-lo.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral:

- Compreender a lógica de implantação do modelo de atenção psicossocial territorial que torna possível sua dominação por características do modelo psiquiátrico hospitalar e do modelo manicomial, na conjuntura do movimento de reforma psiquiátrica ocorrido em Fortaleza, Ceará.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Identificar os determinantes da vinculação dos usuários em longas e estagnadas relações, predominantemente farmacológicas;
- Identificar os determinantes da elevada insatisfação e mal estar dos trabalhadores nos CAPS;
- Investigar o papel das condições externas de funcionamento e as relações de poder no interior dos CAPS para a instalação da transição organizacional, percebida como heterogênea, truncada e produtora de sofrimento para trabalhadores e para usuários.

2 TRATAMENTO METODOLÓGICO

A presente pesquisa teve como tema a política de saúde mental, focando a aplicação atual desta política pública na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Os dados e informações foram coletados no período compreendido de julho a novembro de 2014.

Tendo em vista o processo histórico de implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, no Ceará e em Fortaleza, verificaram-se vários entraves na transição entre o modelo anterior, segundo a lógica psiquiátrica clássica, objeto de crítica, e o modelo proposto, segundo a lógica da atenção psicossocial territorial, principalmente devido à necessidade de mudança cultural fundamental para modificar o modo de perceber e tratar as pessoas com transtorno mental. O que foi visto, apesar de avanços, foi a manutenção de uma postura reprodutora do antigo modelo que favorecia mais ao adoecimento que a saúde, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores.

Como compreender tal situação, após 10 anos de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial nesta cidade? Os problemas decorrentes podem ter derivado de dificuldades de adequação do modelo proposto à realidade sócio-sanitária da cidade ou derivado das dificuldades de implantação deste modelo, pela permanência dos dispositivos e da lógica do modelo que se buscou superar? Destas constatações formularam-se algumas questões norteadoras para o equacionamento do problema:

- Quais foram as características do modelo proposto, com uma década de esforços de implantação, na percepção de usuários, trabalhadores e gestores?
- Quais os mal estares que foram percebidos na prática atual, pelos usuários, trabalhadores e gestores, e seus possíveis determinantes?
- Quanto da inadequação do modelo proposto ou quanto da permanência do(s) antigo(s) modelo(s) contribuíram para as dificuldades e mal estares percebidos?

2.1 Desenho Geral da Pesquisa

Visando o equacionamento das questões propostas e para que fossem atingidos os objetivos formulados na Introdução, a presente pesquisa apresenta natureza qualitativa, de estudo de caso, contextualizado historicamente e de aproximação com o método dialético, tecnicamente por meio de entrevista e grupo focal, resultados submetidos à análise do discurso coletivo.

Na pesquisa qualitativa o ambiente social é a fonte direta para coleta de dados. Estes dados não podem ser traduzidos em números e sim interpretados, atribuindo-lhes valores, significados coerentes ao cenário de crenças do grupo estudado, fundamentais ao processo de pesquisa. Neste método, a interação entre o pesquisador e os sujeitos é essencial (MINAYO, 1994). A interpretação é o foco e a explicitação do processo de pesquisa é tão importante quanto o resultado. Admite-se que a pesquisa influencia a situação e, tanto a pesquisa como a situação influenciam o pesquisador (OLIVEIRA, 2014). Esta lógica investigativa se aplica de modo muito adequado ao presente estudo, por buscar a compreensão mais global e dinâmica do objeto.

O estudo de caso possibilita aprofundamento da situação dos sujeitos, em relação ao contexto, e constitui “narrativa onde o desejo dos agentes é colocado e as forças político-econômicas equacionadas” (SAMPAIO, 1994). Segundo Yin (2005), o estudo de caso permite ao investigador um aprofundamento em relação ao fenômeno estudado, funciona como importante estratégia metodológica para a pesquisa em ciências humanas e favorece uma visão holística sobre os acontecimentos da vida real, destacando-se seu caráter de investigação empírica de fenômenos contemporâneos. Sendo assim, é indicado para o nosso estudo já que se faz necessária uma reflexão profunda e produtora de significados, no contexto da realidade do campo estudado.

Para Freitas (2002), os estudos que abordam o homem não podem ser realizados fora da relação com a vida social e nem de uma forma estática. Sendo o homem um ser falante, simbolizador, relacional e dinâmico não pode ser compreendido apenas em seu aspecto biológico, porém diante de toda a sua complexidade. É necessário para o pesquisador o enfoque relacionando o singular com o geral e o individual com o social, enfatizando a compreensão dos fenômenos a partir de seu acontecer histórico onde o particular é parte de uma instância da

totalidade social, sendo o pesquisador também parte do processo. Permite-se, desta forma, a ampliação da capacidade de apreender e de compreender os fenômenos, referenciando-os ao contexto de ocorrência.

O método dialético parte do objeto e tem como meta sua reconstrução teórica. Diz respeito não somente às coisas, mas também a seus significados em relação; significados estes que podem ser contraditórios, uma vez que nada há de absoluto ou eterno, fazendo-se necessário superar a posição de polarização do saber. O real é cognoscível, porém de forma provisória. O processo é dinâmico, sempre em movimento, trazendo, portanto, possibilidades infinitas de (re)construção de conhecimento, onde sujeito e objeto, subjetividade e objetividade, se interpenetram e se fazem um ao outro (SAMPAIO, 2010).

A análise dialética diz respeito às relações diacrônicas, ou seja, aquelas que apresentam sucessivas mudanças, envolvendo conflitos de interesses econômicos e historicidade (SAMPAIO, 1993). Assim, a busca pela aproximação com o Método Dialético, neste estudo, justificou-se por permitir a análise do diálogo entre os modelos de saúde mental abordados, de forma a superar o entrave de um saber absoluto, de um ou de outro lado, o que possibilitou a reflexão para uma prática que contemplasse as necessidades de campo histórico, dinâmico e subjetivo.

2.2 O caso

O município de Fortaleza é subdividido, para fins de gestão, em sete Secretarias Executivas Regionais-SER. Uma é destinada ao centro histórico da cidade e as demais são designadas por números romanos: I, II, III, IV, V e VI. Segundo o Anuário de Fortaleza: 2012-2013 (Grupo O POVO, 2013), Fortaleza tinha, em 2010, aproximadamente 2,5 milhões de habitantes, distribuídos numa área de 313 km², ocupando, dentro do estado, o 1º lugar em Produto Interno Bruto-PIB, Índice de Desenvolvimento Municipal-IDM e Índice de Desenvolvimento Humano-IDH, mas vivenciando profundas desigualdades internas.

A escolha da SER III justificou-se como caso para o estudo por ter sido a regional onde foi inaugurado o primeiro CAPS de Fortaleza e possuir, hoje, um CAPS geral, um CAPS para álcool e outras drogas e um CAPS infantil, apresentando critérios fundamentais para a escolha, tanto pelo pioneirismo como pela maior complexidade da rede instalada para atenção à saúde mental.

2.3 Técnicas e instrumentos de investigação e de interpretação

2.3.1 A entrevista

É um dos principais instrumentos usados nas pesquisas das ciências sociais, desempenhando papel de grande importância nos estudos científicos. Uma das grandes vantagens da técnica é ser de captação imediata e de fidelidade ao informante, em qualquer tópico ou contexto. Podem ser classificadas em fechadas ou abertas, estruturadas ou semiestruturadas, conforme Oliveira (2014).

A entrevista, com o enfoque histórico, não se destina a obter apenas respostas a um conjunto de indagações, mas é concebida enquanto linguagem, o que permite considerar a resposta e a situação experimentada, pelo informante, pelo pesquisador, pela relação do informante com o tema e o campo, pela relação do pesquisador com o tema e com o campo e pela relação do informante com o pesquisador. É o sujeito quem se expressa, mas sua voz traz o reflexo da realidade de um grupo e de um lugar social (FREITAS, 2002).

Nesta pesquisa, foi realizado o primeiro contato, por telefone e/ou *e-mail* com os gestores, iniciando com os coordenadores locais de cada unidade de serviço e com a articuladora da regional em estudo, sensibilizando e solicitando sua participação na pesquisa, seguindo para o coordenador regional e, finalizando, com o coordenador de saúde mental do município. A ideia foi entrevistá-los em seu próprio local de trabalho para que fosse permitido à pesquisadora perceber também o ambiente, a rotina do trabalho, além de informações ou situações que surgissem na ocasião da entrevista. No entanto, as entrevistas ocorreram nas oportunidades que se seguiram, na própria secretaria de saúde municipal e, apenas uma na unidade de saúde.

Os gestores locais de cada CAPS cumprem o papel de gerenciar as atividades dentro do serviço e em articulação no território, além de buscar a garantia de manutenção e funcionamento dos mesmos; o articulador regional é o responsável pelos CAPS adstritos naquela regional, sendo o mediador entre os gestores de cada serviço e o gestor municipal e este, é o responsável para a implementação das políticas públicas no município de Fortaleza.

Foram realizadas as cinco entrevistas abertas, como se segue: Gestor do CAPS i (G-01), Gestor do CAPS ad (G-02), Gestor do CAPS g (G-03), Articulador da Regional (G-04) e Gestor Municipal de Saúde Mental (G-05).

2.3.2 Grupo Focal

A técnica de pesquisa denominada grupo focal baseia-se na utilização de sessões grupais, focalizando um tema específico a ser debatido entre os participantes, simulando uma cena social real, um “como se” de situação real (RESSEL *et al*, 2008). Trata-se de um grupo de discussão informal, geralmente composto de 07 a 12 participantes que possuem alguma característica em comum, convidados a discutir determinado assunto. A técnica é indicada quando se almeja ampliar a compreensão sobre determinado projeto, programa ou serviço.

O grupo focal constitui técnica objetiva, rápida e de baixo custo, capaz de respeitar subjetividades, mas oferecendo oportunidade para a construção de um consenso (GOMES; BARBOSA, 1999). É utilizada, principalmente, para obter informações de caráter qualitativo em profundidade, apreendendo as percepções, opiniões e sentimentos dos participantes em um ambiente de interação. Quanto ao moderador, este precisa ter bom conhecimento do tema abordado e capacidade de manejo de situação de grupo (TRAD, 2009).

Na ocasião do grupo focal com os trabalhadores, após a entrevista com o coordenador local da unidade de serviço e sua anuência para a realização desta técnica, foi realizado o convite e a sensibilização com os trabalhadores que quiseram aderir, de ambos os sexos, independente do nível de escolaridade. A ideia era excluir aqueles com menos de um ano de trabalho, no entanto, devido à dificuldades na adesão, seja pelo número pequeno de profissionais disponíveis na ocasião marcada, seja por não terem interesse em participar, e tendo a grande maioria o período de um ano no serviço, alguns poucos, mesmo com meses de experiência, participaram.

Estavam previstos seis grupos focais, no entanto foram realizados sete: dois grupos em um dos serviços, pois no primeiro grupo, além de poucos participantes, seis, todos tinham menos de seis meses como usuários do serviço. Decidiu-se, portanto, pela realização de mais uma tentativa. Sendo assim, formaram-se os seguintes grupos: trabalhadores do CAPS i (GFT-01), trabalhadores do CAPS ad (GFT-02), trabalhadores do CAPS g (GFT-03), usuários do CAPS i (GFU-01a) e (GFU-01b), usuários do CAPS ad (GFU-02) e usuários do CAPS g (GFU-03).

Os grupos focais ocorreram na própria unidade de saúde para que o ambiente fosse mantido e a pesquisadora pudesse perceber a atmosfera e o contexto locais,

exceto o GFU-01a e o GFU-01b que ocorreram em salas de aula da Universidade Federal do Ceará-UFC.

2.3.3 Diário de Campo

De acordo com Lima *et al* (2007), o diário de campo consiste em uma ferramenta de registro de observações, comentários e reflexões, facilitando a observação atenciosa, a descrição, a reflexão e a expressão da subjetividade do pesquisador. Assim, seu uso diário é necessário para que seja garantida a maior sistematização e o detalhamento das situações ocorridas no transcorrer da pesquisa. As anotações realizadas podem ser entendidas como o processo de coleta e análise de informações que compreendem a descrição e as explicações levantadas no estudo de fenômenos sociais. Essas anotações podem ser descritivas, que buscam transmitir com exatidão a exposição dos fenômenos sociais, ou, analítico-reflexivas, que indicam quais questões devem ser aprofundadas na busca de significados e explicações dos fenômenos apreendidos. O detalhamento de como é realizado o atendimento do usuário é tão importante quanto o detalhamento dos dados.

Foi feito um diário de campo, com registro em todos os momentos da atividade, tanto das entrevistas quanto dos grupos focais, bem como nos momentos de sensibilização, contato e demais assuntos relacionados à pesquisa.

2.3.4 Análise do Discurso Coletivo

Trata-se de uma técnica cuja finalidade é resolver as dificuldades encontradas pelo pesquisador para processar depoimentos em pesquisas qualitativas, que se utilizem de questionários com perguntas abertas. Essa técnica consiste na análise e categorização de respostas, atribuindo sentido às mesmas e, em seguida, agrupando-as em categorias inclusivas àquelas de mesmo sentido (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

Tem como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos. Essa técnica de interpretação trabalha com as ideias centrais dos discursos, ancoragem e expressões chaves. A ideia central permite identificar e distinguir cada sentido nos depoimentos. A ancoragem são afirmações

genéricas usadas pelos depoentes para enquadrar situações particulares. As expressões chaves são trechos do discurso que revelam a essência do conteúdo (LEFEVRE, 2014).

Após as informações coletadas e transcritas, a pesquisadora iniciou o processo de análise e interpretação. Primeiramente, foi posto em quadro os dados de identificação, como sexo, escolaridade e cargo, por exemplo. Em seguida, no que se referiu à entrevista, foram agrupadas as respostas com a mesma ideia central, sendo postas em categorias. O mesmo modelo foi aplicado às informações advindas dos grupos focais. Após a análise de todas as informações, foi iniciada a discussão, em diálogo com a literatura revisada, para os desdobramentos finais de considerações e recomendações.

2.4 O Campo

A história do Ceará já é longa e complexa, numa perspectiva temporal de cinco séculos, que podem ser compreendidos por meio do conceito de Era, constituindo grandes blocos históricos. São elas: Colonial - 1500/1822; Imperial – 1822/1889; e Republicana – 1889/atualidade (MONTESUMA *et al*, 2006).

2.4.1 Era Colonial (1500/1822)

O Ceará, estado situado no Nordeste brasileiro, com 8.452.381 habitantes, distribuídos por 184 municípios, em uma área global de 148.920,472 km² (BRASIL, 2014), traz, em sua história, as marcas de uma colonização portuguesa tardia, em relação ao litoral leste do Nordeste brasileiro. A marcha de Pero Coelho, em 1603, a partir de Recife, dá início ao processo que, enfrentando as inclemências do clima semiárido de um bioma desconhecido aos europeus, a caatinga, e também a resistência dos grupos indígenas, implanta aldeamentos para a conversão dos nativos e a pecuária e se consolida por volta de 1720 (SOUZA *et al*, 2007).

O clima é caracterizado pela irregularidade das chuvas, fazendo com que o homem, dependendo da sorte do inverno e do sustento do patrão em épocas de escassez, favorecesse a uma relação paternalista de dependência e submissão. Com a forte seca que perdurou de 1790 a 1793 a pecuária foi bastante afetada, além de vários surtos de doenças contagiosas marcarem esse período, como febre

amarela, malária, sarampo e a varíola, tendo esta seu maior registro em Aracati e Fortaleza, tendo se iniciado, assim, a primeira medida sanitária de isolamentos e de criação de cemitérios (MONTESUMA *et al*, 2006).

Fortaleza, instalada como vila em 1725 e, embora pouco populosa, torna-se capital do estado em 1799, devido ao seu pequeno porto marítimo, minimamente protegido do assoreamento que inutilizou os portos fluviais de Aracati e de Camocim. Hoje, Fortaleza é a quinta maior cidade do país e a mais densamente povoada, com o traçado do município limitando-se ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga; e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (FORTALEZA, 2014c).

Em ritmo muito mais lento e precário, o processo de instalação de dispositivos de saúde pública, em Fortaleza, seguiu os parâmetros das demais capitais litorâneas brasileiras: higiene dos portos, controle das epidemias, controle do comportamento sanitário de indivíduos e famílias. Os hospitais eram militares ou religiosos, muito rudimentares e de existência descontínua, visando mínima viabilização econômica da colônia. O primeiro estabelecimento de saúde no Ceará foi um hospital instalado na cidade de Viçosa, em 1723, poucos anos depois desativado, em decorrência da expulsão dos jesuítas (MONTESUMA *et al*, 2006; FORTALEZA, 2014c).

2.4.2 Era Imperial (1822/1889)

O século XIX tem seu início marcado pela preponderância da produção de algodão devido a sua boa adaptação ao clima semiárido e à necessidade da revolução inglesa baseada na indústria têxtil. Fortaleza, torna-se centro coletor e exportador de produtos agrícolas, prescindindo do trabalho escravo que caracterizou a cana de açúcar e cafeicultura em outras regiões do país e, uma vez que a regulação já era pelo trabalho livre, não foi difícil o Ceará ser o primeiro estado a abolir os escravos (MONTESUMA *et al*, 2006).

Nessa época, a herança teórica francesa predominou, pela concepção do atrelamento entre doença e miséria, miscigenação e determinismo biológico. Terríveis secas, a hegemonia econômica nacional concentrando-se no Sudeste e o grande número de sertanejos migrando para a capital, além de várias crises

econômicas vão caracterizar socialmente essa era. O contexto mundial de revoluções: francesa, norte-americana, industrial também revolucionam as teorias médicas, surgindo a medicina preventiva que se baseia em ações direcionadas ao saneamento e higienização urbana (LIRA-NETO, 1999; MONTESUMA *et al*, 2006).

O setor médico higienista incentivou a modernização de Fortaleza recomendando a construção dos espaços arejados e iluminados para manter salubre mercados, escolas, prédios públicos e cadeias, determinando, ainda, que os loucos e os mendigos, incompatíveis para o trabalho, fossem abrigados em Asilos específicos, tendo sido criados um Asilo de Alienados e um Asilo de Mendicidade em 1886. Não casualmente, portanto, constituiu-se uma tenaz cultura de segregação entre pobres e ricos, urbanos e rurais, mestiços e brancos, trabalhadores e vagabundos, doentes e saudáveis (LIRA-NETO, 1999 PONTE, 2014).

Em 1817, Silva Paulet elaborou projeto urbano para Fortaleza, na forma inspirada no tabuleiro de xadrez, visando o ordenamento do trânsito de pessoas e mercadorias. Em 1875, Fortaleza passou a ter, oficialmente, uma planta topográfica completa e precisa, obra de Adolfo Herbster, (PONTE, 2014). Entre um momento e outro, a cidade viveu experiências caóticas, pois grandes secas trouxeram para a capital, subitamente, mais de 100 mil sertanejos flagelados, quadruplicando a população de Fortaleza. E, na esteira das migrações desordenadas, um conjunto de epidemias, sobretudo de varíola, simbolizado pela morte de quase 30 mil retirantes, em dois meses do ano de 1877, destacando-se o trágico dia das mil mortes (PONTE, 2014).

Neste período ainda se destacam o trabalho de Rodolfo Teófilo, farmacêutico, criador de um vacinogênio instalado por conta próprio, à revelia do pânico popular e da ignorância dos governantes do estado; a inauguração da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, em 1861, impulsionada pelas epidemias de febre amarela e de cólera-mórbus, entre 1815 e 1864; a abolição da escravatura, em 1883, antecipando em cinco anos a abolição no Brasil; e a inauguração, em 1886, do 10º hospício psiquiátrico brasileiro, o Asilo de Alienados São Vicente de Paula (LIRA-NETO, 1999; MONTESUMA *et al*, 2006; PONTE, 2014).

2.4.3 Era Republicana (1889/2001)

Inicia-se com a Proclamação da República, a passagem das Províncias a Estados, com relativa autonomia, e o desenvolvimento de um pacto de negociação

entre os poderes federal e estaduais, denominado de Política dos Governadores. Surge o primeiro estudo realizado por Thomaz Pompeu de Souza Brasil, em 1896, sobre as condições sanitárias de Fortaleza e do comportamento higiênico da população, mostrando a situação de alta mortalidade e a estrutura bastante deficiente da saúde pública. Dentre os tópicos foram apontados: a aglomeração populacional, a falta de esgotos subterrâneos e água potável, sedentarismo, crescimento da área ocupada por prédios, moléstias contagiosas e secas (MONTESUMA *et al*, 2006).

Ações dirigidas principalmente por médicos originaram o movimento Médico Higienista de Fortaleza que atribuía às autoridades municipais a responsabilidade de impor à comunidade a moralização e o respeito às regras de higiene. Com o crescimento desordenado por conta das migrações causadas pelas secas, surgiram, assim, as Inspetorias regulamentando e normatizando os procedimentos de higiene na cidade, donde, a partir de 1920, passaram a ocorrer inspeções sanitárias em logradouros e residências (FORTALEZA, 2014c).

O tensionamento da população contra o governo representado por Nogueira Accioly, que alegava não ter recursos para investir simultaneamente no esgotamento sanitário e em abastecimento de água, resultaram em graves conflitos na cidade, como as passeatas de crianças e a cabroeira, levando à vergonhosa deposição do mandatário, após três gestões (MONTESUMA *et al*, 2006). O maior feito do sucessor, Franco Rabelo, foi instalar o Instituto de Proteção e Amparo à Infância, onde diariamente médicos consultavam crianças e distribuía leite para as mais necessitadas. Quanto ao abastecimento de água, somente foi concluído em 1927, no governo Moreira da Rocha (MONTESUMA *et al*, 2006; FORTALEZA, 2014c).

Na era colonial, os médicos se limitavam a evitar a morte. No século XX, a medicina social deslocou seu foco da doença para a saúde, começando a intervir na sociedade, para prevenção e profilaxia. O médico passou a ser, também, um cientista social, conhecedor de História, Geografia, Antropologia, Epidemiologia e Política, para compreender e disciplinar a vida urbana, decorrência tardia da chegada ao Ceará dos ideais franceses da Medicina de Higiene das Cidades (PONTE, 2014).

Com a reemergência da varíola e da febre amarela, intensas movimentações levaram às fundações do Centro Médico Cearense, da Faculdade de Farmácia e Odontologia, da Maternidade João Moreira, atualmente Hospital Geral César Cals,

do Instituto Pasteur, do Serviço de Proteção e Assistência à Infância, do Serviço de Profilaxia do Ceará, apoiado pela Fundação Rockefeller, da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, de um Leprosário no Arraial Moura Brasil, do Sanatório de Messejana, hoje Hospital de Messejana para coração e pulmão, da Assistência Municipal de Fortaleza, hoje Instituto Dr. José Frota -IJF (MONTESUMA *et al*, 2006).

Na década de 1930, Fortaleza torna-se a primeira cidade do Nordeste a ter um centro de saúde, um laboratório central de análises clínicas, uma polícia sanitária e uma política de capacitação de recursos humanos. Como decorrência do Estado Novo, da criação do Ministério da Educação e Saúde e da designação por Getúlio Vargas de interventores nos estados, surge o primeiro projeto de planejamento da saúde pública no Ceará, com a criação da Diretoria de Saúde Pública, dirigida pelo sanitarista Amílcar Barca Pelon, que divide o Ceará em cinco distritos sanitários e instala os primeiros serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de Inspeção Médico-Escolar e de Imunização (MONTESUMA *et al*, 2006; FORTALEZA, 2014c).

Em 1945, tivemos a criação da Secretaria Municipal de Saúde- SMS de Fortaleza e a implantação de seis postos médicos. Em 1953, houve a conclusão da primeira turma do curso de medicina no Ceará e em 1955, foi iniciada a construção da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Em 1966, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS e a construção do Hospital Geral de Fortaleza-HGF, com 250 leitos. Houve ainda, neste período a campanha de erradicação da varíola que, em dois anos, promoveu a vacinação de 98% da população cearense (FORTALEZA, 2014c).

Na década de 1960, os avanços indicados pela III Conferência Nacional de Saúde que concebe a integralidade do cuidado e a cobertura universal, germinando um Sistema Nacional de Saúde, são abortados pelo Golpe Civil-Militar de 1964, cuja ideologia orientou a prestação privada de serviços, a centralização burocrática da previdência social e o modelo assistencial, curativo, farmacológico (MONTESUMA *et al*, 2006).

A década de 1980 marca a retomada de um ciclo liberal-democrático no país, sendo representado no Ceará pela hegemonia empresarial do poder público. Houve uma descentralização da máquina estatal e muitas ações direcionadas à saúde: redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal, expansão do atendimento hematológico, implantação de ações preventivas, promoção de saúde

bucal e atendimento médico em 100% do estado, ampliação da rede de serviços, fortalecimento da Atenção Primária de Saúde- APS e adesão pioneira da Prefeitura de Fortaleza ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde- SUDS. A ocorrência da VIII Conferência Nacional de saúde encontra forte eco no Ceará e o protagonismo de propostas como a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS que antecipa em quatro anos a adesão do Ministério da Saúde (MONTESUMA *et al*, 2006; FORTALEZA, 2014c).

A década de 1990 traz a implantação dos Conselhos de Saúde, a criação de cursos de Mestrados Acadêmicos em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará-UECE e na Universidade Federal do Ceará-UFC, a criação da Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP/CE, a implantação do Programa Saúde da Família-PSF, antecipando em dois anos a adoção nacional. Desde o início da década, já em 1991, foi assinado o termo de adesão ao Sistema Único de Saúde-SUS inicialmente pela implantação do Sistema Local de Saúde-SILOS, e dos Centros de Integração e Desenvolvimento Comunitário-CIES, para dar resposta ao processo de marginalização de crianças e adolescentes (MONTESUMA *et al*, 2006; FORTALEZA, 2014c).

Mas, para que a integralidade da atenção, baseada na promoção de saúde e na prevenção de doenças seja realidade, cuidando-se de territórios vivos de modo interdisciplinar e intersetorial, faz-se necessário romper com o modelo curativo, setorial, emergencial e focado no corpo biológico. O caminho é longo e existem dificuldades culturais e econômicas muito consistentes, enraizadas, enrijecidas, simultaneamente a subfinanciamento do setor, descontinuidades políticas, pequena formação gerencial e formação profissional baseada na taylorização dos agentes terapêuticos, corporativos e superespecializados.

No que se refere ao perfil demográfico da capital temos a seguinte situação: Fortaleza conta com 2.452.185 habitantes, o que corresponde a 31% da população do estado, e destes habitantes 53% são mulheres e 47% são homens, sendo que 22,6% estão na faixa etária de 0 a 14 anos, 6,6% têm de 65 anos a mais, encontrando-se entre 15 e 64 anos 70,8% da população (CEARÁ, 2012). Nos últimos 10 anos o crescimento da população tem mantido a proporção entre homens e mulheres, mas o crescimento do número de idosos é evidente, caracterizando processo de envelhecimento da população. A cidade possui o menor índice de empregos formais entre as capitais brasileiras e o PIB per capita, de R\$ 16.962,00 é

produzido pelos setores de serviços (80,6%) e industrial (19,3%), distribuindo-se de modo profundamente desigual. A taxa de analfabetismo decresce, mas continua elevada e, em 2010, 92,7% das crianças e dos adolescentes já frequentavam a escola, enquanto 18% dos trabalhadores formais já possuíam título de educação superior (MENEZES & MEDEIROS, 2012).

A SER III está localizada na zona oeste do município de Fortaleza, com uma área territorial de 27.777 km², possui 378.000 habitantes distribuídos em 17 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha (FORTALEZA, 2014a).

Além dos três CAPS, a SER III contempla um Complexo Universitário com a Universidade Federal do Ceará-UFC, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital das Clínicas Walter Cantídio e Setor de Emergência Odontológica e, em sua rede de atenção à saúde, 16 Centros de Saúde da Família- CSF, um Hospital Distrital Evandro Aires de Moura-HDEAM, um Hospital Estadual de Doenças Infecciosas São José; o Instituto do Câncer do Ceará-ICC, um Grupo de Educação e Estudos Oncológicos-GEEON, o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará-HEMOCE, o Instituto de Psiquiatria do Ceará-IPC, quatro equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família–NASF e 62 Equipes Estratégia Saúde da Família-ESF. Na rede de assistência social constam dois Centros de Referência da Assistência Social-CRAS, o Conselho Tutelar, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social-CREAS e quatro Organizações Não Governamentais-ONGs voltadas para questões ligadas à violência contra a Mulher, às pessoas vivendo com HIV/Aids, à violência contra criança e à prevenção e promoção de saúde para mulheres de baixa renda (FORTALEZA, 2014b).

A articulação entre os CAPS, os CSF e os hospital dá-se por meio de reuniões entre os gestores, onde se debatem os problemas comuns e se pactuam planos integrados. No que se refere à articulação da saúde mental com a ESF, segundo o Plano Municipal 2010-2013, as ações contemplam o matriciamento, a articulação com o Sistema Municipal Saúde-Escola e a Escola Estadual de Saúde Pública-ESP/CE e o atendimento dos egressos dos hospitais psiquiátricos. No que tange ao hospital, podem ser citadas ações objetivando a garantia da agilidade no atendimento de emergência 24h, de forma integrada com o CAPS e internações, na

estruturação de enfermarias para desintoxicação leve e intercorrências, na articulação territorial com a atenção básica e na rede de internações, dentre outras (FORTALEZA, 2014c).

2.5 Procedimentos

Para a realização dessa pesquisa, após a qualificação do projeto, deu-se a submissão do mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEP da UECE. Enquanto aguardava o aval para iniciar o trabalho em campo, a pesquisadora realizou a revisão da literatura sobre o tema, nos últimos 10 anos, em artigos, livros e monografias científicas, utilizando-se das seguintes palavras-chave: política de saúde mental, reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. Nesse ínterim, também foi realizada a pesquisa documental - leis, decretos, normas, relatórios – e o teste dos instrumentos de investigação de campo – os *check lists* e as técnicas da entrevista e do grupo focal.

Após a aprovação pelo CEP deu-se a realização das entrevistas com os gestores: Gestor do CAPS g, Gestor do CAPS ad, Gestor do CAPS i, Articulador de Saúde Mental da SER III e Gestor Municipal de Saúde Mental, totalizando cinco sujeitos e, a realização dos Grupos Focais com os trabalhadores que aderiram: um Grupo Focal em cada um dos três serviços de saúde mental, cada grupo envolvendo de nove a 13 trabalhadores, totalizando três Grupos Focais de 33 sujeitos e Grupos Focais com os usuários que aderiram: um Grupo Focal em cada um dos três serviços de saúde mental, sendo dois em um dos serviços, cada grupo envolvendo seis usuários, totalizando quatro Grupos Focais de 24 sujeitos.

Após o término do trabalho em campo, deu-se início à transcrição, análise e sistematização dos resultados, para em seguida, redigir os textos de descrição de resultados, pela aplicação dos instrumentos de interpretação - estatística descritiva e análise do discurso coletivo -, discussão, considerações, conclusões e recomendações para enfim, concluir a Dissertação e realizar sua defesa pública.

2.6 Dimensão Ética e Forma de Exposição

O presente estudo obedeceu à Resolução 446, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde-CNS, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Foi assegurado, aos participantes, a autonomia, o anonimato, a privacidade, o sigilo e a desistência em qualquer etapa da pesquisa. Em decorrência, aos participantes foi solicitada a assinatura do termo de consentimento, após os devidos esclarecimentos sobre o mesmo.

A exposição dos resultados seguiu a seguinte estrutura geral: Pré-textual, da capa ao sumário; Introdução, da motivação aos objetivos; Tratamento Metodológico, do desenho geral da pesquisa à dimensão ética; Resultados e Discussão, secção subdividida, em dois capítulos: o Capítulo I, que apresenta o histórico das propostas de reforma psiquiátrica no mundo, no Brasil, no Ceará e em Fortaleza; e o Capítulo II, que apresenta as opiniões, com sinergias e contradições, dos gestores, trabalhadores e usuários, sobre a transição entre modelos e suas formas específicas de implantação. Por último, as Considerações Finais, que incluem considerações gerais, conclusões e recomendações, e o Pós-textual, com referências, apêndices e anexos.

3 HISTÓRICO DAS PROPOSTAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CEARÁ

A história da Reforma Psiquiátrica Brasileira inicia-se no período que compreende as décadas de 1970/80, antecede o movimento mais geral de Reforma Sanitária, porém sua operacionalização somente ocorrerá após os avanços desta. Trata-se de projeto reformista, de conotação socialista e socialdemocrata (SAMPAIO; BARROSO, 1994).

A Reforma Sanitária surge a partir de movimentos sociais reivindicando melhorias nas questões de transporte, moradia, saúde, saneamento básico, conduzidos por intelectuais, trabalhadores e todos aqueles interessados ideologicamente em transformar a situação socioeconômica brasileira, vivida em contexto ditatorial, e apontando para a retomada de procedimentos políticos democráticos, quando os princípios que hoje norteiam o SUS, como universalidade, acessibilidade, integralidade e controle social pudessem contemplar toda a população e, não somente o nicho restrito da população incluída no trabalho formal. As dimensões continentais do Brasil, sua histórica desigualdade social e sua inserção no modo de produção capitalista em posição periférica tornavam o desafio de empreender um sistema de saúde fundamentado em princípios social democráticos uma tarefa muito ousada e de extraordinária complexidade. A Reforma Sanitária nasce como movimento contra a ditadura civil-militar, como processo político, não se limitando a questões apenas da saúde.

Segundo Silvio Yasui (2006), algumas instituições compuseram e lideraram esse processo histórico da Reforma Sanitária, como o Centro Brasileiro de Estudos Sociais-CEBES, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO, os movimentos de saúde ligados as Comunidades Eclesiais de Base-CEB da Igreja Católica e setores dos movimentos estudantil, dos médicos residentes, dos professores universitários e dos trabalhadores do setor saúde. A Reforma Sanitária, portanto, diz respeito a um processo político institucional de transformação da própria consciência sanitária e das instituições de saúde no intuito de realizar um resgate da cidadania e de garantir a todos o direito universal à saúde (PRANDONI; PADILHA, 2004).

A ideia de reforma psiquiátrica segue as trilhas da Reforma Sanitária, surgindo da movimentação dos trabalhadores de saúde, questionadores da forma

como a Psiquiatria lidava com seu objeto e seu cliente, transcendendo o ideal de transformação do campo da assistência e passando para uma compreensão da necessidade de transformação dos sistemas, redes, programas, projetos, instituições e dispositivos de atenção, objetivando desospitalização e desinstitucionalização. A crítica liderada pelos trabalhadores do campo da saúde mental cresce em contundência e desdobra duas grandes vertentes: a do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica-MBRP e o Movimento da Luta Antimanicomial-MLA, o primeiro foca transformações nas condições de trabalho e na lógica da atenção, sobretudo das políticas públicas de cuidado, no âmbito do SUS, propondo a atenção psicossocial territorial, e o segundo, incluindo artistas, jornalistas e intelectuais, foca transformações mais radicais de uma sociedade profundamente desigual, profundamente geradora de exclusão, preconceito e estigma, em torno do lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

Para compreendermos melhor esse processo histórico de construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil, vale citar dois fatos importantes que marcaram o início da Psiquiatria no país: a inauguração, em 1852, do Hospício Pedro II, pelo próprio Imperador, e a criação das Colônias de Alienados, após a Proclamação da República, em 1889, formando tão logo, uma aliança entre a psiquiatria e os projetos estatais de controle da sociedade pelo Estado (COSTA-ROSA; DEVERA, 2007).

Alguns autores têm se dedicado à compreensão da história da assistência psiquiátrica no Brasil, focando os séculos XIX e XX, quando, de fato, a especialidade médica e os dispositivos de cuidado iniciam processo de consolidação (MACHADO, 1978; COSTA, 1981; MACEDO, 1982; AMARANTE, 1983; SAMPAIO, 1996). Estes autores, entre outros, desvendam as especificidades da história brasileira das expressões do transtorno mental e das práticas para o enfrentamento da questão.

A partir de um levantamento exaustivo de literatura, Sampaio (1996) sistematiza uma periodização anterior ao período coberto por seu estudo e agrega uma continuação. Periodização sistematizada: 1500-1817 (loucura não é doença, seu lugar é na rua e na cadeia), 1817-1852 (loucura é doença, mas seu lugar é o porão das Santas Casas), 1852-1890 (modelo alienista, era de ouro dos asilos) e 1890-1941 (modelo das colônias, hegemonia do setor público). Periodização agregada: 1941-1954 (hospitais públicos convivem com início da privatização), 1955-1964 (onda de privatização hospitalar, seguindo lógica de mercado), 1965-1981 (política pública de indução de privatização por financiamento direto,

investimento pela Caixa Econômica e compra de leitos pela Previdência) e 1982-1985 (esgotamento do modelo hospitalar-privatista e tímido investimento público no sistema próprio). O trabalho do autor conclui-se às vésperas do advento da Redemocratização, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Realizando outra síntese da literatura, Sampaio (2010) aprofunda a discussão sobre os cortes paradigmáticos na história da assistência psiquiátrica brasileira: Reforma Clemente Pereira (década de 1850, o 1º hospício, filantrópico, no Brasil), Reforma Teixeira Brandão (década de 1890, estatização e surgimento das colônias), Reforma Adauto Botelho (década de 1940, hospitais públicos descentralizados pelas unidades da federação), Reforma Leonel Miranda (década de 1960, desenvolvimento de uma máquina liberal privatista curativa, induzida pelo Estado) e Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (décadas 1970/80, desospitalização, desinstitucionalização, interdisciplinaridade, atenção psicossocial territorial).

Mas, pela arte, grandes romancistas procuravam compreender e criticar os preconceitos e o autoritarismo das práticas nacionais. Machado de Assis, em sua obra “O Alienista”, de 1881, desmonta alegórica e ironicamente o totalitarismo da razão, criando monstros, no 2º Império. Lima Barreto, em sua obra, o “Diário do Hospício e Cemitério dos Vivos”, de 1920, relata dramaticamente suas experiências de alcoólatra compulsivo e suas internações no Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro da República Velha (YASUI, 2006).

A partir de 1881, os médicos assumem as direções dos hospícios, para exercerem o papel de porta-vozes legítimos da Ciência e do Estado. Em 1886, Teixeira Brandão, deputado federal e diretor do Hospital Nacional de Alienados consegue a aprovação da 1ª lei brasileira de proteção ao alienado, para a qual somente o hospício estaria apto a receber os loucos, subordinando a internação ao saber médico, fazendo, portanto da Psiquiatria a maior autoridade sobre o comportamento humano e seus desvios (COSTA-ROSA; DEVERA, 2007).

Todos os desviantes da norma social idealizada, prostitutas, portadores de doenças venéreas, órfãos abandonados, mendigos e os denominados loucos de todo o gênero, eram estigmatizados com as marcas da paixão descontrolada e da periculosidade, daí, eram destituídos dos direitos humanos e políticos mínimos em espaços de reclusão e isolamento (GODOY; BOSI, 2007).

Antes mesmo da existência do manicômio, o confinamento domiciliar já era prática no século XVII. A questão do internamento, de uma maneira geral, como

uma das intervenções da Psiquiatria, faz parte de uma estratégia que inclui projeto terapêutico e controle social, predominando a segunda dimensão em toda a parte inicial desta história, inclusive pela falta de efetivas ferramentas terapêuticas. Durante o século XVIII, por exemplo, o problema do louco, recém-separado do problema do possesso, passa a ser um problema político, do Estado, na perspectiva da manutenção da ordem urbana, seja pelo asilamento, seja pela ação policial. A Medicina procura se constituir como técnica e ciência, mas suas práticas vinculam-se ao humanitarismo assistencialista ou à política, isto é, a um saber formulada por especialistas a serviço do aparelho estatal (PRANDONI; PADILHA, 2004).

Para Amarante (1992), o manicômio como espaço de controle e poder, pode se reproduzir em todos os dispositivos institucionais, sobretudo em sociedades profundamente divididas e iníquas, portanto a lógica manicomial pode estar presente em ambulatórios, enfermarias de hospitais gerais, igrejas, empresas, escolas, cadeias, conventos, famílias, enfim, em qualquer espaço onde haja relação humana, e esta relação possa ser percebida/vivida como de dominação. Franco Basaglia, o líder da Psiquiatria Democrática Italiana da década de 1970, nos remete ao manicômio como um lugar de controle social e não de cura. Fica claro, assim, que a história da Psiquiatria, inclui processos de medicalização do social, disciplinarização e exclusão.

Sampaio (1994) reflete que o hospital psiquiátrico se transformou em casa deteriorada de pessoas deterioradas. Sua clientela é infantilizada, sendo perdida a oportunidade criativa de transformação, perpassando por trabalhadores desvalorizados e desacreditados do potencial de mudança que uma crise pode possibilitar. Reforça, ainda, que a visão da valorização enquanto mercadoria e moeda de troca faz com que aquele que não produz venha a ser descartado ou mantido em locais de exclusão.

O MBRP inicia-se, sobretudo, pautado em questões trabalhistas e em denúncias das políticas de saúde mental (AMARANTE, 1992), consistindo em processo de movimentos sociais e políticos, desconstruindo os conceitos de saúde e as práticas em Psiquiatria (ANTUNES; QUEIROZ, 2007). Trata-se de um projeto técnico, epistemológico e político, propondo uma reforma assistencial, uma reforma teórico-metodológica e uma reforma social, aplicadas ao campo da saúde, em geral, e da saúde mental, em particular (PAIM; 2007).

No início do século XX, muitos médicos foram marcantes em suas atuações para a mudança de perspectiva da saúde mental que viria a ser defendida, posteriormente pelo MBRP. Destaque-se Ulysses Pernambucano, um pioneiro da Psiquiatria Social brasileira, profundo crítico das propostas eugenistas da Liga Brasileira de Higiene Mental; Osório César, que utilizou pela primeira vez técnicas avançadas de ocupação em arte como recurso terapêutico, superando o paradigma do trabalho forçado das antigas Colônias; e Nise da Silveira, de formação *junguiana*, que desenvolveu extenso e duradouro trabalho com a expressão artística como libertação do humano e criou o Museu das Imagens do Inconsciente, no Centro Psiquiátrico Pedro II, Rio de Janeiro/RJ (YASUI, 2006).

Várias teorias influenciaram a mudança da atenção no campo da saúde mental brasileira. Os principais movimentos que impactaram a história da Reforma Psiquiátrica foram: a Psiquiatria do Setor, com fundamentos econômicos e terapêuticos, estabelecendo territórios de atuação de equipes; a Análise Institucional, organizando o hospital como local de relações significantes, onde o conflito de uma equipe reproduz um conflito no cliente e considera a existência de um inconsciente de grupo; a Comunidade Terapêutica, que propõe o entendimento das organizações psiquiátricas como campos de dinâmica democrática, no como-si de assembleias determinando a organização psíquica e a consciência das tomadas de decisão; a Antipsiquiatria, com a ideia de dissolver a barreira entre assistentes e assistidos, superando a reclusão e a repressão, sobretudo admitindo a psicose como expressão de uma tensão básica entre várias possibilidades de exercício da subjetividade; a Psiquiatria Preventiva Comunitária, política assistencial que deixou de visar a doença para visar sua latência e possibilidades de ocorrências, além de estabelecer a lógica do cuidado em segmentos sociais, em comunidades homogêneas, como, por exemplo, negros atendendo negros, *gays* atendendo *gays*; e, a Psiquiatria Democrática, com Franco Basaglia e sua equipe transformando o que era visto como sintoma da doença para ser visto como o modo como a doença era tratada, resgatando criticamente a dimensão política do desenvolvimento histórico do processo saúde/doença, portanto do desenvolvimento das teorias e das propostas de atenção, dispositivos e técnicas (SAMPAIO, 1994).

Na década de 1940, no Brasil, os hospitais públicos eram responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Asilos como o Hospital e Colônia de Juquery, em São Paulo, o Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, o Hospício São

Pedro, no Rio Grande do Sul, e o Hospital da Tamarineira, em Pernambuco, eram as referências para a assistência psiquiátrica do país. Os hospitais privados, como a Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, a mais antiga do país neste regime de propriedade, criada pelo médico otorrinolaringologista Francisco Eiras, em 1860, o Kaempf Sanatório Vida Nova, no Rio Grande do Sul, o Sanatório Recife, criado pelo neuropsiquiatra Ulisses Pernambucano, em 1936, e a Casa de Saúde São Gerardo, criada pelos neuropsiquiatras Antônio Vandick Ponte e Jurandir Picanço, no Ceará, eram basicamente o que existia (PAULIN; TURATO, 2004; SAMPAIO, 1996).

Vale destacar o psiquiatra alagoano, Luís da Rocha Cerqueira, discípulo de Ulisses Pernambucano, que entre as décadas 1950 e 1960, defendeu a necessidade de uma Política Nacional de Saúde Mental, humanizada, com respeito aos direitos do doente mental, com os serviços, públicos ou privados, submetidos a processos periódicos de avaliação. Luis Cerqueira, ao postular uma Psiquiatria Social adequada à história e à cultura brasileiras, ferrenho crítico do modelo hospitalar asilar, sem dúvida representa um precursor do MBRP (COSTA-ROSA; DEVERA, 2007).

O golpe civil-militar 1964 rompeu com o modelo de poder desenvolvimentista-populista e introduziu uma nova concepção capitalista-monopolista, com repercussões significativas na área previdenciária e de saúde mental. Antes, havia forte influência dos setores sociais organizados, reivindicadores das reformas de base no país. Após o golpe, o Estado passa a regular e executar as ações, aliando-se aos novos setores dominantes do capitalismo nacional e internacional, optando pelo desenvolvimento de um forte setor privado na saúde, na assistência social e na educação, pela transferência sob contrato de responsabilidades sociais do Estado (PAULIN; TURATO, 2004). Sampaio (1998) denomina esta tendência de capitalismo Estado-dependente, no qual empresas existem enquanto o Estado pode comprar seus serviços, garantidos por *lobbies* dentro dos poderes executivos.

Nesse período, instaura-se a “indústria da loucura”, transformando o doente mental em mercadoria e sua doença como fonte de lucro. A Psiquiatria foi a especialidade médica que mais permitiu este desenvolvimento, pela impossibilidade técnica objetiva de avaliação, definição de tetos, critérios diagnósticos e de alta, devido à facilidade com o portador de transtorno mental pode ser excluído de direitos humanos, sociais e políticos, daí a pouca exigência de qualidade no setor, tornando-o um mercado extremamente lucrativo. Leonel Miranda, então ministro da

saúde, responsável por essa indústria da privatização, fez com que, nesse período, saltasse de três para 56 mil, o número de leitos para internações. Tornou-se proprietário do maior manicômio privado do mundo, a Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, que até 2002 pode credenciar 2.000 leitos para financiamento pelo SUS, decrescendo para 600 leitos apenas em 2006, quando um avanço do processo de Reforma Psiquiátrica na intervenção federal do hospital. Nessa condição, a assistência ao doente mental tinha como finalidade o lucro ao invés da recuperação de sua saúde (PRANDONI; PADILHA, 2004, AMARANTE, 2006). Sampaio (1996) demonstra que, entre 1967, ano da federalização centralizada da previdência social, e 1985, ano final do ciclo ditatorial, foram criados leitos psiquiátricos em ritmo 15 vezes maior que a taxa de crescimento da população brasileira.

Em 1972, ocorreu o II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e a III Reunião de Ministros da Saúde, em Santiago do Chile, tendo como desdobramento um acordo para a execução de um programa de Saúde Mental no Brasil que foi válido por dois anos (COSTA-ROSA; DEVERA, 2007). Em 1977, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental–PISAM, por ocasião da VI Conferência Nacional de Saúde, no intuito de valorizar os princípios da Psiquiatria Preventiva Comunitária norte-americana, qualificando em saúde mental médicos generalistas e auxiliares de saúde, para atuação em centros de saúde. O programa não atingiu suas expectativas, apesar de um relativo sucesso nas regiões Norte e Nordeste, pois não foi suficiente para os egressos de internações psiquiátricas ou para os doentes crônicos que necessitavam de outra abordagem. Sendo assim, após críticas dos setores público e privado, por motivos diferentes, o PISAM foi desativado pouco tempo depois (PAULIN; TURATO, 2006).

Franco Basaglia, líder do movimento italiano de Psiquiatria Democrática, visitou o Brasil em 1978, tornando-se um dos principais influenciadores da política que temos hoje de saúde mental do país. Foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando novas estratégias e uma nova rede de serviços psiquiátricos na comunidade, composta por equipes interdisciplinares, capazes de responder às demandas, tanto dos doentes graves, como das pessoas em sofrimento mental, os familiares e os suportes sociais externos às famílias (AMARANTE, 2006). Para Antunes e Queiroz (2007), Basaglia referenciava que o problema da doença mental estava inserido dentro de uma dimensão política. Sua perspectiva de trabalho foi desenvolvida em oposição ao reducionismo positivista,

que afirmava ser a doença mental restrita ao nível biológico, sem considerar o ser, sua existência e integralidade contraditória e dinâmica.

Paulin e Turato (2004) e Costa e Devera (2007) relatam que 1978 também foi o ano de surgimento do MBRP, nascido no contexto do esgotamento da ditadura civil-militar, do modelo de privatização dos leitos psiquiátricos em expansão exponencial e da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental-DINSAM. Este conjunto de crises desencadeou a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e o Movimento da Luta Antimanicomial, com o primeiro se integrando e o segundo coexistindo em tensão com o MBRP. A ocorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, após a redemocratização, possibilitou a aprovação do SUS, a convocação da I Conferência Nacional de Saúde Mental e a incorporação da proposta de um sistema público único de saúde no texto da Constituição Brasileira de 1988.

Entre a I e a II Conferência Nacional de Saúde Mental desencadearam-se ações práticas, como as inaugurações bandeirantes do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo/SP, o Núcleo de Atenção Psicossocial-NAPS, em Santos/SP, e o Centro de Atenção Psicossocial de Iguatu, em Iguatu/Ce, que foram fundamentais para os desdobramentos políticos, jurídicos, teóricos, técnicos, culturais e éticos seguintes, operando transformações complexas na atenção à saúde e à saúde mental, bases das novas perspectivas vividas hoje, juntamente com novas crises (COSTA-ROSA; DEVERA, 2007, AMARANTE; TORRE, 2001, SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010).

Diversas portarias ministeriais vão sendo elaboradas a partir das pactuações realizadas nas conferências, de forma a organizar e regulamentar as novas diretrizes da atenção psicossocial. Dentre elas, vale destacar a Portaria Ministerial N° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece a criação e a regulamentação dos CAPS. De acordo com essa Portaria, os CAPS são definidos em três modalidades, conforme a lógica do território, a saber: CAPS I, abrange população entre 20.000 a 70.000 habitantes; o CAPS II, abrange população de 70.000 a 200.000 habitantes; e o CAPS III, abrange população acima de 200.000, com serviço ambulatorial 24h. O atendimento é prioritário a pessoas com transtornos mentais severos em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, por meio de abordagens individuais, grupais, oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. A equipe mínima para CAPS II, por

exemplo, consta de um médico psiquiatra, um enfermeiro e quatro outros profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e pedagogo, e seis profissionais de nível médio, entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Os CAPS devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária e funcionar segundo a lógica do território, devendo articular todas as instâncias de cuidados em saúde mental desenvolvidas na atenção básica em saúde, no PSF, na rede de ambulatorios, de hospitais e de suporte social, como trabalho protegido, lazer, lares abrigados e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos (BRASIL, 2002).

Para Sampaio e Barroso:

“Um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS constitui serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, 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; BARROSO, 2010, p.11).

Amarante e Torre (2001) acrescentam, ainda, que o CAPS é um serviço intermediário entre o hospital e a comunidade, o qual visa à construção de uma rede de prestação de serviços comunitária, desburocratizante e de caráter interdisciplinar, formando uma estrutura multiprofissional estimulante aos vários aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade, respeitando-se a singularidade dos sujeitos, cujo objetivo é o de produzir estruturas que não reproduzam as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico, que compreende a doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, o manicômio como lugar de cura e esta como ortopedia e normalização. Alerta, ainda, para que os novos serviços não sejam reformas, atualizações da psiquiatria, mas que seja uma ruptura da antiga forma de pensar e lidar com as pessoas em sofrimento psíquico, conforme o molde positivista.

Vale o destaque, também, para as Portarias do Ministério da Saúde, desde aquelas de número 189/91 a 224/92, que possibilitaram o financiamento pelo SUS de outros procedimentos assistenciais além do leito/dia e consulta ambulatorial, até a de número 106/00, que regulamenta a construção de serviços tipo Residências

Terapêuticas. Destaque-se a Lei 10.708/2003 que estabelece o Programa de Volta Pra Casa e a Lei 11.343/2006, que estabelece a Política Nacional de Álcool e Drogas (AMARANTE, 1995; MELO, 2011).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e, além da extinção progressiva de leitos tipo asilares e da instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, prevê o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; regulamentando cuidados especiais à clientela de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para a internação involuntária e/ou desnecessária (COSTA-ROSA; DEVERA, 2007).

Esta Lei, após 10 anos de tramitação no Congresso Nacional, desde a proposta inicial com três artigos do Deputado Paulo Delgado, do PT/MG, passando pela proposta cujo relator foi o Senador Lúcio Alcântara, do PSDB/CE, com cinco artigos, foi finalmente aprovada com treze artigos, cuja essência pode ser assim resumida: 1- proíbe-se a criação de novos leitos públicos e a contratação ou financiamento de leitos privados pelo poder público, prevenindo-se, deste modo, a expansão do tipo de capacidade instalada, considerada excessiva e superada, pois era óbvia a necessidade de ordenar e qualificar os recursos existentes, apontando para a descentralização e para a instituição de uma rede não hospitalar de cuidados, vocacionada para fins terapêuticos exclusivos e não de tutela e segregação. 2- definem-se níveis descentralizados de competência e sugere-se variedade de aparelhos de cuidado capazes de dar conta da promoção de saúde mental, da prevenção de doenças mentais, da assistência aos já adoecidos e da habilitação psicossocial, pois os cuidados devem oferecer integralidade, manutenção dos vínculos com a vida social e atendimento não estigmatizador aos clientes. 3- define-se um sistema de contenção e controle à internação compulsória, situação até então indefinida e geradora de distorções aos direitos de cidadania, indicando-se defensoria Pública específica e focando a garantia dos direitos de fato da cidadania dos portadores de transtorno mental (SAMPAIO; MOURA-FÉ; SANTOS, 1998, PITTA, 2011).

Nos anos 1990, diferente do que ocorreu, por exemplo, na Itália e no Canadá, onde aqueles que reclamavam eram os mesmos que construía as alternativas substitutivas ao manicômio, com engajamento ético-político, clínico e de reabilitação

psicossocial, no Brasil, o marco da relação entre o movimento antimanicomial e o Estado tem sido de conflitos e dificuldades para sua sustentabilidade, mesmo com todos os avanços legais e organizacionais conquistados. As mais de duas décadas de práticas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, sob seis Presidentes da República, o Ministério da Saúde teve 20 titulares, com orientações político-ideológicas muito distintas (PITTA, 2011).

As 11 Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, apesar de descontinuidades e obstáculos, constituem um importante arcabouço normativo, tanto para o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento no país, dos quais muitos já foram fechados e os demais foram reduzidos por não cumprirem as condições mínimas de funcionamento estabelecidas, como para o incentivo à criação de dispositivos substitutivos de cuidado que dependiam de uma nova sistemática de financiamento público. Tais normatizações respaldam a implantação dos CAPS, dos NAPS, das Residências Terapêuticas, dos leitos psiquiátricos em hospital geral e do matriciamento das ações de saúde mental na Atenção Básica, além de objetivarem a reorientação do modelo assistencial, a expansão do financiamento com controle social, a acessibilidade plena e a garantia dos direitos de cidadania, incluindo o fomento à autonomia dos sujeitos (PITTA, 2011; TENÓRIO, 2002). O modelo asilar-manicomial no Brasil ainda não foi superado, mas a criação de dispositivos substitutivos tem aumentado consideravelmente e apresentado experiências exitosas e consistentes, já sendo hegemônico, embora não homogêneo (SÁ; BARROS; COSTA, 2007).

No que se refere ao Ceará, para Quinderé e Jorge (2010), o estado é um dos pioneiros na transformação do modelo manicomial em um modelo de assistência psicossocial, culminando com o estabelecimento da Lei Estadual Nº 12.151, conhecida por lei Mário Mamede, de 29 de julho de 1992, que antecede a Lei Federal em nove anos, e versa sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos de natureza asilar e sua substituição por outros recursos de assistência, além de regulamentar a internação compulsória. Acioly (2006) informa que, acompanhando a tendência brasileira, na década de 1990, expressa-se a visibilidade da Reforma Psiquiátrica no Ceará, pela mobilização das associações de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, tanto quanto pela mobilização de professores universitários, pesquisadores e

intelectuais, em torno das questões éticas, políticas, econômicas, culturais e técnicas que possam sustentar este ou aquele modelo de atenção em saúde.

Depois dos referidos três primeiros CAPS – Iguatu (1991), Canindé (1993) e Quixadá (1993) – e da criação dos primeiros congressos, jornadas e encontros, para o debate das experiências em construção, surgiram, logo em seguida, mais três serviços: Icó (1995), Cascavel (1995) e Aracati (1997). Em Fortaleza, a capital do estado, o primeiro CAPS é de 1998, o CAPS da Secretaria Executiva Regional III, vinculado à UFC. Posteriormente, foram criados o CAPS gerais nas SER VI e SER IV em 2001. No ano de 2006, este número de três CAPS da capital foi ampliado para 14, diversificando-se os objetivos: seis CAPS gerais e seis CAPS para álcool e outras drogas, um para cada uma das Secretarias Executivas Regionais, e dois CAPS para crianças e adolescentes, um para cada duas Secretarias Executivas Regionais (ACIOLY, 2006; QUINDERÉ *et al*, 2010).

Quixadá estabelece marco para as cidades de pequeno porte, mas é em Sobral, a partir de 1999, que um marco para municípios de médio porte pode ser estabelecido. O momento de maturação de um processo já iniciado coincide com o episódio da morte de um cliente da Casa de Repouso Guararapes, como consequência de maus tratos, o caso Damião Ximenes Lopes, e que resultou em revolta e denúncias públicas. Com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará foram realizadas auditorias nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde que resultaram no descredenciamento do hospital. Cria-se, a partir de então, a Rede de Atenção Integral de Saúde Mental–RAISM de Sobral, composta por dois Serviços de Residência Terapêutica-SRT, uma unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral-IPHG, um ambulatório de Psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas-CEM, a fim de dar cobertura aos demais municípios da região e proteger os serviços instalados em Sobral, um grande CAPS geral, um CAPS para álcool e outras drogas, um programa de Saúde Mental Comunitária e um programa de apoio às 42 equipes locais da Estratégia Saúde da Família–ESF (SÁ; BARROS; COSTA, 2007).

Em Fortaleza, Bastos (2009) informa que, a partir de 2005, houve um redirecionamento político-administrativo na SMS, conforme os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A rede assistencial passou a ser composta por várias redes, como a Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família, a Rede

Assistencial Ambulatorial Especializada, a Rede Assistencial de Urgência e Emergência, a Rede Assistencial Hospitalar e a Rede Assistencial Integrada de Saúde Mental-RAISM Fortaleza. Seu sistema de saúde passou a apresentar capacidade adequada para a realização de ações básicas de saúde, de média e alta complexidade, com rede regionalizada e hierarquizada, sendo referência para municípios de pequeno e médio porte do Ceará e para outros estados. No entanto, os CAPS não ultrapassaram as primeiras marcas, atendendo muito além da capacidade instalada, submersos na avalanche da demanda. Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) consideram que o pequeno tamanho da rede de saúde mental e sua recente instalação, o grande tamanho da população em densa zona metropolitana que ultrapassa três milhões de habitantes, as graves carências sociais com extraordinária desigualdade interna, as formas precárias de contratação dos trabalhadores e suas formações atrasadas ou inadequadas, além da volumosa demanda acumulada pela desatenção ou atenção equivocada do passado, dado o atraso na implantação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica em Fortaleza, a cidade, hoje, vive colapsos neste campo.

A realidade da política de saúde mental em Fortaleza será melhor discriminada no próximo capítulo, a partir da visão, diagnósticos e perspectivas de gestores, trabalhadores e usuários.

De forma a sintetizar os achados históricos, recorre-se a Sampaio e Carneiro (2007): o MBRP, no Ceará, caracteriza-se por um processo que nasce do interior e custa a chegar à capital; e foram instalados 56 CAPS, dos quais 14 na capital, algo em torno de um CAPS para 200 mil habitantes, em média, e 42 no interior, distribuídos por 31 das 183 cidades do estado, algo em torno de um CAPS para 120 mil habitantes, em média. Recorre-se também a Sampaio e Barroso (2010), ao identificarem os grandes pontos emergentes da história da Reforma Psiquiátrica no estado: as Conferências Estaduais de Saúde Mental de 1987 (I), 1992 (II), 2001(III) e 2010 (IV), neste caso, observe-se a irregularidade temporal das ocorrências; a Constituição Estadual, de 1989, e a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, de 2001; as Cartas de Ytaceranha, em 2000, de Fortaleza, em 2001, e de Quixeramobim, em 2002; os Encontros de CAPS do Ceará; as Jornadas Cearenses de Psiquiatria; as Jornadas Interioranas de Saúde Mental de Iguatu; as Jornadas Quixadaenses de Saúde Mental e Cidadania; e os Congressos de Saúde Mental da UECE.

Finalmente, atente-se para o alerta de Yasui (2006): a Reforma Psiquiátrica que vem ocorrendo no Brasil se fortaleceu enquanto política pública, conquistando reconhecimento que a transformou em poder técnico-administrativo de regulação, mas enfraqueceu enquanto movimento social, perdendo sua dimensão criativa de superação da lógica asilar na sociedade. A internação e a medicalização continuam dominantes no cotidiano dos próprios CAPS, a precariedade dos vínculos impede ousadia, compromisso e educação continuada. O trabalhador, que era um ativo protagonista político, transformou-se em frágil assalariado reproduzidor acrítico das normas ministeriais, ampliando-se, cada vez mais, o sofrimento dos trabalhadores, a inoperância concreta dos serviços e a burocratização do possível.

4 VISÕES E PRÁTICAS: FORÇAS, FRAGILIDADES E CONTRADIÇÕES DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE FORTALEZA, CE.

4.1. O que as Entrevistas revelam

Na fase das entrevistas, as cinco planejadas foram realizadas, e as coordenações contatadas apresentaram perfil feminino (100%), pós-graduado (uma mestre e quatro especialistas), com diversificada formação profissional (duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e uma fisioterapeuta), diferentes tempos de atuação no campo da saúde mental (três, entre cinco e 10 anos, e duas, inferior a um ano) e pequeno tempo de exercício no cargo de gestão (100% de seis meses a menos).

Quadro 1: Perfil Profissional dos Gestores de Saúde Mental Entrevistados da SER III, Fortaleza, Ce.

Cargo	Sexo	Profissão e Escolaridade	Tempo de exercício no cargo	Tempo de atuação no campo
Gestor Municipal de Saúde Mental	F	Psicóloga Mestrado	2 meses	9 anos
Articulador Regional	F	Terapeuta Ocupacional Especialização	5 meses	9 anos
Gestor CAPS g	F	Assistente Social Especialização	5 meses	6 anos
Gestor CAPS ad	F	Especialista Psicóloga e Pedagoga	6 meses	7 anos
Gestor CAPS i	F	Especialista Fisioterapeuta	6 meses	6 meses

O início do trabalho de campo, para a realização das entrevistas com os gestores, foi particularmente tenso, devido a dificuldades de contato. A primeira gestora a ser entrevistada apresentou-se nervosa, preocupada com o que poderia dizer, o certo ou o errado a falar, tendo solicitado que a entrevista fosse realizada em conjunto com outra gestora, considerada por ela como mais experiente, devido à sua insegurança. Foi preciso tranquilizá-la, reafirmando o compromisso de sigilo e o objetivo da pesquisa, além de falar-lhe, brevemente, sobre reforma psiquiátrica para que fosse possível compreender as perguntas. Somente após essa dinâmica de esclarecimento a mesma apresentou-se disposta a cooperar e aprender.

A gestora de outro serviço apresentou-se firme em suas colocações, mostrando-se perplexa com a realidade na qual se encontram as práticas de saúde mental em sua unidade, principalmente no que diz respeito ao olhar da equipe sobre o papel do médico. No entanto, boa parte da entrevista focou o trabalho médico, reproduzindo aquilo que criticava na equipe. No plano teórico, genérico, o discurso alinha-se com os princípios da política de redução de danos e reforma psiquiátrica, no entanto, o teste de realidade refere o discurso do modelo anterior, revelando não ter havido compreensão segura, maturação, superação na prática do paradigma anterior. Note-se que esta gestora tem dupla formação graduada, em Psicologia e Pedagogia, e registra mais de cinco anos de prática no campo, inclusive experiência internacional.

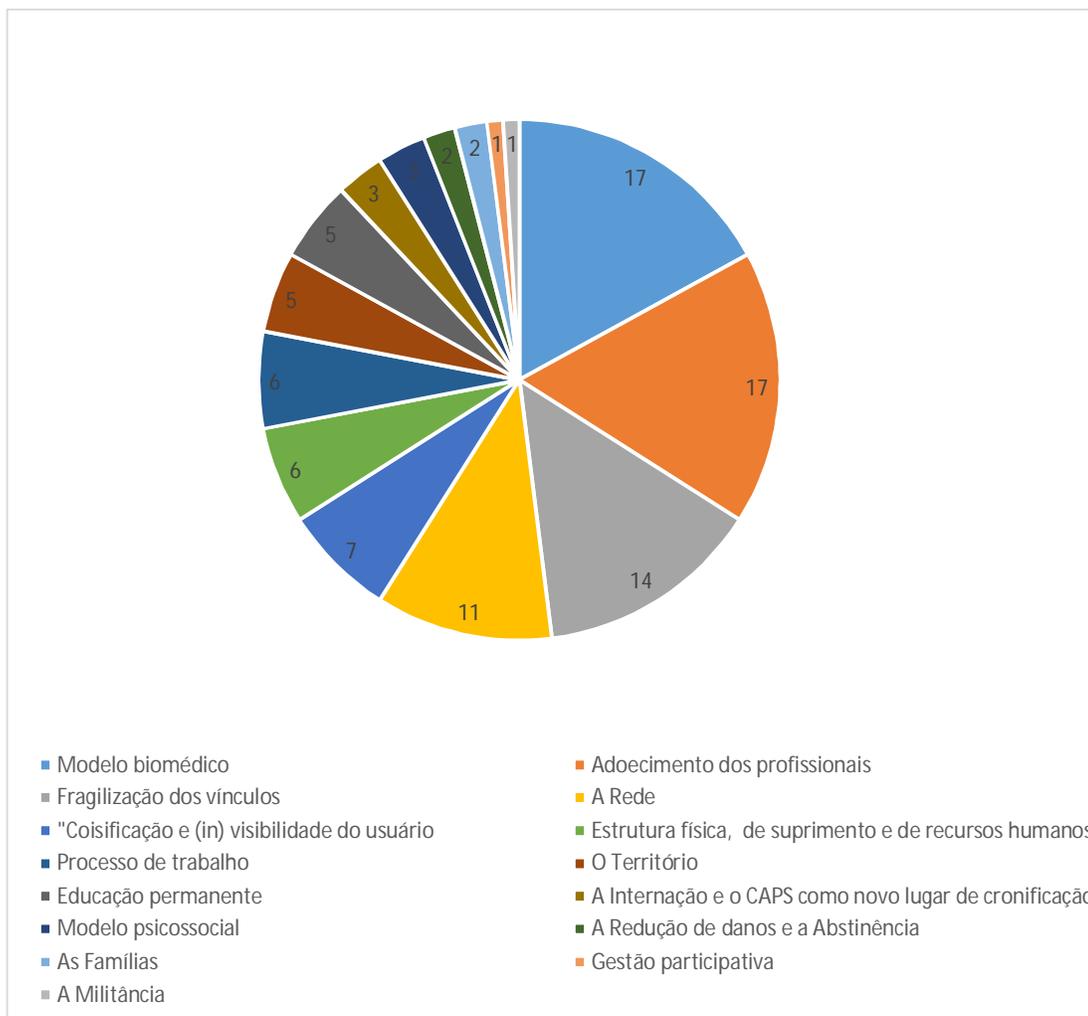
A terceira gestora entrevistada apresentou discurso coerente alinhado com a prática apresentada em sua fala, com boa experiência profissional na assistência, porém iniciante na gestão. Segura em suas colocações, participativa e cooperativa, comportamento demonstrado pelo apoio ao contato com as demais gestoras para as entrevistas. No entanto, mostrou-se, ainda, com certo cansaço e visível descrença na atual conjuntura.

Após alguns desencontros e contatos telefônicos reiterados a penúltima gestora foi contatada e entrevistada, a mesma aparentou-se tranquila e cooperativa, destacando sua aposentadoria após 30 anos de trabalho em hospital psiquiátrico público clássico, mas, mesmo demonstrando compreender a lógica da atenção psicossocial, reforçou a importância da medicalização, do profissional psiquiatra e da orientação dos auxiliares de enfermagem, informando dificuldades de relacionamento entre dois deles.

No período entre a primeira e a quarta entrevistas houve eleição municipal e mudança da equipe maior responsável pela gestão, portanto mudança do quadro de secretários e de suas assessorias, dadas as diferenças político-partidárias entre antecessor e sucessor. Após dois meses de práticas no novo cenário, foi realizada a quinta entrevista, com a gestora municipal de Saúde Mental recém-empossada, fechando este conjunto. No mesmo período os grupos focais foram realizados, bem como o levantamento do número de atestados e faltas dos trabalhadores colhidos diretamente com o gestor local de cada serviço, não tendo sido possível recuperar as informações anteriores a seis meses, pois a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza- SMSF apresentou problemas no banco de dados eletrônicos.

Nas entrevistas realizadas, questões relacionadas à permanência do modelo biomédico, adoecimento dos profissionais, fragilização dos vínculos empregatícios destes e a organização da rede de atenção, foram as mais apontadas, como expressa o Gráfico 1:

Gráfico 1: Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas nas entrevistas da fase de campo da pesquisa com gestores da saúde mental na SER III, Fortaleza, Ce.



A permanência do modelo biomédico (17%) evidenciou-se juntamente com o adoecimento dos profissionais (17%). Em seguida, a fragilização dos vínculos empregatícios (14%) e a organização da rede de atenção (11%) foram as mais relevantes neste estudo, de acordo com as falas dos gestores entrevistados.

Essas categorias que mais se destacaram apontam para a atual conjuntura da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza: atendimento baseado na queixa-conduta, visão curativa e médico centrada, alta rotatividade dos profissionais dificultando um

planejamento e ações a médio e longo prazos, além de profissionais adoecidos por falta de melhor direcionamento e suporte no trabalho e, uma rede de assistência pouco eficaz na prática, devido à pouca articulação entre as instituições e pouca sustentabilidade nas pactuações.

A seguir, vejamos a descrição e análise de cada categoria encontrada, por ordem de relevância apresentada.

4.1.1 Modelo biomédico

As falas abaixo retratam bem a predominância, o enraizamento do modelo biomédico. Mesmo após uma década de tentativas de implantação de uma nova forma de atuação da saúde mental, pensada a partir da perspectiva psicossocial territorial, o modelo anterior segue dominante e a transição é incipiente e frágil.

Sem médico, os profissionais ficam sem condição de trabalho local, e aí a gente fica encaminhando para o Hospital de Saúde Mental de Messejana.

O que eu noto é que essa visão hospitalocêntrica, essa visão de antes de reforma psiquiátrica, mantém uma influência muito grande nesse... [a necessidade] dos profissionais médicos é muito forte e eles ficam naquela do... toma-toma o remédio.

Precisa ter o suporte da medicação, na época que não teve foi muito difícil trabalhar.

Quando a gente ficou nesse período sem a figura do médico, presente e marcante, aí a equipe desmoronou.

O que eu acho que adoce o serviço? Eu acho que é essa visão hospitalocêntrica, medicamentosa, sintomatológica.

Tem muita [dependência de hospital], principalmente naquela Regional, onde o CAPS fica cercado de hospitais... Então, a gente é como se fosse um apêndice desses hospitais.

Estamos passando por uma dificuldade muito grande que é a da falta de médico.

Por mais que a equipe defenda o modelo psicossocial territorial, a defesa é teórica, pouco densa, resvalando sempre para a centralidade no médico, no medicamento, no controle do sintoma e no procedimento técnico.

Tem um grande leque de possibilidade de atendimento, mas volto a dizer, o psiquiatra faz parte, não pode existir um serviço desse sem o profissional psiquiatra.

Esse trabalho, nesse novo modelo, a gente quer, mas [é difícil] esquecer o antigo. Porém, o antigo está presente por conta dessas hospitalizações dos nossos usuários. Mas, eu acredito muito na reforma psiquiátrica e na Psiquiatria, eu sou totalmente a favor e acredito que seja possível [praticar a reforma].

Ao contrário do que deve ser a proposta do CAPS, de máxima resolubilidade, a capacidade de manter o cliente no serviço é muito pequena e, tanto para os profissionais quanto para os familiares, a referência é o hospital.

A gente precisa do hospital, para direcionar os pacientes mais graves.

Os familiares, eles têm o hospital assim como lugar de salvação.

A gente tem que tentar entender de que forma a gente vai oferecer esse cuidado, o melhor é internar.

Eu acho que tem muitas pessoas, muitos trabalhadores, muitos gestores que funcionam, tanto no nível do pensamento, como no das práticas, dentro do modelo antigo. Outros ficam divididos, aí sofrem.

No que se refere à Preceptoria ou às Residências médicas nos serviços, cita-se a forma ambulatorial clássica de atendimento corroborando com o modelo biomédico:

Um preceptor chega e não conversa com a equipe, a equipe não tem acesso aos preceptores e esses residentes que estão lá, não dialogam de forma alguma com a equipe, fazem o atendimento clínico, corrido, igual ao passado, e vão embora.

.Me incomoda muito quando alguns profissionais, sabe, trabalham numa lógica mais ambulatorial, não dialogando dentro da própria equipe, isso não promove a atenção psicossocial.

No modelo tradicional o usuário é atendido de forma fragmentada, destituído de desejos e vontades, passivo diante do que os outros sabem sobre seu corpo e saúde, expectador do próprio tratamento. Não é à toa que ainda o chamamos de paciente, parte passiva de uma relação na qual o profissional médico é detentor do conhecimento e condutor do processo de atendimento, sendo que o médico é símbolo do que se estende e se repete pelos demais profissionais da saúde, capturados pela mesma lógica de formação e de organização do trabalho (QUINDERÉ *et al*, 2010).

A concepção do trabalho inclui a negação do sujeito como participante ativo do seu adoecer e da construção de sua saúde, pois o foco é a retirada dos sintomas e não em um trabalho proativo de promoção de saúde e prevenção de doenças e transtornos. A relação solidária e dinâmica favorece o caminhar consciente da pessoa, não do paciente, e a responsabilização pelas próprias escolhas.

4.1. 2 Adoecimento dos profissionais

As falas referentes ao adoecimento dos profissionais e ao desgaste do cotidiano remetem a uma contradição: aquele que trabalha com a saúde, que a promove, adocece no processo.

São muitos atestados, muitos atestados mesmo!

A motivação para tantos atestados faz-nos pensar nas possibilidades para este fato. Parece-nos que isto está relacionado tanto ao adoecimento do profissional como à facilidade de aquisição do mesmo, criando um ciclo reforçador também do modelo biomédico. Adoecimento, este, que transcende a questão física, perpassando pelas relações e as entrelinhas do cotidiano.

Eles estão adoecendo e, daí vem as faltas, os atestados, as doenças psicossomáticas. São muitas as somatizações que também comprometem o relacionamento.

Tem muitas lacunazinhas, muitos feudos que estão adoecidos.
Tá todo mundo muito cansado.

Eu acho que hoje nós não estamos sendo acolhidos.

Esse processo de mudança de gestão está deixando muita gente adoecida.

O processo desse adoecimento é amplo. A gente nota isso.

Eu estou muito preocupada como anda a saúde mental, não só dos usuários, mas também dos profissionais.

Está chegando um momento que eu não sei mais para onde me direcionar, sabe? São muitas demandas e esse serviço está muito fragilizado.

Às vezes me pergunto: meu Deus, para onde a gente tá indo, onde a gente vai parar?

O olhar atencioso à saúde daquele que cuida, o trabalhador, é fundamental para que este possa cuidar de si e de seus clientes, afim de exercer seu ofício de forma íntegra, minimizando os riscos de projeções das possíveis frustrações e adoecimentos decorrentes de uma rotina maçante e esvaziada de sentido.

Os nossos funcionários, muitas vezes, são mais pacientes do que funcionários.

Eu acho que seria necessário um atendimento, um profissional que desse suporte para esses funcionários que têm dificuldades.

A falta de preparo técnico e o preconceito gerado numa cultura marcada por profundas desigualdades, de gênero, de raça/cor, de nível de escolaridade, de origem citadina/rural, de comportamento e de classe social transformam todas as diferenças em estigma, o que a fala a seguir deixa claro:

Uma coordenadora estava muito incomodada porque haviam moradores de rua na frente do CAPS. Isto pode ser visto de várias formas, inclusive, de forma muito positiva... “Olha que legal, não vou precisar me deslocar para tão longe já que vou poder atuar aqui mesmo em frente ao CAPS”. Isto é, na perspectiva de redução de danos, na perspectiva de vinculação, de conversa mesmo com as pessoas e tentar favorecer o acesso às pessoas às políticas, não só da saúde, mas, também, da assistência.

A discriminação é estendida aos trabalhadores, entre si, nos serviços e em articulação com outras instituições.

Era como se nós fôssemos intrusas ali [para matriciamento ou para acompanhar internação], nós não fomos vistas como pessoas que também querem estar lá para somar, para conseguir ampliar um serviço de atendimento com qualidade.

O que se dirá, então, do acolhimento que é uma das atividades dos trabalhadores, quando o próprio ou toda a equipe não possui isso como prática entre si?

Eu me sinto assim, vamos dizer, rejeitada.

Em uma sociedade na qual o trabalho ocupa um espaço/tempo central na vida de cada um, como referência para a construção das identidades sociais e passaporte para saúde, educação, cultura e lazer, sua precarização dificulta o processo de identificação e construção de si, tornando mais complexa a alienação/estranhamento do trabalho, gerando violência e adoecimentos, caracterizando uma condição de vulnerabilidade e enfraquecimento da motivação básica para uma vida saudável e produtiva (FRANCO, SILVA, 2010).

4.1.3 Fragilização dos vínculos

Vínculos frágeis acarretam uma série de situações que interferem diretamente no cotidiano dos serviços, tantos para os trabalhadores como para os usuários, comprometendo todo o processo a ser desenvolvido.

Na situação da saúde mental de Fortaleza, as formas de contratação são, na maior parte das vezes, por empresas de terceirização, cooperativas ou projetos delimitados no tempo e no objeto. No momento, encontra-se em planejamento um concurso público, o último deles tendo havido há mais de uma década, tendo restado poucos deles em atividade nos CAPS na cidade. Ainda há aqueles contratados por Recibo de Pagamento a Autônomo-RPA. Sendo assim, foi possível, identificar a falta de envolvimento de alguns profissionais, principalmente devido ao iminente término de contrato de trabalho:

Os profissionais dessa seleção que está acabando não querem mais nem trabalhar, devido às condições de trabalho ... ainda mais com o contrato terminando.

Os profissionais estão muito fragilizados, sem segurança.

Eu não sei se é falta de compromisso, de aprendizado, de vivência mesmo deles ou de insegurança no trabalho.

Nós não temos, assim, profissionais capacitados, ou melhor, envolvidos nesse processo.

Nós vemos pessoas que estão no serviço, que tem todo um conhecimento, mas que é como se elas tivessem parado no tempo.

Meu Deus, as pessoas lutam tanto pelo processo de concurso, elas lutam tanto, mas será que é isso mesmo que elas querem?

Eu não fiz o processo seletivo porque eu sabia que iria ser dois anos, então, eu não me permiti isso de passar dois anos para depois sair.

No entanto, ao mesmo tempo, há o reconhecimento daqueles comprometidos. Nós temos profissionais muito bons, dedicados.

O CAPS infantil, apesar das condições, tem a equipe pronta para atender, independente de médico estamos prontos para atender.

Os nossos pacientes são muito bem recebidos lá no serviço. Os profissionais estão aptos a atender muito bem, são acolhedores.

A SER III, diferentemente das outras Regionais de Fortaleza, tinha um convênio firmado com a UFC desde o início da implantação do primeiro CAPS na capital, onde esta instituição universitária era responsável pela administração dos recursos para a saúde mental. Recentemente, este convênio foi desfeito, o que acarretou certa desorganização cujos efeitos podem ser salutares, uma vez que, nesta época a SER III apresentava muitas ações próprias, independentes das orientações para as demais regionais, fator este que pode ter contribuído para um fortalecimento do modelo biomédico no CAPS da SER III.

Eu quero ver isso funcionando, principalmente, porque a Regional III viveu um momento muito ligado a UFC e isso não está sendo como antes, está sendo muito difícil pra eles, [os trabalhadores], que vão ter que mudar.

Foram muitas queixas pela falta de profissionais nos serviços, no entanto, mesmo havendo essa carência de outros profissionais, o médico é o único citado. Me deixa angustiada todo o processo que estamos vivendo da questão dos médicos, essa dificuldade de contratação.

Assim, também, o concurso público torna-se o centro dos interesses.

A gente tá aí na luta pelo concurso público que já faz tempo que não acontece pra saúde mental. Isso é algo que eu acredito que seja

positivo pra os usuários. A gente sempre tem que pensar no usuário pra fazer qualquer decisão.

A fragilização dos vínculos, a alta rotatividade dos profissionais e o pouco investimento em formação e capacitação permanente até então, compromete, sem dúvida alguma, as ações estratégicas, planejadas, não imediatistas. O trabalho entra em uma rotina maçante, de repetições e improvisos sem criatividade, contribuindo para o adoecimento do profissional, apassivado, vítima de uma onda de desestímulo, desamparo, desesperança, pois não há uma renovação de ideias e de perspectivas de trabalho a médio e longo prazo.

A rotatividade no trabalho, com vários tipos de contratos, potencializa a multiexposição dos trabalhadores aos agentes organizacionais, favorecendo o sofrimento psíquico que, por sua vez, favorece os processos de adoecimento, conduzindo a uma maior sujeição às condições insuportáveis de trabalho. Consolida-se no imaginário destes trabalhadores a noção de descartabilidade das pessoas, ancorada na fragilização dos vínculos, nas rupturas de trajetórias profissionais, na perda da perspectiva de carreira (FRANCO, SILVA, 2010).

4.1. 4 A Rede

A Rede de Atenção Psicossocial–RAPS de Fortaleza é composta de diversos equipamentos existentes na comunidade. No entanto, o que foi apontado de interlocução nesta rede priorizou a referência à atenção básica, como sugerem algumas falas.

A gente sonha em ver esse serviço funcionando, ligado com a atenção básica de forma que a atenção básica realmente consiga ver esse usuário como sendo dela também.

Porém, com o intuito maior de recebimento de receitas médicas, uma vez que há carência do profissional médico no serviço.

Nós conseguimos com o que os coordenadores dos postos da atenção básica recebam e o que nós estamos fazendo? Nós estamos encaminhando para lá para eles [os pacientes] receberem a

receita e eles voltam pra cá para receberem o medicamento porque eles são nossos pacientes também.

Quando cheguei, eu consegui mostrar à atenção básica que eu precisava deles e hoje esses nossos usuários já estão sendo atendidos por eles apesar deles não quererem, mas eles já estão.

Eu vejo que faltar médico no serviço foi uma forma também de a gente conseguir com que eles comesçassem a observar que esse paciente ele não é só nosso... que eles são da atenção básica também.

A gente sabe também que a nossa rede de atenção psicossocial ainda é pequena nesse atendimento de 24h.

A gente está tentando fortalecer uma articulação com a atenção primária. O ministério da saúde vem sinalizando que a saúde mental deve também estar cada vez mais fortalecida na atenção primária, no campo do território.

Mesmo apresentando um discurso aparentemente de articulação na rede, o que foi observado refere ainda a uma postura centralizada no CAPS.

A gente tem encaminhado às terapias que existem na comunidade. Quando um paciente nosso entra em crise, e é do nosso conhecimento, nós tentamos leito no 24 h [CAPS tipo III].

Nós não nos limitamos apenas aqui, não fica aqui uma ostrazinha não, a gente está usando toda a rede.

Tem que fazer esse link, a rede tem que articular, a rede tem que balançar.

Os CAPS, enquanto serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, deveriam acolher aqueles em crise e/ou em situação de moderado a grave em sua vulnerabilidade mental. No entanto, a referência continua sendo o hospital psiquiátrico.

Paciente não está bem, encaminha-se para o HU [Hospital Universitário].

O matriciamento, que é uma importante ferramenta de articulação entre saúde mental e atenção básica, incorpora a concepção de que os profissionais do CAPS devam dar suporte de formação aos profissionais da atenção básica naqueles casos onde o atendimento gerasse dúvidas quanto a conduta a ser realizada. Esta poderia ser uma importante estratégia de articulação no território, no entanto, não foi citada em nenhuma das falas. O usuário continua estigmatizado e, em questões de território, uma vez assistido pelo CAPS, ao chegar em outra instituição de saúde, sofre o preconceito e a ignorância de muitos trabalhadores que se limitam à visão compartimentada e exclusivista da segregação, não compreendendo, nem atuando na perspectiva psicossocial.

É como se o usuário que apresenta um nível de transtorno mental não tivesse questões clínicas, como se não fosse de responsabilidade da atenção primária, fosse do CAPS. Então existem esses encaminhamentos inadequados, essa falta de propriedade, até medo, receio de estar trabalhando com pessoas que apresentam algum nível de transtorno mental.

O convívio entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde, contribuindo para dar sentido à vida. O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, aumentando a vontade de viver e a autoestima do usuário, o que contribui com o sucesso do tratamento (ANDRADE, VAITSMAN, 2002).

Segundo Fontes (2007), o doente mental, isolado em um manicômio, ou segregado em algum espaço sem que possa se relacionar com os seus, além de perder seus laços de sociabilidade, passa a interiorizar padrões institucionalizados da rotina da rotina hospitalar, a ponto de o louco e o hospital se confundirem.

Portanto, é importante frisar que os laços sociais, além de fazerem parte constitutivas da condição humana, também referem à própria condição de saúde. O trabalho em rede, onde esta seja constituída de todos os equipamentos de convergência ao usuário e este, tendo suas escolhas e direitos respeitados, é imprescindível, visto que “nenhum homem é uma ilha”.

4.1.5 “Coisificação” e (in) visibilidade do usuário

O usuário do serviço, muitas vezes, é priorizado enquanto objeto de estudo e não como sujeito a buscar sua autonomia e qualidade em sua vida. Visto como esse objeto, tudo o que lhe resta é passar despercebido/invisível e intacto diante da miopia da assistência nos serviços. O abismo entre a proposta da Reforma Psiquiátrica e a realidade dos CAPS faz-se notório.

Passei 30 dias só observando praticamente os processos e o que eu observava era que o usuário era tido como objeto de estudo...então, vinham os profissionais da UFC, vinham os médicos, vinham os residentes, os internos e necessariamente eles tinham que passar pela saúde mental, tinham que passar pelos CAPS. Acho que se fosse um rato que tivesse passando o pessoal notava mais.

A forma como o usuário é assistido causa estranhamento e a proposta de Redução de Danos–RD é desconhecida.

Era estranho a forma como o usuário era acolhido no serviço, era estranho o atendimento médico, era estranho não ter uma política de redução de danos efetiva dentro do serviço.

Assim como nos relata Prandoni e Padilha (2004), no século XVIII, iniciou-se a sistematização da clausura e a criação dos hospícios. Dado o alto número de mendigos, vagabundos, desviantes, ladrões e prostitutas começou-se a colocar nos asilos todos aqueles que incomodavam a sociedade da época e ao poder dominante. Desta forma, a sociedade criou uma fórmula de controle social com esses lugares de confinamento para estas multiplicidades humanas. Realidade que se repete de diversas formas na atualidade, pela segregação franca, pela segregação mais sutil na “invisibilidade” ou pelo não reconhecimento enquanto sujeito social.

O usuário chegava no serviço e ele ia até o fim do serviço e voltava e era assim como se fosse, fosse um *spectrum*, um fantasma.

Apesar da “invisibilidade” do usuário para alguns, há relatos, no entanto, de que já houve uma melhora na forma de se ver e tratar os usuários, ao menos, pelo pessoal da recepção em um determinado serviço.

O pessoal aqui da recepção comentam: doutora, hoje a gente consegue ver, e os usuários respondem mais quando a gente fala, eles conseguem ouvir.

E uma das gestoras explica o porquê da melhora.

Eu procurei trabalhar todo mundo que tá ali na frente do serviço para que eles realmente começassem a fazer esse acolhimento mais diferenciado, mais humanizado.

Interessante notar, como persiste o olhar biomédico, do suposto saber, de poder, onde o usuário permanece paciente e alheio a perspectiva de sujeito, que seria participante do seu tratamento e integrado em uma conduta psicossocial. O trabalhador passou a “ver” e o paciente passou a “ouvir”. Continua, como aquele excluído, agora de forma “invisível”, já que o serviço CAPS é aberto e não mais distante dos grandes centros na cidade, assim como eram os asilos/hospícios. Negá-lo em sua identidade e em sua condição de sujeito é, mais uma vez, segregá-lo e isolá-lo de sua dignidade, sendo uma forma, também, de violência e atraso por mais de dois séculos da assistência à saúde.

4.1.6 Estrutura física, de suprimentos e de recursos humanos

Uma das queixas principais apontadas em referência aos três serviços é que nenhum possui sede própria, portanto, todas alugadas, adaptadas e em condições precárias de manutenção:

As atividades dentro do serviço não estão acontecendo [grupos]. Só estão acontecendo triagem e avaliação, falta lugar.

A casa está totalmente insalubre, os profissionais estão muitos adoecidos, muitos fragilizados nessas condições de trabalho.

Várias salas já foram interditadas.

Além da estrutura física precária, a falta de recursos humanos, de alimentação e vale transporte para os usuários é outra situação apontada.

Estamos apenas com um médico e um clínico, um psiquiatra e um clínico e a alimentação pra gente retomar os nossos pacientes intensivos.

Falta de coisas que antes a gente tinha como alimentação, vale transporte, pessoal capacitado, mas hoje a gente vê isso de uma forma mais concreta [a falta disso].

Os três serviços apresentam espaço físico comprometido, em seu tamanho, na distribuição dos espaços e em cuidados de manutenção. Além disso, vale ressaltar, como a alimentação e o vale transporte, por exemplo, que deveriam ser um suporte para aqueles usuários em condições bem precárias e vulneráveis, passam a servir como objetivo para muitos usuários e bengala para muitos profissionais, na condição da realização do trabalho, mostrando o assistencialismo alinhado na contramão do desenvolvimento da autonomia do usuário e sendo mais uma moeda de troca e barganha para ambos.

Amarante (RADIS 2014) nos alerta que a reforma psiquiátrica não deve ser reduzida à reforma dos serviços e nem a uma simples humanização do modelo manicomial. É preciso assistir esses sujeitos, como sujeitos diversos, e respeitá-los em suas diferenças. Esse é um dos grandes desafios dos CAPS, pois há muita dificuldade em aceitar que as pessoas são e devem ser diferentes. Ainda hoje, há a tutela do usuário, de uma forma sutil, mas ocorre, desrespeitando sua capacidade de autonomia e sujeito. Por outro lado, impossível aceitar a desqualificação técnica dos espaços, dos insumos e das condições de trabalho.

4.1.7 Processo de trabalho

Uma das entrevistadas relatou sentir-se apoiada pelos seus pares, mostrando como é fundamental esse apoio, contribuindo para que ela continue no trabalho apesar de todas as dificuldades:

Tenho recebido muito apoio. Eu acho que eu continuo porque todo mundo liga pra mim e fala: pode contar comigo.
Apoio dos meus pares, dos meus iguais, também é o que me dá sustentação, é o que me faz todo o dia de manhã vir para essa batalha novamente.

Em saúde mental, no trabalho onde uma equipe bem articulada é primordial, o apoio desta e a ideia do “fazer junto”, é o que muitas vezes motiva os trabalhadores na crença da transformação cultural que a atenção psicossocial e a Reforma Psiquiátrica propõem:

As pessoas que estão na Secretaria e os outros gestores da Secretaria estão se apropriando da saúde mental, todo mundo está adotando a saúde mental.

O apoio que eu tenho aqui, nas regionais e aqui na Secretaria de Saúde não chegou na ponta e a minha ansiedade é que isso comece a chegar, essas melhorias comecem a chegar na ponta dos serviços. Eu percebo melhoria no nível da gestão, mas essa melhoria ainda não deu tempo ainda de chegar na ponta.

A fim de superar a lógica tradicional que orienta os processos de trabalho em saúde, faz-se necessário discutir o planejamento, a organização dos serviços e as formas de gestão para que seja possível a substituição da forma de gestão hierarquizada pela forma de escuta, acolhimento, diálogo e negociação, com voz ativa dos trabalhadores e usuários (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

4.1.8 O Território

O CAPS é concebido para ser um equipamento para atenção em base territorial, mas perpetua ações centralizadas, funcionando na “contramão” da sua proposta:

Ainda não há o direcionamento maior para as atividades de território.

Hoje, ainda, o serviço se presta a fazer um papel centralizado ainda no CAPS direcionando esses pacientes ainda no processo de estar institucionalizado naquele serviço.

Nós temos o profissional lá, temos o terapeuta ocupacional, temos o assistente social, mas ainda está muito voltado pra essa coisa de estar dentro do processo mesmo de serviço.

Mesmo havendo o reconhecimento de que o usuário pertence ao território.

O paciente é do território, não é nosso, é do território, então ele tem que circular em todo o território dele. e nós conseguimos com o que os nossos coordenadores dos nossos postos da atenção básica os recebam.

Segundo Pinho, Hernandez e Kantorski (2010), o território é um espaço geográfico, de trocas singularizadas, com limites temporais, políticos, administrativos

e culturais e certa identidade social, construída pela história. Bem mais que apenas um espaço geográfico, é também um espaço de poder onde se constrói toda a rede de atuação do Estado, dos serviços e dos cidadãos que pertencem a ele. O território em saúde mental significa articular os serviços com diferentes finalidades para ajudar na construção de territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em todos os seus aspectos, um cotidiano no qual a loucura foi privada de conviver. Essa é uma das grandes dificuldades manifestadas pelos trabalhadores dos CAPS, pois para eles, o serviço inova no sentido de “estar aberto” à comunidade, porém tem dificuldades de “ir ao encontro” dela.

4.1.9 Educação permanente

A educação permanente, como parte da política brasileira desde 2003, realizada por meio de setores específicos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, é compreendida como processo educativo contínuo, de formação, de atenção, de gestão e de controle social, tendo como pressuposto a aprendizagem significativa com objetivos de qualificação. Seus processos devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho. Na saúde mental, seu maior desafio é a consolidação da reforma psiquiátrica (TAVARES, 2006).

A nova gestão de saúde mental do município iniciou, tão logo que assumiu o cargo, um curso voltado para os profissionais da saúde mental, tanto os iniciantes quanto os mais antigos, de forma a atualizar e alinhar os conhecimentos. O curso teve duração de 60 horas, abrangendo um total de mais ou menos 100 participantes em parceria com a ESP/ CE.

A gente conseguiu fazer um curso agora para novos profissionais que estão entrando na rede e esse curso foi todo voltado para o olhar da atenção psicossocial.

Muitas pessoas estão entrando e não possuem experiência em saúde mental. Isso pra gente não é interessante, mas também não quer dizer, que as pessoas não possam aprender. Todo mundo pode aprender, eu aprendi e continuo aprendendo a construir esse tipo de atuação.

A supervisão clínico institucional também é citada, referente a uma formação realizada pela ESP/CE e a SESA onde profissionais exercitavam o campo de prática enquanto supervisores por alguns meses.

O dispositivo que eu acho muito interessante da supervisão é a gente conseguir profissionais que façam prática da supervisão durante três meses.

A supervisão clínico institucional, regulamentada pela portaria 1.174/05 do Ministério da Saúde, é um dispositivo importante para mudanças na gestão do trabalho e também para a educação permanente, com o objetivo de discutir questões clínicas e institucionais dos serviços e da rede de saúde mental (SEVERO; L'ABBATE; CAMPOS, 2014).

A própria formação dos trabalhadores nas universidades, também é citada como ainda norteadas por uma visão biomédica preponderante, o que nos remete a pensar que esta é uma questão fundamental que precisa ser revista a fim de que o profissional possa aproximar-se melhor da sua prática psicossocial:

Mesmo as universidades tendo mudado um pouco a grade, a visão e tudo o mais, ainda assim, os profissionais são formados sem esse preparo, sem essa visão querendo reproduzir uma lógica ambulatorial, uma lógica biomédica.

4.1.10 A Internação e o CAPS como novo lugar de cronificação

A internação permanece como uma das atividades mais focadas e, a razão encontrada, para isso, pelos entrevistados, refere-se à falta de médico no serviço, o que demonstra pouca habilidade da equipe e da gestão para manejar casos que exijam uma sensibilidade maior, além de apresentar uma visão biomédica prevalente.

No momento estão havendo inúmeras internações. A gente fica muito preocupada porque pacientes nossos que estavam estabilizados estão se internando e reinternando. Pela falta desses médicos os pacientes estão se reinternando.

O CAPS, como se fazia antes com os hospitais psiquiátricos de natureza asilar, é visto como segunda casa, o que indica, deste modo, a dependência do

usuário ao serviço e a cronificação da relação, não contribuindo, assim, para a sua autonomia.

A gente escuta deles próprios que o CAPS é como se fosse a segunda casa deles. [Por outro lado] é sempre dito para os profissionais: o CAPS é deles, não nosso, nós vendemos a nossa força de trabalho, e o paciente tem que se sentir bem aqui.

Evidencia-se como equívoco corroborar com a afirmação do “CAPS como segunda casa” e limitando o debate ao bem estar do usuário dentro do serviço, pois o serviço, embora digno, acolhedor e terapêutico, é transitório, não permanente. Fica clara, a pouca visão da extensão desse cuidado no território, onde, de fato, a vida acontece. O CAPS poderia e deveria ser um espaço seguro/protegido de simulação para que o usuário experimentasse novas possibilidades e horizontes a fim de melhor se preparar para os desafios na própria vida, que é algo subjetivo e singular e não um espaço de controle social, dependência e alienação.

Pande e Amarante (2011) nos alertam que, ao serem criados novos serviços, surge a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, até mesmo de “manicomialização”. Os serviços podem, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo.

4.1.11 Modelo psicossocial

O modelo psicossocial, apesar de ser a referência para a Reforma Psiquiátrica, apresenta-se distante e fora da realidade dos serviços, como algo externo, estranho/alienado, longe das possibilidades de elaboração e execução.

Eu tenho muito esse desejo de que esse modelo de atenção psicossocial possa ser implantado de forma decente, de forma coerente.

Tensionar para que essas diretrizes clínicas sejam amplas, uma clínica realmente ampla e não ligada meramente a questões de sinais, sintomas, diagnósticos.

A gente não devia trabalhar com diagnóstico, a gente trabalha com vidas, com existências, com relações.

O modelo de atenção psicossocial sustenta ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas que norteiam a substituição do modelo asilar e do paradigma psiquiátrico. É um novo modo de olhar e assistir aqueles em sofrimento mental. Tanto o indivíduo quanto seus familiares são essenciais em seu tratamento. Sai da lógica de paciente, inexpressivo para um ser também atuante e cooperativo em sua saúde. O trabalho da equipe deve focar na saúde e não mais na retirada de sintomas ou doença apenas, além de sempre considerar seu contexto e sua história de vida (GUIMARÃES, 2011).

4.1.12 A Redução de Danos e a Abstinência

A política de redução de danos foi relatada como inexistente, seja em sua concepção, seja em sua prática, trazendo uma visão de tratamento baseada na condição de abstinência:

Pra mim, tudo é ruim, pra mim tudo é droga.
Abstinência é o foco, eles preconizam como ideal [os trabalhadores].

A Redução de Danos é uma política que surge, em 1994, no Brasil, oficialmente, enquanto estratégia no âmbito da saúde pública, visando controlar possíveis consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas, respeitando a liberdade de escolha de seus usuários com um modo de atuar clínico e terapêutico (PACHECO, 2013).

Desta forma, o que prevalece é o discurso de combate às drogas e o critério da abstinência, mesmo que legalmente a RD seja a política norteadora de atuação.

4.1.13 As Famílias

O tema da família emerge de forma contundente, em duas grandes perspectivas: a da base social de apoio, decorrente da construção ideológica da família como célula da sociedade e da visão cristã; e a da fonte e causa de problemas, decorrente de sua crise e desestruturação.

As famílias tendem a segregar o usuário, por não compreender sua doença, além do processo de adoecimento delas também, elas estão doentes.

Muitas vezes, infelizmente, pelo transtorno deles, eles são rejeitados na família, mas jamais deveriam ser rejeitados [do amparo das famílias].

Silva e Monteiro (2011) relatam que a relação da família com o manicômio baseava-se na gratidão e na cumplicidade, uma vez que se livravam do problema ao conseguir a internação. Os médicos entendiam que a família era causadora do problema, reforçando, portanto, a internação como medida terapêutica e também para proteger a família da loucura, deixando com profissionais capacitados e em lugar seguro o doente mental. Apesar dessa concepção ter sido basicamente construída no século XVIII, vê-se que a mesma está bem atual.

Segundo Miranda *et al* (2010), o papel da família dos usuários com transtorno mental é fundamental, pois desempenham uma função essencial no cuidado, participantes no processo de tratamento. Ela pode estar adoecida e precisar de cuidados, mas, também, é uma grande parceira, devendo ser apoiada pela equipe. Isso mostra que a abordagem psicossocial não se restringe apenas ao usuário, nem a medicações e internações, mas a ações visando a reintegração familiar, buscando a autonomia daquele, e concebendo a família em sua diversidade, não mais como nuclear, monogâmica, hetero-orientada, por exemplo.

Porém, em oposição à tutela estatal, a família, ainda, é o lugar da intimidade, onde se constroem os laços afetivos e as bases sociais para a formação do indivíduo e sua pertença a um grupo (ACOSTA; VITALE, 2008).

4.1.14 Gestão participativa

Uma das questões a serem enfrentadas nos CAPS é a da gestão, pois são muitas as mudanças: de objeto (da doença para a saúde), de objetivo (da assistência para a atenção), de visão social (da passividade do usuário para a autonomia), de campo (do serviço para o território), da equipe (do taylorismo multiprofissional para a integração interdisciplinar) e da articulação (do isolamento do serviço para a articulação em rede). O desafio da gestão é verdadeiramente muito extenso e intenso.

Tento no meu diálogo com os profissionais, com os gestores de outros serviços e com a Secretaria, para vincular qualquer tipo de

ação que vá ser desempenhada, qualquer tipo de decisão, dentro das características da atenção psicossocial.

De acordo com a lógica psicossocial territorial, a participação tanto do usuário em seu tratamento quanto dos profissionais neste, bem como das decisões é de suma importância em um país democrático. Nem sempre a prática condiz com os pressupostos, porém, usuários e profissionais podem ter oficialmente voz ativa através das assembleias e conselhos de saúde.

A inclusão tanto de trabalhadores quanto de usuários é fundamental para que aqueles reinventem seus processos de trabalhos, sendo agentes ativos de mudanças e estes participem e se corresponsabilizem pelo cuidado de si e do seu território (BRASIL, 2015).

4.1.15 A Militância

Em todas as entrevistas e grupos focais realizados nesta pesquisa, somente uma vez foi citada a militância como posicionamento político e ético, o que demonstra a transformação completa da natureza do envolvimento destes trabalhadores com o seu trabalho. Na última década, passou-se da ação de transformar um estado burocrático-autoritário em estado democrático, sobretudo nas políticas públicas sensíveis, como a de saúde mental, tendo como referência o MBRP, para coorte de trabalhadores em busca de sobrevivência precária no mercado de trabalho.

Apenas uma vez, solitariamente, o discurso da militância apareceu:

Eu não estou aqui simplesmente como trabalhadora ou gestora, desempenhando um cargo de confiança, eu estou como militante da reforma [psiquiátrica], eu tenho toda uma ética pública e uma ética do cuidado [para ser usada] nesse cargo que me confiaram.

A militância, mola propulsora de todo o processo histórico dos movimentos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica no país, essencial em suas lutas e conquistas para o que temos hoje enquanto cenário, principalmente representado em legislação, ainda tem seus, poucos, resistentes.

Após essa primeira parte de análise das entrevistas com os gestores, sigamos para a análise dos grupos focais realizados tanto com os trabalhadores quanto com os usuários em cada serviço. Primeiramente, trabalharemos com os grupos focais realizados com os trabalhadores, a seguir, com os dos usuários.

4.2 O que os grupos focais revelam

Os grupos focais foram realizados nas próprias unidades de saúde exceto os GFU-01a e GFU-01b que foram realizados na UFC, pois algumas atividades estavam ocorrendo nesta instituição devido à interdição de salas no serviço. Importante observar que em nenhum dos grupos focais teve-se a participação de médico, o que pode reforçar a ideia de separação entre médicos e demais profissionais, além de uma pressão para manter o médico exclusivamente no atendimento ambulatorial devido ao seu quantitativo mínimo e o aumento da demanda para dispensar receitas.

4.2.1 Trabalhadores

4.2.1.1 Grupo Focal 1

A recepção na unidade foi cordial, com os profissionais em atendimento individual ou lanchando. O serviço não tinha muito movimento e, na tentativa de aumentar o número de pessoas no grupo, foi preciso aguardar mais de uma hora. A equipe pareceu acomodada, referenciando a responsabilidade sobre os problemas para a gestão, sem identificar o que pudesse ser de seu nível de aptidão e autonomia resolver. Para os mais antigos, o desgaste era notório. A visão biomédica prevaleceu, sem visão clara sobre o modelo psicossocial.

Vale ressaltar que ao propor uma data para a realização do grupo focal com os usuários, foi sugerido contato com a coordenadora para saber quando os vales-transportes estariam disponíveis, pois só assim os usuários compareceriam ao serviço, evidenciando uma dificuldade prática, objetiva, dos usuários, e o recuo assistencialista do serviço.

O Quadro 2 apresenta a distribuição das profissões, funções, gênero, nível de escolaridade e tempo de exercício profissional.

Quadro 2: Perfil Profissional dos Trabalhadores de Saúde Mental Entrevistados
(GFT – 01).

Escolaridade	Profissão/Função	Sexo	Tempo de exercício no serviço
Nível Superior	Assistente Social	F	1 ano 7 meses
	Enfermeira	F	2 anos
	Enfermeira	F	2 anos
	Farmacêutica	F	1 ano 7 meses
	Terapeuta Ocupacional	F	1 ano 7 meses
	Terapeuta Ocupacional	F	4 anos
Nível Médio	Apoio ao Gestor	F	11 meses
	Controle de Acesso	F	10 meses
Nível Fundamental	Auxiliar de Limpeza	F	1 ano 2 meses
	Cozinheira	F	5 anos
	Serviços Gerais	F	8 meses

O perfil dos participantes foi de 100% feminino, com no máximo cinco anos e no mínimo oito meses de exercício profissional, dois anos em média. Os 11 profissionais presentes representam nove profissões, com Enfermagem e Terapia Ocupacional com dois de cada. O nível superior tem 55% dos trabalhadores, o nível médio tem 18% e o nível fundamental, 27%. Acrescente-se que os terceirizados totalizaram 36%.

O Gráfico 2 apresenta as categorias identificadas no grupo referentes às questões que justificam a percepção de mal estar no trabalho que todos declaram.

Gráfico 2: Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFT – 01 da SER III, Fortaleza, Ce.



O mal-estar decorrente da consciência de despreparo dos trabalhadores destaca-se com 34% das referências. A situação reflete diretamente nas demais categorias, sobretudo nas mais citadas em sequência: a (des)articulação da rede de cuidados com o usuário e seus familiares (15%), a estrutura física comprometida e a falta de suprimentos juntamente com o modelo biomédico e a dificuldade do diálogo entre trabalhadores e a gestão (9%).

4.2.1.1.1 Mal estar e despreparo dos trabalhadores

A equipe apresentou discurso fixado no modelo biomédico e revelando, unanimemente, sentimento de impotência, de não saber bem o que fazer diante de circunstâncias consideradas paralisantes.

Mãos atadas, mãos atadas, muitas, muitas vezes.

Não parece haver acompanhamento, pois parece que cabe ao usuário “ter de se virar”. O que resta é a repetição rotineira de prescrições medicamentosas, em meio à falta de trabalhadores, falta de formação e falta de articulação da rede de cuidados.

É impotência porque tem os nossos tratamentos aqui, tem os grupos, mas muitas vezes é caso de psiquiatria e a gente está sem médico, o usuário tem que se virar... e esses pacientes que estão sem medicação pega aquela receita antiga e vai lá no posto para refazer a receita. Fica no círculo vicioso, tá nesse círculo até o presente momento, e não tem outro lugar.

Um projeto é citado, mas soa como algo externo, sem apropriação mínima pela equipe, de conhecimento ou minimamente de informação, somente restando a expectativa passiva pela implantação futura de uma condição ideal de trabalho.

Tem um projeto aí de Farmácia Viva, mas aqui não tem condição. Tem para a próxima casa, mas antes a gente tem de se preparar pra próxima casa, que não se sabe quando teremos. Fomos até a Guarda Municipal pra ver questão de transporte e tudo, estamos sem gasolina, a prefeitura está sem gasolina. Então, é esperar, certo?

O trabalhador apresenta-se, portanto, completamente paralisado, sem rumo, sem saber o que fazer, e acomodado.

A gente já vai pra triagem pensando... pôxa, o que vamos fazer? O que vamos dizer? O problema do cliente tem que ser uma besteira, porque se for caso grave a gente não tem psiquiatra, a gente não tem medicação, a gente não tem grupo, a gente não tem nada... só nós aqui, do jeito que você presenciou, sentados, conversando.

Se vamos atender um, já vamos com medo, porque fica naquela responsabilidade, e se for um paciente com tentativa de suicídio.

Às vezes, fico orando pra que seja um caso que não seja perfil para a gente, pois então é fácil recusar. Mas, se for perfil, e caso grave, como a gente vai fazer?

A gente coloca na lista de espera.

As ações ficam todas reduzidas ao assistencialismo mais simples.

Tem que dar um jeito, como toda vez a gente tem que dá um jeito, às sextas-feiras tira do próprio bolso para ajudar alguém para trabalhar. A gente fica fazendo nada, porque não resolve, mas, mesmo entre aspas, faz. Mas é de chatear mesmo, muito.

Nos casos de mães que chegam aqui “automedicando” os filhos porque não sabem e não aguentam cuidar... Dão remédio sem noção pra criança. Aí chega aqui com a criança dopada.

Deste modo, o trabalho passa a ser motivo de estresse, de ansiedade e de adoecimento para o trabalhador.

Qual a causa do nosso sofrimento? É o serviço. Na realidade estou assim porque quero ser terapeuta, venho fazer meu trabalho e não consigo. Eu estou ficando irritada, estressada, sem paciência, mas na hora em que o usuário chega eu tenho que me doar, tenho que esquecer o meu estresse e me transformar numa pessoa sensível, com humanização, fazer uma escuta qualificada, entendeu? Mas aí, como posso, me sentindo altamente fragilizada?

A equipe está adoecida, pois a gente se estressa, fica triste porque não consegue fazer, ajudar essa população, essas crianças, a gente não consegue estrutura, um apoio, brinquedos, alimentação, vale transporte, porque precisa de tudo isso. A gente acabou todos os grupos porque não tem estrutura, a casa não tem estrutura. Estamos adoecendo, psicológica e fisicamente. Por exemplo, a casa tá mofada, então a gente também fica cheia de alergias.

O teto tá em tempo de cair na cabeça da gente, e de acontecer um curto-circuito também.

Eu preciso ter raiva que é pra poder viver melhor. Hoje eu não vou levar meus brinquedos, eu não vou levar minhas coisas, porque tá tudo se acabando e quem vai repor depois?

A gente se preocupa com os nossos pacientes, a gente quer atender e não consegue. Então isso tá fazendo com que a gente vá perdendo tudo. Fica aí, enchendo o tempo conversando.

Aqui a gente tá brincando de resolver.

Constrói-se um mal estar que afeta todas as relações interpessoais.

Você passa a ter, imagina, raiva da gestão, mas acaba que você leva a raiva para a pessoa daquele que está sendo o gestor, esta transferência para o colega não tem nada a ver, ele é uma pessoa legal, ele é um profissional competente. Mas come ele é quem diz o não, você se frustra e leva ele junto.

A minha alma pede paz e o meu psicológico pede dinheiro. É aquela coisa, eu tenho que fazer a minha parte. Se dependesse só de mim, digo isso todo o dia, eu não trabalhava mais num CAPS, eu já tinha saído, entendeu? Porque realmente eu estou muito estressada, mas preciso trabalhar e este foi o trabalho que apareceu.

Perde-se também a identidade de equipe, por conta do *alto turn over* dos profissionais. O serviço passará por mais uma mudança de trabalhadores, devido ao término de contrato da maioria.

A nova equipe talvez espere encontrar alguma coisa digna da faculdade. Vai chegar e ficar tão ruim ou pior do que a gente. Eu não morro de amores pelo campo da saúde mental, isso não é segredo, gosto mesmo é de hospital. Mas procurei dar conta e cheguei no auge deste serviço, boa equipe, desafios, então até esqueci que isso aqui não era minha praia. Agora estou rezando pelo fim de meu contrato, de tanto desestímulo, de tanto passar a manhã sentada. Aí também se acomoda e perde o raciocínio. Lá vem uma triagem... ai meu Deus, o que será? Parece até que é a 1ª vez que vai fazer. Tomara que não seja caso grave, porque a gente não tem como cuidar e não tem para onde mandar. Então, quem chegar pode ser que fique pior do que a gente, que está vivendo este momento tão cruel da saúde mental na cidade.

O trabalho em saúde mental, por sua própria natureza, fomenta conflitos entre categorias profissionais, entre visões de mundo, entre teorias, entre pessoas que precisam enfrentar a doença mental alheia, em sofrimento que também pode ser seu. Mas a precariedade completa das condições de trabalho amplifica os problemas (RABELO, TORRES, 2005).

Os trabalhadores desta unidade representam-se como estando de “braços cruzados”, de “mãos atadas” e “paralisados”. A postura é de revolta surda, impotente, restando o milagre das condições ideais ou o fim do contrato. O trabalhador da saúde no Brasil, tem-se encontrado em contradição em seu trabalho, a partir do momento em que, compreende que sua área de atuação é a saúde e que precisa assistir às solicitações dos clientes, mas, ao mesmo tempo, atua como expectador da ausência de saúde, compartilhando sua ineficiência.

4.2.1.1.2 A Rede, o Cuidado ao Usuário e a Família

Apesar das dificuldades apontadas, emerge, vez por outra, a resistência de um cuidado menos estigmatizado, mais humanizado, diferenciado do que se tinha anteriormente nos hospitais psiquiátricos de natureza asilar.

O CAPS deu um melhor atendimento aos pacientes [com transtorno mental], sofrendo o preconceito de ir para o hospital e de voltar... mal chegavam em casa, já tinham de fazer nova internação, e a gente passou a tratá-los como pessoa.

A família ainda aponta seu foco na internação, o que mostra o distanciamento e a desarticulação entre os trabalhadores e aquele dispositivo social que deveria compor a parceria estratégica, principalmente ao se tratar de um serviço direcionado à assistência infanto-juvenil, no qual os pais e/ou responsáveis devem participar diretamente do tratamento.

Os pais chegam aqui e dizem assim: eu não quero mais, interna.

Muitos usuários, ao receberem alta do hospital, permaneciam internados porque a família não ia buscá-los.

A família carece de um cuidado direcionado de forma a ser ajudada a transpor a barreira do preconceito e possibilitar estratégias para melhor cuidar do seu familiar adoecido. Geralmente, as famílias também adoecem e precisam ser acolhidas e cuidadas, não podendo o tratamento ser exclusivo do usuário, já que este necessita de sua integração familiar e social. Ressalte-se que família, nesses casos, pode ser um grupo social de suporte composto por quem mantenha relação de respeito, vizinhança, comunhão de crenças e afetos com o paciente.

A falta de uma articulação em rede dificulta todo o trabalho empreendido, desde a entrada do usuário no serviço até à sua saída, pois seu projeto terapêutico, compreendido na são afetados.

Quando a gente vai fazer a transferência dessa “criança”, no momento em que faz 18 anos, o CAPS geral não quer ou não pode receber. A gente mesmo sofre.

Não existem as parcerias, a gente tem dificuldade desde a gestão municipal anterior. Os autistas crescem e o CAPS geral, não todos, claro, não querem receber o autismo adulto.

Quando se trabalha em rede, a concepção do trabalho terapêutico para a autonomia do indivíduo é ampliada para a participação, o que representa um diferencial no processo, uma vez que, apropriando-se, ele experimenta a apropriação da própria vida (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Houve o caso de um meninozinho, eu sempre lembro dele, que a gente atendia no grupo e ele apresentava uma agressividade muito grande. Conseguimos um atendimento de fonoaudiologia e, a partir do momento que ele conseguiu se comunicar, até a questão da agressividade dele melhorou muito.

O trabalho em rede é essencial para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, sem o qual o modelo psicossocial estará fadado a sucumbir, sem nenhuma esperança mínima de existência e resistência.

4.2.1.1.3 Estrutura física e de suprimentos

Muitas vezes, a falta de estrutura confunde-se com assistencialismo como relatam as falas abaixo.

Antigamente tinha tudo e agora não tem mais nada. Sem alimentação, sem vale transporte, eles acabam não vindo até o serviço. Muitos só podem vir, mesmo, se a gente der o vale. Tem que ter o alimento pra essas crianças, tem que ter os brinquedos para os meninos para eles passarem o dia, merendavam de manhã, almoçavam, de tarde era o lanche de novo e agora minha filha?

Nós estamos sem merenda, estamos sem nada aqui no CAPS, aí eu invento.

Tá faltando a alimentação e o vale transporte, assim tá faltando tudo.

O período do convênio com a UFC é lembrado como bom e idealizado.

A gente tinha uma verba, como suprimento de fundo, para todas as pequenas despesas, até imprevistos, quando o CAPS era administrado pelo Hospital das Clínicas, assim era muito bom, as coisas funcionavam.

A gente não tem mais os recursos terapêuticos, como a brinquedoteca muito boa que tínhamos aqui, com pula-pula e piscina de bola. Agora, não tem mais nada.

É notório que a falta de estrutura física e de suprimentos compromete a qualidade e a execução das atividades em qualquer serviço. Neste, pode-se observar que várias atividades foram paralisadas por interdição de algumas salas, falta de alimentação, de vale transporte e de suprimento de fundos. Porém, é importante frisar que um trabalho psicossocial vai além e deve, inclusive, acontecer no território de onde surge a demanda em espaços concebidos além das paredes do serviço. Há de se pensar e questionar como esse trabalho tem sido realizado a ponto de estar paralisado, quando o usuário procura mais o serviço para aquisição

de benefício social do que, também, para dar a sua contrapartida para o tratamento, apropriando-se do mesmo. Se o trabalhador não o faz, amparando-se nas carências, fica mais complicado para o usuário superar suas próprias carências, sociais e pessoais. É preciso observar se o que está sendo intensificado é o assistencialismo e a acomodação dos trabalhadores ao invés do incentivo à criatividade e ao protagonismo social destes, juntamente com os usuários e familiares, a fim de que seja desenvolvida uma certa autonomia condizente com o êxito do tratamento, naquele contexto social concreto.

4.2.1.1.4 Modelo biomédico

Segundo Rabelo e Torres (2005), a equipe, no modelo biomédico, funciona como uma linha de montagem, tendo o saber psiquiátrico como primeira e última etapa do processo, constituindo-se os saberes não médicos ou para médicos como complementares. Mesmo que se trate de uma equipe que discuta os casos, o objetivo reduz-se à retirada dos sintomas. Esse modelo permite à população eleger a instituição como lugar próprio dos enfermos, adaptando-se ao *status* dominante da subjetividade, como produzida historicamente naquela conjuntura sócio-econômico-cultural.

Eu acho que isso que tudo isso que está acontecendo atualmente é porque a gente está sem médico.

A gente tinha um grupo para crianças e um grupo de pais. A gente tinha suporte de orientação e o médico, para o suporte medicamentoso.

Atualmente a gente tá retrocedendo. Quando cheguei aqui isso era a todo vapor e a gente conseguia fazer a atenção psicossocial funcionar, raramente se falava em hospital psiquiátrico, éramos resolutivos.

A gente conseguia atender essa nossa criança “integralmente”, atender tanto a criança como a família.

Hoje, a gente não tem mais condições de atender o paciente aqui.

A dependência exclusiva do tratamento medicamentoso reduz a quase nada as possibilidades de um atendimento psicossocial, mesmo quando se diz que antes funcionava o atendimento integral. Vale lembrar que atendimento integral tem a ver

com o trabalho em rede e não dentro de um serviço apenas. Se antes funcionava apenas quando tinha médico, fica difícil compreender qual tipo de atenção integral era oferecida e agora defendida.

4.2.1.1.5. A dificuldade do diálogo entre trabalhadores e a gestão

O mal estar dos trabalhadores parece encontrar um bode-expiatório, a gestão municipal, instaurada como responsável pelo desinvestimento, pela desarticulação e pela falta de uma comunicação produtiva. O discurso carece de amadurecimento e diálogo em prol de estratégias em conjunto para resolver as questões apontadas.

Eu acho que é a questão é da gestão mesmo, eles não botam a saúde mental como foco. A saúde mental está esquecida.

É o olhar mesmo de política, de gestão mesmo. A saúde mental foi esquecida.

A saúde é toda uma maquiagem e a saúde mental eu acho que é o que tá mais em evidência. Eu me preocupo em relação a isso por conta da nova equipe que vai chegar, porque não conhecem como era e como está agora.

Mais às claras, a maquiagem tá caindo do rosto, porque tá sério.

Essa dificuldade com a gestão foi uma porta pra gente se estressar. Facilitou? Olhou torto? A gente tá explodindo. Parece que é assim.

4.2.1.1.6. Perfil do usuário

Ainda é notória a ideia de haver um perfil de usuário de cada CAPS na maioria dos discursos dos trabalhadores. No entanto, considerando que o usuário é do território, este poderá ser perfil do CAPS se ou quando houver demanda para isso. A ideia de cristalizar um perfil pode gerar um grande risco para a estigmatização e a manutenção do modelo biomédico.

A gente chega com uma ideia, mas na prática, na realidade, acaba pegando uma demanda que não é do CAPS, mas da Neurologia, da Fonoaudiologia.

Nem tem perfil pra cá.

Acaba que chega uma criança aqui que tem uma demanda de algo, que tem comportamentos “alterados”, mas que não devia ficar aqui, aí a gente acolhe e acaba ficando.

A forma de abordar a clientela ainda está direcionada a um diagnóstico que parece registrar um sobrenome em cada usuário, ao invés de se ter em foco a pessoa e suas potencialidades/possibilidades de saúde, um ciclo que parece fechar em si a condição permanente de doente.

Hoje a gente tem os dois públicos: os psicóticos, o usuário de drogas e tem também os neurológicos.

4.2.1.1.7 Crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas

Apesar de estar na Portaria 336 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) o registro de que o CAPS deve prestar assistência à criança e ao adolescente com transtorno mental, o que inclui o uso de substâncias psicoativas, somente após o término do convênio com a UFC, quando o CAPS da Secretaria Executiva Regional III passou a ser diretamente gerida com a Prefeitura de Fortaleza, é que a assistência incluiu essa população, pois antes havia o foco nas escolhas dos psiquiatras-pesquisadores, professores da UFC.

Uma coisa que eu achei muito importante para os CAPS é agora estar recebendo esse menor, em uso de droga.

Anteriormente, o gestor determinava que não se atendesse usuário de drogas, era só para os psicóticos. Aí o outro CAPS da regional começou a questionar porque acabava ficando tudo lá, então a Prefeitura decidiu ampliar a cobertura.

Esses problemas das crianças não são para hospício. O CAPS foi uma bênção, pois os pais podem acompanhar e ficar junto do seu filho, vendo que é doença mesmo. Então eu sou muito feliz com a presença desse CAPS que agora tá acolhendo esse pessoal que é usuário de droga.

4.2.1.1.8 Fragilidade no vínculo empregatício

A questão do vínculo empregatício precário é apontada como uma das fragilidades que limitam a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza,

agravada com a falta de suprimentos, o assistencialismo e a sobrevivência poderosa do modelo biomédico.

Às vezes, eu digo assim: “meu deus dá vontade é de desistir”. Eu não sou empregada, estou há um ano e seis meses avulsa. Lutar com uma criança, chega aqui com um paciente morrendo de fome e me pede ao menos um cafezinho, qualquer coisa, daí eu pergunto se ele quer o dinheiro da minha merenda que eu dou e quem continua com fome sou eu.

A maioria, eu creio, que passa na seleção é recém-formada, sem formação específicas, atrás de qualquer emprego.

Muitos trabalhadores, cujos contratos estavam em fase de rescisão apresentaram-se mais incomodados com esse fato, mesmo conscientes de tratar-se de uma seleção temporária, do que com o compromisso ético do trabalho.

4.2.1.1.9 Estigma

O estigma, como parte integrante da história da humanidade, que evidencia uma marca, cicatriz ou algo negativo de forma a discriminar e identificar grupos ou pessoas que não correspondem a certos padrões aceitos em determinada época e contexto, também tem seu registro na saúde mental, através da segregação, preconceito e discriminação social dos que sofrem de algum transtorno mental.

A questão do preconceito melhorou com a reforma psiquiátrica, porque antes não tinha o CAPS e você ia pro hospital e todo mundo dizia: é louco? Tem que internar. A família também tá aprendendo.

Para Mateus (2013), as pessoas com transtorno mental são, geralmente, vistas pela população, até mesmo por seus familiares e trabalhadores da saúde, como imprevisíveis e perigosas, incitando o desejo de distanciamento social. O estigma e o preconceito fazem com que pessoas que pertençam a grupos rejeitados socialmente fiquem num plano mais baixo na hierarquia das relações sociais, gerando segregação e perda de *status* o que culmina na exclusão. Isso gera um impacto negativo na qualidade de vida e considerável obstáculo para o êxito do tratamento.

4.2.1.1.10 Projetos no território

Mesmo sendo essencial para a atenção psicossocial a articulação dos serviços no território, e dos serviços com as organizações da comunidade, apenas em uma fala destacou o tema.

Eu participei de dois projetos de inserção social que foi o bloco de carnaval Doido é Tu e o projeto de teatro Escuta em Cena. É a questão da valorização da autoestima e da criatividade, pela música, pela dança, e pela representação. E achei bem interessante, mas... não tem mais.

Ao se tratar de um CAPS, pensa-se ser justamente neste campo onde se consegue uma melhor resposta para a o trabalho psicossocial, através da arte, oficinas e tudo o mais que promova saúde e o bem estar do usuário. Segundo Azevedo e Miranda (2011), um dos grandes desafios do CAPS representa exatamente esta articulação intersetorial e social, capaz de possibilitar ao usuário e sua família à vivência na comunidade, através de ações e espaços que ampliem o leque de possibilidade de (re)construção de suas vidas. A arte possibilita ao usuário trabalhar e descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais.

Cabe aos trabalhadores e gestores a função de elaborar projetos e ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida desses usuários, incentivando-os a participar de trocas sociais e, conseqüentemente, aumentando o seu poder contratual e a sua autonomia (SILVA, 2009).

4.2.1.1.11 “Capscentrado”

A visão do profissional ainda fragmentada, caracterizada pela formação biomédica, que leva a assistir o usuário de forma compartimentada, pode dificultar sua compreensão integral do mesmo e, conseqüentemente, comprometer o bom caminhar da assistência, principalmente quando não se tem uma rede resolutiva. A gente pode estar trabalhando com todos esses fatores, de comunidade, da inserção social, da família, da escola, entendeu? É como se fosse uma pizza e cada pedaço fosse algo da vida desse paciente e o centro fosse o CAPS.

Importante notar que, apesar do cuidado direcionado ao usuário e a tentativa de incluí-lo ativamente em um determinado contexto social, o centro permanece no CAPS, ao invés de ser no usuário. Faz-se necessário que este seja olhado de forma integrada e não compartimentada. Os CAPS, enquanto equipamentos de base territorial, surgem como instrumentos que possibilitam reorganizar a rede de saúde mental, pois pensa-se que não basta tratar as pessoas como indivíduos em sofrimento, elas precisam ser tratadas como cidadãos, que, como tal, têm direito de acesso aos serviços, assim como, ao atendimento nos diferentes níveis de atenção/complexidade (BRASIL, 2002; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

4.2.1.2 Grupo Focal 2

A coordenadora desta unidade recepcionou rapidamente a pesquisadora, pois estava de saída para levar sua filha ao médico e visitar a colega coordenadora de outro serviço que, naquele dia, recebera a notícia de que seu pai tivera um infarto agudo e se encontrava hospitalizado. Para a equipe chegar e se organizar aguardou-se um longo tempo. O grupo, visivelmente desmotivado, apresentou dificuldade em responder às questões, parecendo não compreender a proposta do CAPS. A mais participativa foi uma servidora, com oito anos naquele serviço, inclusive tendo sido coordenadora do mesmo na gestão municipal anterior.

Falas, como a de outra servidora, apresentaram pensamentos e condutas relacionados ao estigma e ao preconceito, reforçando o medo dos profissionais em atender os usuários e destes não estarem interessados no tratamento, apenas em alguns benefícios como medicamentos e vale-transporte. Os profissionais de nível superior foram mais cautelosos, porém não pareceram se opor, concordando, silenciosamente, mesmo quando no plano do discurso abordassem conceitos da Reforma Psiquiátrica. Apontaram, ainda, a contradição existente no discurso da gestão municipal, veiculado na mídia, referente às internações e ao convênio com as comunidades terapêuticas filantrópicas, pelo entendimento de que o CAPS tornara-se porta de entrada para estas.

O Quadro 3 apresenta o perfil de escolaridade, profissão, função, sexo e tempo de exercício profissional dos componentes do grupo.

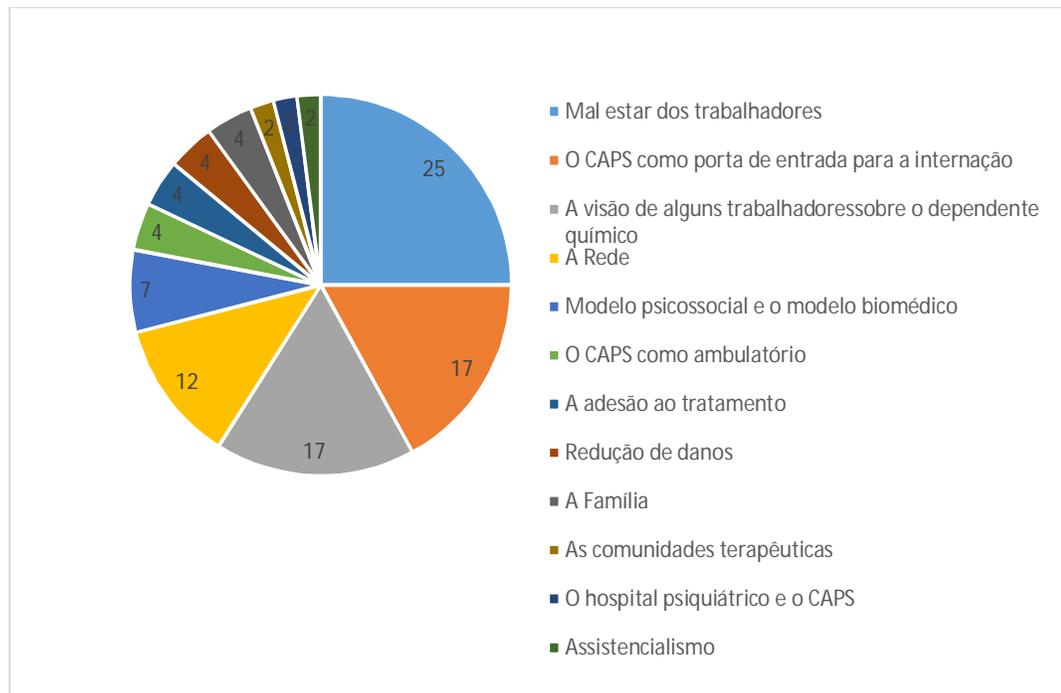
Quadro 3: Perfil Profissional dos Trabalhadores de Saúde Mental
Entrevistados (GFT – 02)

Escolaridade	Profissão/ Função	Sexo	Tempo de exercício no serviço
Nível Superior	Assistente Social	F	1ano 10 meses
	Psicóloga	F	1 ano 7 meses
	Psicóloga	F	1 ano 7 meses
	Terapeuta Ocupacional	F	8 anos
Nível Médio	Agente Administrativo	F	1 ano
	Controle de Acesso	F	10 meses
	Recepcionista	F	9 meses
Nível Fundamental	Serviços Gerais	F	11 meses
	Serviços Gerais	F	11 meses

O perfil dos participantes também foi de 100% feminino, com no máximo de oito anos e o mínimo de nove meses, apresentando 44% de terceirizados. As categorias profissionais foram representadas por nove profissionais, de sete profissões, havendo 44% deles com nível superior de escolaridade.

O Gráfico 3 expõe as categorias identificadas no Grupo Focal 2, com destaque para questões relacionadas ao mal estar dos trabalhadores, o CAPS como porta de entrada para a internação e as comunidades terapêuticas filantrópicas, a visão sobre a dependência química e a rede de assistência psicossocial.

Gráfico 3: Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFT – 02 da SER III, Fortaleza, Ce.



O mal estar dos trabalhadores (25%) foi a categoria que mais se destacou, chamando a atenção para os estresses, medos, despreparos e desmotivações. A seguir, o CAPS como porta de entrada para a internação (17%) juntamente com a visão que alguns trabalhadores possuem a respeito do dependente químico (17%) relatam as contradições do serviço substitutivo trabalhando mais em função da internação do que para sua minimização; e, a precariedade da rede de assistência psicossocial (12%) que abriga dificuldades na comunicação entre os trabalhadores, falta de articulação e fluxo adequados para a integralidade do cuidado.

4.2.1.2.1 Mal estar dos trabalhadores

Os trabalhadores relatam sensação de impotência, medo e apresentam pouca ou nenhuma estratégia de cuidado, carecendo de conhecimento técnico, ancorando-se em seu próprio afeto, sem objetivos, como ferramenta para o trabalho. O pessoal chega tudo bêbado, insulta com todo mundo, mas depois, quando sai, é dando graças a deus.

O mal-estar que eu sinto é só de ver o pessoal nessa situação, mal, muito mal mesmo, e não poder fazer nada.

Eu fico mal de trabalhar assim.

Fiquei com tanto medo que fui embora.

É o choque da realidade que me deixa muito cansada, mentalmente cansada. Por mais que a gente se prepare durante a faculdade inteira pra isso, pra haver uma neutralidade na prática terapêutica, é lógico que a gente é ser humano também. São histórias muito pesadas, de total privação desde a infância, de alimento, de estímulo positivo, de afeto. Ao longo do dia, quando a gente pega os dois turnos, manhã e tarde, você ouve tanta história de privação, de tanto desespero. São histórias muito pesadas, com dramas muito fortes. Você pensa: “meu deus, como é que a pessoa consegue viver dentro dessa situação?” Eu acho que é muito isso.

O trabalhador apresenta-se enraizado dentro do CAPS, de forma passiva, esperando que a clientela chegue, sem se movimentar minimamente no território, exercendo a função no máximo reativa e insignificante para o usuário. O trabalhador não vai ao encontro do usuário, não estabelece nenhuma relação. Permanece cristalizado e protegido em sua zona de conforto, o que também faz com que sua inutilidade/impotência gere também mal-estar.

Desde que eu cheguei aqui, a gente se esforça pra atender direitinho, de repente se desestimula, chega um dia em que os pacientes ficam voltando e voltando, ou chega o dia em que eles não chegam, e dá uma grande frustração essa não adesão deles.

A gente quer ajudar, quer fazer alguma coisa, mas eles mesmos não deixam a gente ajudar. Lá se vai de novo, daí passa mais algum tempo, tá bom, tá ótimo, tá gordinho, vai embora. Depois, volta acabado. Sei lá, como encontrar um tempo no qual eles caibam. Eu acho que deixa muito a desejar é essa liberdade demais.

A realidade da construção confusa de identidade, da perda da noção de limite, do medo e da violência urbana se reflete no cotidiano do trabalhador, ele também parte, porém com a responsabilidade de compreendê-la e superá-la.

Pensando na saúde do trabalhador da saúde mental, como você colocou no começo, não é fácil pra gente se deparar com as situações que geram, realmente. Acontece da gente ser ameaçada pelo paciente ou por um traficante. Uma pessoa na recepção disse que estava morrendo de medo porque o paciente chegava e logo dizia: “qualquer dia eu venho com uma arma aqui e dou um tiro em todo o mundo”. Apesar de a gente saber que ele tá agindo daquela forma porque tá passando por um processo de grande desorientação, devido à dependência química, a gente também é humano e tem medo. Vai ele traz a arma e atira, de verdade.

Já deram tiro e já puxaram uma faca aqui pra mim.

O trabalhador tenta escapar do seu medo pela compreensão/compaixão e postura caridosa da circunstância vivida pelo usuário e, neste caso, isenta-o da responsabilidade, tornando-se refém e impotente, buscando ainda, um *status* de neutralidade para não se sentir afetado e melhor poder lidar com o próprio medo. A gente tem de saber lidar, porque sabe que eles estão passando por um momento muito difícil. Só quem tá dentro desse problema é que sabe quanto é difícil. A carga psicológica é grande.

A questão da insegurança é muito adoecedora para o trabalhador.

4.2.1.2.2 O CAPS como porta de entrada para a internação

A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui os CAPS e prevê a internação em um desses equipamentos da rede, porém como uma das possibilidades de tratamento, jamais exclusiva, nem a principal (BRASIL, 2011). As falas abaixo relatam uma inversão desse fluxo, inclusive sob o incentivo da própria gestão municipal. Há aqui um alerta sobre real retrocesso da política municipal de saúde mental.

A procura era mais mesmo pelo serviço ambulatorial, mas hoje em dia eu acho que essa procura está mais ligada a paciente que só quer se internar, então, CAPS tá servindo como porta de entrada para internação.

O momento da procura pela internação tem a ver com o incentivo do governo com a chegada do plano de combate ao crack, incentivando, inclusive, financeiramente as comunidades terapêuticas filantrópicas. Quando eu vi eu achei isso um retrocesso da política.

Virou política de higienização. A pessoa vem e usa o CAPS só pela internação.

A propaganda da Prefeitura dá a entender, eu não sei muito porque eu não assisto televisão, mas dizem que até a propaganda dá a entender que quando ele for para a Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas ele vai ser internado.

O paciente, principalmente o dependente químico, fica confinado no internamento, protegido, por assim dizer. Mas aí volta para a vida social dele e cai nas armadilhas. Isolar não é preparar para enfrentar.

Eu acredito no modelo do CAPS porque a gente acompanha, junto do paciente, esses percalços da abstinência. A gente pode trabalhar junto da comunidade dele. Se tem uma rua que ele precisa passar e não consegue, a gente acaba trabalhando com ele esse sentimento de esquiva. Tem que enfrentar, não ter só a fuga da internação.

Eu acredito que muitos querem a internação como refúgio. Ameaça, internação, alívio, alta, nova ameaça, nova internação, vai fazendo este círculo vicioso. Outros acham que a internação garante licença pelo INSS.

Para Schrank e Olschowsky (2008), o CAPS, enquanto serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos tem sido efetivo na substituição da internação de longos períodos, pois não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, muito pelo contrário, envolve os familiares no atendimento, o que ajuda o indivíduo com sofrimento psíquico em seu tratamento.

Não há dúvida de que, estando o CAPS, em seu funcionamento, de acordo com as premissas da reforma psiquiátrica, teremos bons resultados, mesmo diante de vários desafios como tem sido apontado nesta pesquisa.

4.2.1.2.3 A visão de alguns trabalhadores sobre o dependente químico

Alguns profissionais apresentam a visão ainda bastante carregada de preconceito e estigma no que se refere ao usuário dependente químico, o que chama a atenção para a falta de formação qualificada e forte cultura repressora. O trabalho parece embasado na opinião própria e sem respaldo técnico.

Quando entrei aqui no CAPS, eu pensei que os pacientes tivessem interesse em ficar bom. Eu acho que isso é uma doença, esse vício

deles. Mas com a convivência, eu notei que eles só vêm se tiver vale transporte. Não vai dar hoje o vale aí *eles vem botar boneco*. Não vai ficar bom, a empresa dando a comida. Ele leva os vales para o traficante, isso é a realidade deles. O que eu vi foi isso, não têm interesse em ficar bom não, tão cedo não quer ficar bom, querem é vender a comida, o lanche, o almoço, os vales.

A visão de salvacionista do outro apesar de si, de modo moralista, é o que prevalece, sem abordagem científica ou filosófica sobre a estrutura psíquica humana. A droga, a dependência química e, por consequência, o dependente químico devem ser banidos da sociedade.

Para eles se livrarem do vício eles têm que querer, mostrar uma motivação pra eles, eu acredito nisso, que deve haver alguma coisa que vai motivá-los a realmente querer viver a vida deles normalmente, como cidadão, e não como um drogado. Mas, mão na cabeça não dá certo.

A ideia de que o que precisa ser feito é ocupar o tempo do usuário, ocupar sua mente, resultante da premissa cristã do ócio como oficina do diabo, é prevalente. A associação de que todo usuário seria um desocupado, perigoso, sem função ou sem utilidade nos remete ao século XVII, evidenciando mais de três séculos de atraso em nossa história.

Precisa ter algo que ocupe muito a mente deles, o dia todo, de manhã tem de ter uma coisa, de tarde tem de ter outra. Assim a gente fica ocupado também e mais animado, vendo ele em atividade e vindo ao serviço.

Se eles tivessem interesse, realmente, em se tratar, eles achariam o apoio da gente. Porque aqui tem os grupos, tem as terapeutas que realmente querem ajudar. O que falta é algo que, eu acho, tem muito a ver com a família, porque se não há o apoio e a compreensão da família eles não conseguem não, sozinhos não conseguem. Falta o principal, que é o amor, e eles não acham isso na família, também a família já deve tá escaldada de tanto problema, né?

Por que é tão difícil a gente colocar na cabeça deles que eles tem que querer se tratar e ficar bom?

Aquela pobrezinha ali só falta apanhar deles. Eu observo muito, eles são muito perigosos, são muito rebeldes, que nem cabelo ruim. Aqui a gente trabalha porque tem que trabalhar, não porque a gente quer. E precisa ter muito cuidado.

E quando a habilidade criativa e a competência técnica falecem, sobra a crença e a fé no milagre.

Nada pra Deus é impossível.

4.2.1.2.4 A Rede

As falas abaixo relatam a fragilidade da Rede de Saúde Mental de Fortaleza, seja no atendimento às situações de urgência, seja na falta de articulação entre os equipamentos, seja na construção de projetos terapêuticos e no envolvimento com as famílias.

Quando a gente liga pro SAMU e quando sabem que é do CAPS AD, acho que já reagem com aquele preconceito. Eles dizem que tem casos mais urgentes pra atender do que CAPS AD. Tem pessoa que dá convulsão por causa da bebida e eles não atendem.

O que causa mal estar é a rede, de um modo geral. Às vezes a gente fica aqui de tarde com um paciente precisando de ambulância e a gente espera 4, 5 horas. E a gente fica aflito com o paciente passando mal, vendo ele fazer uma parada respiratória, ou cardíaca. Isso é uma coisa que angustia, a gente fica sem saber o que fazer, o serviço fechando e a gente com o paciente aqui, liga pro SAMU e ele não vem, liga pra família e não encontra ninguém.

O matriciamento é citado uma única vez, mas sem contexto ou como prática atual do serviço e apenas como um nome, não explicado.

Antes a gente fazia o matriciamento.

As referências estão mais direcionadas a desintoxicação e a segregação. Não é citada nenhuma articulação com instituições formadoras para o mercado de trabalho, por exemplo, ou de qualquer outra natureza. O CAPS é sempre demandante de apoio, mas não se dispõe a fazer um trabalho em conjunto com o território, demonstrando, mais uma vez, uma postura passiva e conformada, apesar das queixas dos trabalhadores.

Os encaminhamentos que venho observando, a maioria é para a desintoxicação na Santa Casa de Misericórdia ou para Comunidade Terapêutica.

Na verdade a gente tá só. Há uma grande falta de apoio, de suporte da rede.

4.2.1.2.5 Modelo psicossocial e o modelo biomédico

O modelo psicossocial, diferentemente do modelo biomédico tenta o exercício da articulação de relações horizontais entre organizações, tendo o saber interdisciplinar como fomentador e articulador do debate acerca do objeto e do cuidado ao usuário. A divisão do trabalho busca superar o modelo fragmentador, originando uma nova interlocução com a clientela (RABELO; TORRES, 2005).

Conforme a fala abaixo, a prática do serviço não alcança o objetivo primeiro da autonomia do usuário, portanto fica longe do objetivo de construir junto.

Eu acho realmente muito boa a proposta do CAPS, mas na prática não se promove autonomia desse sujeito. Eu acho que essa é a grande questão que fica atrelada ao modelo hospitalocêntrico.

Mesmo sendo a internação motivo de grande procura pelo CAPS, ainda sobrevive alguma capacidade resolutiva e de referência do serviço.

A gente tá falando da internação porque tá sendo uma coisa que aumentou bastante, claro que a procura pelo CAPS também existe. “Você veio encaminhado?” “Não, foi um colega que falou”. O colega já faz o tratamento aqui. Então tem essa repercussão também positiva.

Os dois modelos, o biomédico e o psicossocial, parecem se misturar, se justapor ou conviver, mas sob a égide do primeiro, não havendo superação no modo de pensar e de agir.

Eu acho que o psicossocial venceu no discurso, mas não se separou. É como se uma coisa arrumasse a outra. O modelo psicossocial não cedo avançar para além do modelo biomédico. A partir do momento em que a gestão municipal reforça essa coisa da internação e não investe nas equipes dos CAPS, é porque não quer abandonar o modelo anterior. Eu acho que não se rompeu ainda, porque é como as duas coisas estivessem meio que caminhando juntas, a ideia é boa, mas ainda não ocorreu a mudança, tudo ficou pelo meio.

4.2.1.2.6 O CAPS como ambulatório

Mesmo sendo o CAPS um serviço ambulatorial, de atenção diária, funcionando segundo a lógica do território (BRASIL, 2002), ele não deve ser reduzido a apenas procedimentos ambulatoriais, pois se trata de um complexo equipamento assistencial de referência para todos aqueles que dele necessitem. Porém, para alguns trabalhadores a função ambulatorial é a âncora, o dispositivo conhecido e dominado.

Lógico que o ideal é fazer ambulatório.

Eu acredito mais que se a reforma fosse efetiva o tratamento deveria ser ambulatorial no CAPS, para que a pessoa não saísse do contexto, não saísse da família, não saísse daquele meio em que vive, porque se ele fica em abstinência no período em que ele estava na comunidade terapêutica, muitos deles voltam e recaem porque estavam na situação artificial da comunidade terapêutica.

A importância do tratamento no contexto de vida do usuário é fundamental para que, com ou apesar de fazer uso de determinada substância química, sua vida não se reduza à condição de usuário e/ou de dependente químico.

4.2.1.2.7 A adesão ao tratamento

A questão da adesão ao tratamento dos usuários de substâncias psicoativas tem sido um importante desafio para os CAPS ad, principalmente. As falas, abaixo, chamam a atenção para um dado importante.

Os pacientes de múltiplas drogas, principalmente cocaína e crack, têm uma adesão ao tratamento muito baixa.
Os grupos de alcoolistas são lotados, os grupos de tabagistas são lotados, quando você vai pros grupos de outras ou de múltiplas drogas, vazios.

O que se tem percebido é que há uma dificuldade maior de adesão de usuários de múltiplas drogas, do que os usuários de álcool. Segundo Xavier e Monteiro (2013), os usuários de crack, por exemplo, são mais propensos a abandonar o tratamento por conta de problemas com a lei, baixa habilidade social de enfrentamento, história familiar de transtorno mental e transtorno de dependência de

álcool associada, entre outros. Peixoto *et al* (2010) sugerem que um dos problemas encontrados no Brasil para a dificuldade de adesão de usuários de álcool e outras drogas não seria a oferta de tratamento, mas a adequação das abordagens propostas.

Diante disso, é importante refletir sobre como a abordagem dos trabalhadores e as propostas do serviço têm sido feitas, avaliando seu poder de gerar adesão. O que se percebe é a “culpabilização da vítima”. Para o êxito terapêutico é necessário vínculo, e vínculo é construção de mão dupla, sob responsabilidade do terapeuta, que está precarizado, mal treinado, desmotivado, armado apenas com os preconceitos do senso comum e das ideologias dominantes.

4.2.1.2.8 Redução de danos

As estratégias de redução de danos, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), constituem um conjunto de medidas no sentido de minimizar as consequências adversas ao uso de drogas, respeitando a liberdade de escolha do usuário de continuar ou não seu uso.

Segundo as falas abaixo, a redução de danos surge mais como a tentativa de criação de grupos e não como estratégia ou direcionamento norteador de uma política.

A gente já tentou várias vezes a redução de danos, no começo, através de grupos específicos, com uma psicóloga que teve aqui. Tentou de outras formas, mas não houve adesão. Nesse CAPS, até o momento, era feito de formas focais. Em cada grupo a gente ia trabalhar a prevenção, a redução de danos, o profissional falava sobre as várias formas de reduzir e também na própria triagem era feito. Mas não houve adesão. Não tem um grupo específico pra isso.

Mesmo ainda incipiente, há uma certa compreensão da proposta da RD.

Embora não haja nenhum grupo específico, eu acho que dentro de cada grupo os facilitadores podem fazer isso junto com cada usuário. É o que a gente faz, já que não tem grupo específico.

Então é toda uma análise de mudança de hábito, de postura e de visão.

Lancetti (2012) vem nos orientar que, para além de reduzir os danos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, faz-se necessário uma ampliação da vida, trazendo o foco para a saúde ao invés de uma visão reducionista/reativa do efeito da droga, a fim de ajudar a construir estratégias e possibilidades na vida do sujeito conforme seus propósitos subjetivos.

4.2.1.2.9 A Família

A família aparece nas colocações como coadjuvante importante para o tratamento, mas não como constituinte essencial do processo.

O bom do CAPS é que além do usuário poder ser acompanhado de perto pela família, aqui inclusive tem o grupo de família muito bom, eles gostam, os parentes podem acompanhar e falar com psicólogo.

Eles falam de família, família, família, de amor, amor, amor, então acho que a gente pode pegar o mote e trabalhar por aí.

Ao se ter a participação da família no cuidado ao usuário, em parceria com o CAPS, poderá ocorrer a aproximação dos laços afetivos favorecendo o rompimento do preconceito, da presunção de incapacidade e de periculosidade, que podem ter contribuído para o afastamento social do usuário. Sendo assim, é fundamental que se medeie a inclusão da família no tratamento (SCRANK, 2006).

4.2.1.2.10 As comunidades terapêuticas

As comunidades terapêuticas são instituições privadas abertas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Acolhem pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga (BRASIL, 2015).

Mesmo não sendo serviços de saúde, as comunidades terapêuticas possuem um convênio com a prefeitura municipal para onde, após avaliação de um profissional de um CAPS, o usuário poderá ser encaminhado para internação.

Apesar da existência desse convênio há profissionais que discordam desse fluxo, ressaltando a importância da família e o convívio em seu meio social.

Eu acho que as comunidades terapêuticas são um resquício do modelo anterior. Afinal de contas, segrega da família, da sociedade.

Para Pitta (2011), a maioria das comunidades terapêuticas filantrópicas oferece apenas o enclausuramento do problema, na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado.

4.2.1.2.11 O hospital psiquiátrico e o CAPS

Na visão do trabalhador, o CAPS tem oferecido uma melhor proposta de atenção ao usuário, se comparado ao tratamento dispensado nos hospitais psiquiátricos.

O estado dos pacientes no hospital era de ficarem altamente dopados, não falavam coisa com coisa, a família tem só aquele horário que pode visitar. Eu acho que a vantagem do CAPS é essa, o usuário vem, participa dos grupos, tem o psiquiatra, às vezes precisa fazer um exame clínico. Eu acho que eles estão bem acompanhados.

Porém, o trabalhador apresenta a ideia da proposta da reforma psiquiátrica ainda sem maturação, o que pode dificultar a implantação da mesma com a devida efetivação dos serviços.

4.2.1.2.12 Assistencialismo

O vale-transporte, por exemplo, é visto como moeda de troca ou atrativo para o tratamento, caracterizando uma atenção longe, ainda, da construção da autonomia do usuário e da parceria na busca de soluções. Ressalte-se, também, que não há uma reflexão crítica por parte dos trabalhadores para analisar o porquê da procura ser mais pelos vales do que pelo tratamento em si. Muito pelo contrário, o vale passa a ser entendido como um atrativo, um objetivo e não um meio.

Vinham pelo vale, mas depois de participar dos grupos, vindo aqui um dia e outro, foi-se plantando uma sementinha que funcionou. Não deixa de ser um atrativo. Deu certo.

Estranha a referência ao “deu certo”, pois se pode fazer as perguntas: para que? Para quem? Não é citada a necessidade de capacitação, de cursos de aperfeiçoamento, nem para a clientela, como parte das habilitações para a autonomia, e nem para si próprios, como parte do esforço de superar limitações técnicas, estas formações são necessárias, para os dois públicos, e o silêncio sobre elas inquieta. No diário de campo a pesquisadora registra, por exemplo, que um profissional perguntou se era seguro medicar o usuário quando estivesse sob o efeito do álcool. A equipe não estuda e não dialoga.

4.2.1.3 Grupo Focal 3

O vigilante recepcionou a pesquisadora e fez o encaminhamento para a coordenadora, que pediu tempo, pois estava ocorrendo, naquele momento, uma reunião técnica, semanal, da equipe. O serviço estava praticamente vazio, certamente devido a essa reunião de equipe. Enquanto aguardava, observou-se uma usuária chegar e ficar sentada na recepção, assistindo TV por um tempo e, em seguida, deitar-se nas cadeiras. Mais quatro usuárias chegaram e conversaram entre si, em torno do tema de dores de joelho ou cabeça, das dificuldades de internação em cada hospital de Fortaleza e dos efeitos adversos do medicamento Amplictil. Inquietam-se por conta da reunião e uma das acompanhantes pediu desculpas, por ter sido ela a esquecer, mas que o serviço avisara. A recepcionista confirmou que os atendimentos ocorreriam somente no turno da tarde e que nenhum profissional ficara de sobreaviso, para intercorrências. A acompanhante oferecia a leitura da Bíblia para quem se impacientava.

A pesquisadora foi informada que aguardaria uma meia hora, mas aguardou três horas, quando então foi convidada a participar do final da reunião de equipe. Assuntos discutidos: relatório ao ministério público, falta de gêneros alimentícios, falta de vale transporte, situação dos usuários em atendimento intensivo que deveriam ser avisados por telefone quando alimento e vale chegassem. A

coordenadora pediu paciência a todos para o alongamento da reunião, com a participação da pesquisadora, que viera de muito longe e aguardara a manhã toda, por um equívoco da agenda dela. Preferiu-se pactuar outro horário.

Na nova data a espera pela organização da equipe foi pequena e logo a atividade do grupo foi iniciada. A equipe apresentou discurso coerente com as propostas da Reforma Psiquiátrica, descreveram a situação atual como extremamente delicado, pela possibilidade de desconstrução da política anterior, quando se conseguia funcionar em acordo com os princípios da reforma. Apesar de uma boa defesa teórica do modelo psicossocial, ficavam claras algumas contradições: serviço muito dependente do profissional médico e da entrega de vale transporte e medicamento, e a articulação com o território e a rede era realizada basicamente pelos arte-educadores.

O Quadro 4 apresenta o perfil dos trabalhadores presentes ao grupo, por escolaridade, profissão, função, sexo e tempo de exercício profissional.

Quadro 4: *Perfil Profissional dos Trabalhadores de Saúde Mental Entrevistados (GFT – 03)*

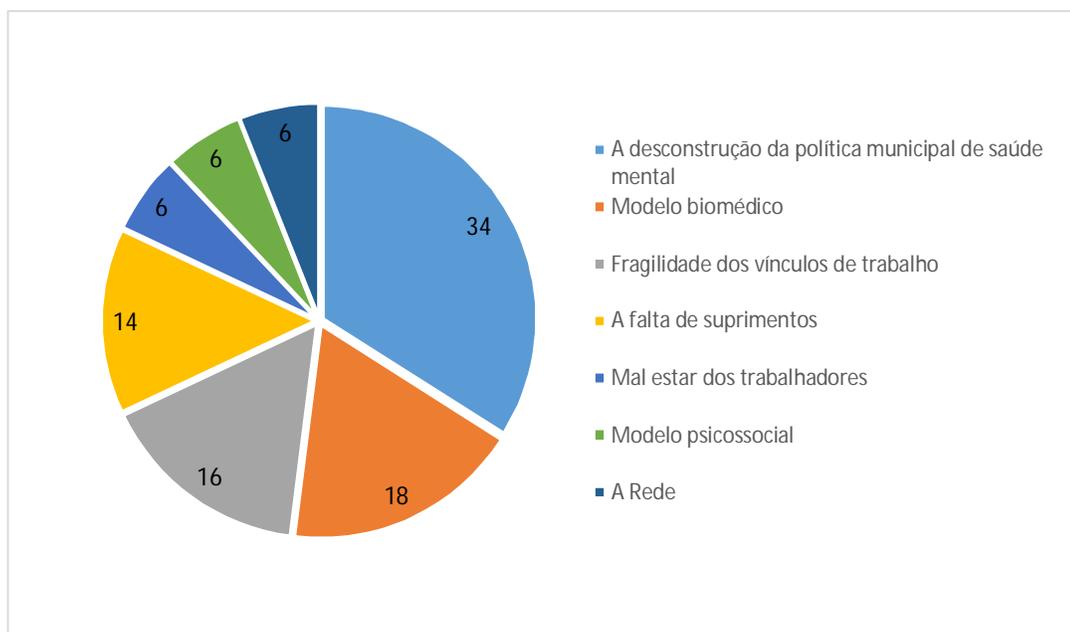
Escolaridade	Profissão/ Função	Sexo	Tempo de exercício no serviço
Nível Superior	Assistente Social	F	8 anos
	Assistente Social	F	13 anos
	Assistente Social	F	1 ano 6 meses
	Farmacêutica	F	1 ano 6 meses
	Psicóloga	F	13 anos
	Psicóloga	F	1 mês
	Terapeuta Ocupacional	F	1 ano 6 meses
Nível Médio	Artista	M	1 ano
	Recepcionista	F	1 ano
	Técnica de Enfermagem	F	4 anos 6 meses
	Vigilante	M	11 meses
	Cozinheira	F	4 anos

Nível Fundamental	Serviços Gerais	F	1 mês
-------------------	-----------------	---	-------

O perfil dos participantes foi de 85% feminino e 15% masculino, com no máximo de 13 anos e o mínimo de um mês de exercício profissional. A proporção de terceirizados foi de 39%. Os 13 presentes se distribuem por 10 profissões e o nível superior agrega 54% do grupo. Pela primeira vez há registro de um artista incluído na equipe.

O Gráfico 4 apresenta as categorias identificadas no Grupo Focal, destacando-se as questões relacionadas à desconstrução da política municipal de saúde mental (34%), a permanência do modelo biomédico (18%), a fragilidade dos vínculos (16%) e a falta de suprimentos (14%).

Gráfico 4: Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFT – 03 da SER III, Fortaleza, Ce.



A seguir, a análise das categorias.

4.2.1.3.1 A desconstrução da política municipal de saúde mental

O aumento do número de serviços substitutivos na cidade é reconhecido como avanço, porém, mesmo na gestão municipal não foram consolidados e agora são apontados fortes indícios de descontinuidade das atividades, evidenciando que a política de cada Governo ainda supera as políticas de Estado.

A gente avançou muito em muitos processos, tanto em número de serviços, CAPS, NASF, RT, apontando para a construção real de uma rede de saúde mental mínima na cidade, mas de dois anos pra cá, tivemos a desconstrução disso tudo, estamos retrocedendo.

Essa desconstrução acaba também gerando um descrédito da sociedade pelo serviço e pela política. O usuário e a família dele perde a confiança.

Os trabalhadores, principalmente os mais antigos, trazem um discurso político bem elaborado, crítico e reflexivo a respeito da atual conjuntura do processo da reforma psiquiátrica de Fortaleza.

Quantos anos nós levamos desde a construção da ideia da reforma psiquiátrica, pra que a ideia se disseminasse no meio da sociedade e fosse absorvida. Os serviços CAPS foram surgindo e as pessoas foram se apropriando, foi sendo construída uma legitimidade e a gente observa que o serviço já não dá mais conta, perdeu potência criativa, retrocedeu. Será que a gente vai ter forças suficiente pra reconstruir na população o reconhecimento perdido?

Não é o ideário da reforma psiquiátrica que está falindo, é a gestão, é o financiamento, é a preparação das equipes, é a precarização do trabalho que não têm permitido que os CAPS funcionem dentro de uma perspectiva aberta, coletiva, integral, de respeito a cidadania das pessoas.

Há uma intenção deliberada de fragilizar a rede.

Parece haver uma estratégia de produzir a ideia de falência desse novo modelo, pra fortalecer o modelo asilar.

Voltou a ser hospitalocêntrico. Devem estar arquitetando alguma coisa muito complicada prá gente.

Eu acho que tem sofrimento por vermos, impotentes, a desconstrução da política de saúde mental, oriunda da Reforma Psiquiátrica. A política de saúde mental é uma política de governo, ainda, ela não é uma política de estado.

Se pelo menos fosse uma política de governo, eu até diria, pelo menos é uma política de governo, porque o que a gente vê hoje é que é uma apolítica. A política de saúde é uma apolítica porque a forma como ela é tratada pelo município de Fortaleza mostra o descaso absoluto com a rede.

Há uma mistura de modelos, o antigo e o novo estavam se digladiando e o velho voltou com força.

Apesar desse discurso político bem organizado, percebe-se, na prática, que a própria equipe não conseguiu superar o paradigma anterior.

A gente tá sendo enrolado há um ano e meio, que todo dia vem médico e isso e aquilo... dizem que virá comida na semana seguinte, aí vem uma semana, outra semana e nada... que tratamento intensivo é esse que trata uma semana e na outra não, por não ter comida?

Fica claro a falta de diálogo entre a equipe e gestão municipal, o que permitiria minimizar os mal estares e direcionar o trabalho objetivamente. Há um posicionamento crítico relevante, porém sem proposições concretas de resolubilidade desse impasse/paralisação. As referências se centram na gestão municipal e sempre de modo hostil.

A gente percebe que há um direcionamento na política local da secretaria de fragilizar esse dispositivo, mas não temos como reagir.

A gente tem que entender que não pode atribuir a responsabilidade ao serviço dessa questão que é muito maior, é estrutural.

Se a equipe não tivesse compromisso com o usuário e com a política de saúde mental, como de fato teve e tem, a gente deixava logo transformar isso aqui num hospital psiquiátrico. O problema é que eles nem aparecem para dizer o que querem: ó, a situação é essa, a gente vai trabalhando na perspectiva tal.

Quando aparecem é para ameaçar corte e deixar os profissionais acuados.

Também aparecem para dizer, estamos aqui, ó, somos o novo poder, cuidado. Não falam assim, deste modo, mas a gente sente.

Os CAPS não funcionam mais a contento, os usuários mantêm a referência nos profissionais, não mais no serviço e na rede. O que há de ter por trás disso aí?

É importante compreendermos melhor a respeito de políticas públicas, políticas de governo e políticas de estado. De fato não se faz saúde coletiva, em qualquer de suas aplicações, como saúde do idoso, saúde do trabalhador e saúde mental, por exemplo, sem compreender e saber atuar no contexto político. O Estado refere ao conjunto de instituições permanentes como os órgãos executivos, legislativos, judiciários e militares, entre outras, que possibilitam a ação do Governo. O Governo refere ao conjunto de planos, programas e projetos políticos e técnicos, que, influenciados pela sociedade civil, são interpretados pelas forças hegemônicas de ocasião. Sendo assim, as políticas públicas são o Estado em ação, por meio dos Governos, para servir à Sociedade (BRASIL, 2015).

Os trabalhadores deste serviço demonstram bastante conhecimento teórico sobre estas formulações, mas se descobrem impotentes para influenciar os jogos de poder.

4.2.1.3.2 Modelo biomédico

Esta unidade, em gestão anterior, juntamente com o convênio da UFC dispunha de um bom quantitativo de psiquiatras. Na situação atual, equipara-se ao que ocorre nas demais regionais de Fortaleza onde há escassez desse profissional. Por mais que as falas abaixo afirmem que o modelo não é centrado no médico, que as demais categorias profissionais são importantes e que também estão carentes no serviço, praticamente, todas as falas, ainda assim, focam a questão do médico, portanto caracterizando um modo médico-centrado.

Ter a intenção de desenvolver o trabalho, pra evitar o processo da roda giratória das internações, ainda é o que se quer, mesmo diante de tanta dificuldade. Os vários profissionais estão em falta, mas a questão da falta de médica constitui hoje um limite fundamental, intransponível. Muitos pacientes estão em processo de desestabilização de seus quadros.

Outra questão exige reflexão: a quem serve a estabilização do usuário? Parece mais direcionada a uma forma de controle, do que de tratamento e/ou bem estar do usuário. De algum modo a desestabilização poderia ser útil para o teste de outras técnicas?

Eu acho que não estamos centrados no médico, mas quem sabe e pode prescrever medicação é o médico, e é ela que minimamente estabiliza clinicamente os pacientes para participarem em psicoterapia individual e de grupo, em oficinas, em atividades artísticas. Ninguém pode negar a necessidade de médico, a gente tinha 10 psiquiatras, agora tem dois, é um fato, objetivo.

Está faltando enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social. A gente não tá tendo uma equipe mínima hoje.

Teve um momento em que o psiquiatra era mesmo muito importante. A nossa questão não é de dependência ao médico, mas do médico ser membro da equipe e ter papel absolutamente necessário.

O médico é da equipe como qualquer outro profissional de saúde. Até quando vai ficar essa postura pobre e radical de equipe multiprofissional *versus* o médico, se no próprio serviço a gente ficar germinando isso. Complicado, né?

A questão das reinternações está vinculada à falta de médico e de medicamentos. E não é mencionado outros recursos terapêuticos que poderiam evitá-la ou minimizá-la.

Tem paciente da gente que há muito tempo não internava e agora, de um ano pra cá, já internou 3, 4 vezes. É triste viver isso.

O estigma, a discriminação e o preconceito são desveladas através de algumas posturas comprometedoras e em desacordo com a ideia da reforma psiquiátrica, entre os próprios trabalhadores, sobretudo quando ocorrem atividades em conjunto para usuários tanto do CAPS g quanto do CAPS ad.

O que dificulta muito é a forma como os usuários do ad são tratados, não é só o vale transporte, não é só a falta de alimentação, não é só isso. Os meninos do ad reclamam muito da forma como são tratados pelos profissionais. Vez por outra, passando por dentro do CAPS ad, eu escutava que ali só havia marginal. Eles não são vistos como usuários, são vistos como marginais, então assim, se é difícil ter vale transporte, mais difícil é ter vale para sair do preconceito.

Vejo que há certa restrição de alguns profissionais em tornar invisível quem é terapeuta e quem é usuário. Quando a gente traz usuário do ad pra cá eu vejo o segurança tratar diferente, eu vejo o pessoal da merenda reclamar etc. É um serviço só e temos que acolher todos, sim. Dizem que é porque cada equipamento é diferente e não pode misturar o usuário do ad com o usuário do geral e com o usuário do infantil, não pode ter ação intersetorial.

Eu cheguei às 9:30h no ad e tinha uma senhora sentada no chão com o filho dela que era usuário do CAPS. Eu perguntei porque eles não entraram e ela disse que o médico não estava lá e, sem o médico, estavam impedidos de entrar. Eu entrei, reclamei com a coordenadora, chamei aquilo de absurdo, ainda falei que eles estavam ao sol quente. Foi dito que eles teriam de ficar no sol mesmo. Outra vez, em dia de jogo da Copa do Mundo, eles trancaram o CAPS, por conta dos marginais. Mas como apartar os marginais, se eles são as pessoas que precisam ser atendidas.

4.2.1.3.3 Fragilidade dos vínculos de trabalho

A fragilidade dos vínculos contratuais e dos vínculos terapêuticos com a clientela desestabiliza e desmotiva a equipe que não consegue planejar atividades de médio e de longo prazos, além de sentirem-se desvalorizados.

Quem se submete a uma seleção ou qualquer outro processo, nem sempre escolhe onde quer trabalhar, é jogado, nem se pergunta se você gosta, se tem afinidade pra isso.

O vínculo precário dos profissionais, assim como as outras pessoas destacaram, é uma das coisas piores, porque quer queira ou não queira o servidor efetivo tem segurança, por isso tem mais liberdade, daí muito problema seria atenuado.

As condições de trabalho são piores que as da seleção de 2012, o salário é bem menor, o vínculo é precário, acho que nem carteira assinada tem, ou seja, se os que estavam já era chamado de vínculo precário, então hoje é escravidão.

A gente não tem previsão de nada, a gente tá aqui hoje, mas se resolverem segunda feira a gente não tá, não importa. A gestão não tem o menor interesse na nossa vida. Simplesmente é o total desrespeito ao trabalhador.

Tudo tem de ser pensadas no curto prazo, já que nós estamos aqui hoje, mas não estaremos amanhã, então isso impede que a equipe de pensar ações que se fortaleçam, tenham sistematização e continuidade.

A cada um ano e meio ou dois anos sai uma leva de profissionais e entra outra, isso desconstrói.

Eu vou fazer um ano sem carteira assinada e até agora o pagamento do mês passado não saiu. Às vezes preciso pegar dinheiro emprestado para vir para o trabalho.

A falta de continuidade das atividades, quando um profissional deixa de trabalhar na unidade, mostra, também, que o planejamento, quando existe, centra-se no profissional e não no projeto terapêutico singular do usuário.

A gente sofre, eu tô aqui há 13 anos e é muito doloroso, assim a gente cria vínculos com os profissionais, com os pacientes, inicia uma atividade e ela é interrompida. Quantos colegas psicólogos e não psicólogos já chegaram e se foram. Já fiquei em dupla de visita familiar com um psiquiatra, por um ano, e então ele se foi, a visita domiciliar também.

O projeto terapêutico diz respeito a todo planejamento e negociações das ações terapêuticas, bem como os valores que norteiam esse planejamento, o que exige a superação da precariedade (MATEUS, 2013).

4.2.1.3.4 A falta de suprimentos

As questões relacionadas a suprimentos apontam para a fragilidade da assistência.

Falta alimentação e de vale transporte interfere nos processos do desenvolvimento das atividades.

A gente se sentia bem em estar aqui, mas até isso foi prejudicado porque sem a manutenção contínua, o serviço vai ficando descuidado, mofado, insalubre.

A fala abaixo reforça a importância da assistência contínua para que não se prejudique o tratamento do usuário, mas, também deixa clara a dependência à alimentação, ao vale transporte e ao médico que as autoriza.

As atividades de grupos são afetadas por essa descontinuidade, por essas situações de falta de repasse da alimentação e do vale transporte. Aí quando o paciente fica desassistido desse suporte, ele também entra em crise, agrava, interna mais, às vezes se mata.

O que é que eu vou fazer no CAPS se falta médico, alimentação e vale transporte? O que resta é lembrar-se do tempo em que o serviço funcionava bem, havia muitas atividades e muita motivação.

A alimentação e o transporte são significativos para a adesão, porque são pessoas em situação de vulnerabilidade social e a gente sabe, por exemplo, que os medicamentos usados também exigem melhor alimentação, nos horários.

Vale lembrar que o SUS, e os CAPS, portanto, destina-se a qualquer cidadão e, não apenas, aos menos favorecidos. É necessário refletir e desconstruir a ideia, muitas vezes disseminada, de que o SUS é para “pobre” e talvez, por isso, os CAPS estejam à margem e aquém das prioridades de alguns governantes.

O convênio com a UFC é, também, mencionado reportando tanto a sua atuação acadêmica quanto a autonomia administrativa, o que para os trabalhadores dava melhores condições de trabalho, pois tinham maior liberdade na gerência dos recursos.

Nós perdemos o convênio com a UFC que, historicamente, foi a instituição fundadora, antes mesmo da implantação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza. E o convênio proporcionou, realmente, essa perspectiva acadêmica dentro do serviço.

Aquele convênio gerou certa autonomia administrativa e de recursos.

É importante lembrar que a parceria academia/assistência é extremamente salutar, contanto que seja benefício para ambas, que o sujeito estudado transcenda a condição de objeto e possa ser beneficiado com o desenvolvimento do conhecimento e da assistência.

4.2.1.3.5 Mal estar dos trabalhadores

O sofrimento dos trabalhadores reporta-se, basicamente, ao sentimento de perda, à rotatividade profissional, às autorizações de reinternação por falta de medicamentos e à desestruturação política, com perda da esperança positiva de transformação da política de saúde mental, em algo densamente republicano e democrático.

Eu, como profissional, sofro quando os meus colegas saem, sofro quando eu vejo os meus pacientes em ciclo de crises e reinternações, fico muito angustiado com isso.

Eu acho que o maior sofrimento é com a desestruturação da política que, minimamente se tinha, que não era o ideal, estava longe, tinha problemas, mas havia uma prática mais próxima da concepção.

Eu sei se ele ficar sem aquele medicamento, vai entrar em crise, vai se internar e eu não estou sabendo lidar com isso, encontrar uma forma ativa, crítica, de defesa. Não sei ainda como, mas vou encontrar uma forma de lidar com isso, porque estou sofrendo. Sofro com a situação do paciente, sofro com a situação dos meus colegas, sofro com o serviço que ajudei a construir. Perder isso tudo é muito doloroso.

Segundo Ramminger (2002), a ideia de que o trabalho adocece é milenar. A origem da palavra trabalho traz o significado de uma atividade que envolve sofrimento e realização, pois a palavra latina *tripalium* denomina um instrumento de três peças que era utilizado como instrumento agrícola e como instrumento de tortura. No entanto, Marx já vem nos elucidar que, o que adocece, na realidade, é o trabalhador alienado e não o trabalho em si, visto que o homem é um ser que se desenvolve por meio do seu trabalho. No caso da pesquisa em questão, há evidente comprovação da concepção marxista.

4.2.1.3.6 Modelo Psicossocial

A atenção psicossocial tem como princípios norteadores uma maior identificação do indivíduo com sua história social, concebendo saúde e doença como um processo dinâmico, determinado de modo biopsicossocial. O objetivo do projeto terapêutico é o desenvolvimento pessoal, a vida significativa, a ética da autonomia, da criatividade e da liberdade, na qual se inclui o manejo das doenças, quando empobrecem as possibilidades vitais e existenciais (MATEUS, 2013).

Uma das formas da realização dessa atenção aponta para multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, humanização e integralidade, por meio de atividades coletivas, criativas, intra e extra serviço de saúde. Os trabalhadores se esforçam para detalhar os procedimentos, mas demonstram pouca apropriação.

Mesmo com todas as dificuldades a gente mantém os grupos terapêuticos na linha das psicoterapias, na linha da arte e saúde, na linha das oficinas de produção, o próprio trabalho de cooperativa, passeios, na linha do trabalho com família, na linha da educação psicoeducativa, grupos de arte.

Tem os grupos e as parcerias externas com a fundação Silvestre Gomes, a Cooperativa CoopCaps. A gente realmente faz essa tentativa de reinserção psicossocial.

Nós já chegamos a ter mais de 30 grupos terapêuticos, das mais variadas linhas, ocorrendo aqui ou fora. Articulávamos muitas parcerias com instituições no território, no auge das nossas intervenções.

Para Sampaio e Barroso (2010), um CAPS constitui serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, destinado a cuidar de problemas de saúde mental, individual e coletiva, no nível da atenção secundária, caracterizando-se por multiplicidade crítica de funções e técnicas e prática interdisciplinar, com acessibilidade local. Seus objetivos são tratar transtornos, oferecer contenção para crises, prevenir hospitalismo, garantir a permanência dos vínculos sociais, prevenir estigma e cronificação, estimular redimensionamento crítica das relações e apoiar a promoção da cidadania e a construção coletiva da qualidade de vida.

4.2.1.3.7 A Rede

O matriciamento, enquanto arranjo organizacional, objetiva ampliar as possibilidades de realizar uma clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades. É um espaço para educação permanente e transferência de tecnologias, contando com suporte técnico-pedagógico enquanto ferramenta para transformar a realidade de trabalho de equipes interdisciplinares e de suas relações com as pessoas e comunidades (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

O matriciamento, atualmente, não acontece, porém há relato que já existiu em época anterior. Não é dito o porquê de sua suspensão.

O matriciamento das equipes de saúde da família era feito há tempos atrás. Hoje não acontece. A gente apenas encaminha, mas não é a perspectiva conceitual do matriciamento. Não tem todo esse trabalho com a atenção primária que a equipe desenvolvia aqui.

A própria rede específica de CAPS é deficitária.

Deveria ter uma parceria melhor de CAPS pra CAPS. A gente não tem esse apoio mais. Hoje só há dificuldade.

Cada dispositivo desse tem seu lugar na rede de forma discernida. E as questões da comunidade que não são nem um pouco fortalecidas?

Fica claro, nas falas que, praticamente, não há articulação, nem mesmo entre os próprios CAPS, ficando cada serviço segregado em seu espaço geográfico, sendo, portanto, difícil pensar que haja um trabalho psicossocial. Sampaio e Barroso (2010) dimensiona, nas regiões metropolitanas, um CAPS para 100 mil habitantes, o que levaria Fortaleza a ter 25 CAPS e não os 14 existentes.

Mesmo com todas as dificuldades em questão, há o reconhecimento de um dos profissionais que atua no território, basicamente o único, elogiando o empenho da equipe. Interessante ele não se incluir, diretamente, na mesma. Esta, por sua vez, se coloca como tendo criado a visita aos hospitais psiquiátricos e o acolhimento sem hora marcada. Hora marcada para o acolhimento seria uma contradição, todos os serviços são abertos e recebem demanda espontânea, então não é exclusividade deste. Houve na gestão anterior um direcionamento para as visitas aos hospitais psiquiátricos quando alguns foram fechados em Fortaleza, não sendo também ação exclusiva ou inovadora desse serviço.

O acolhimento não é um espaço ou um local, nem tem hora marcada para acontecer, muito menos um profissional específico para fazê-lo. Trata-se de uma postura ética que implica no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Não se constitui como etapa de processo como ocorre na triagem, constitui-se de ação que ocorre em todo lugar e a todo momento do serviço de saúde (BRASIL, 2009).

4.2.2 Usuários

Os grupos focais com os usuários foram realizados nas próprias unidades de serviço, com exceção do primeiro e do segundo. Devido a estes grupos focais ocorrerem no CAPS, onde, praticamente todas as suas atividades em grupo estavam paralisadas, muitas tentativas foram feitas até a realização dos mesmos. A ocorrência de apenas um grupo na unidade foi explicada pela falta de médico e de vale transporte. Um psicólogo da unidade mantinha os atendimentos individuais e grupais, em outro espaço, devido a convênio com a UFC para receber estudantes

em estágio. Pelo mesmo motivo ele mantinha atividade de terapia comunitária com familiares, em anexo de uma igreja católica, do território.

4.2.2.1 Grupo focal 4

Para a realização desse grupo, o acesso à terapia comunitária foi frustrado por ele incluir apenas uma mãe de usuário. Daí a busca pelo grupo da parceria com a UFC, de objetivo psicoeducativo. Feita a adesão, da pesquisadora como observadora, foram feitos e aceitos, os convites para a participação no grupo focal. Porém, ninguém era familiar de usuário com mais de três meses de tratamento, informação importante para contextualizar as falas e as opiniões. O CAPS foi bastante elogiado, no que diz respeito ao atendimento, mas reproduzindo o discurso dos profissionais.

O perfil deste Grupo Focal foi de 100% mulheres, entre mães, tias e avós, faixa etária entre 22 e 65 anos, apenas uma trabalhando, responsáveis por usuários de um a três meses de acompanhamento no serviço. O que relataram como principal queixa das crianças e adolescentes era agitação e medo.

O Quadro 5 apresenta o perfil dos familiares de usuários presentes ao grupo, por sexo, faixa etária, tempo de tratamento, queixa principal e atividade laborativa.

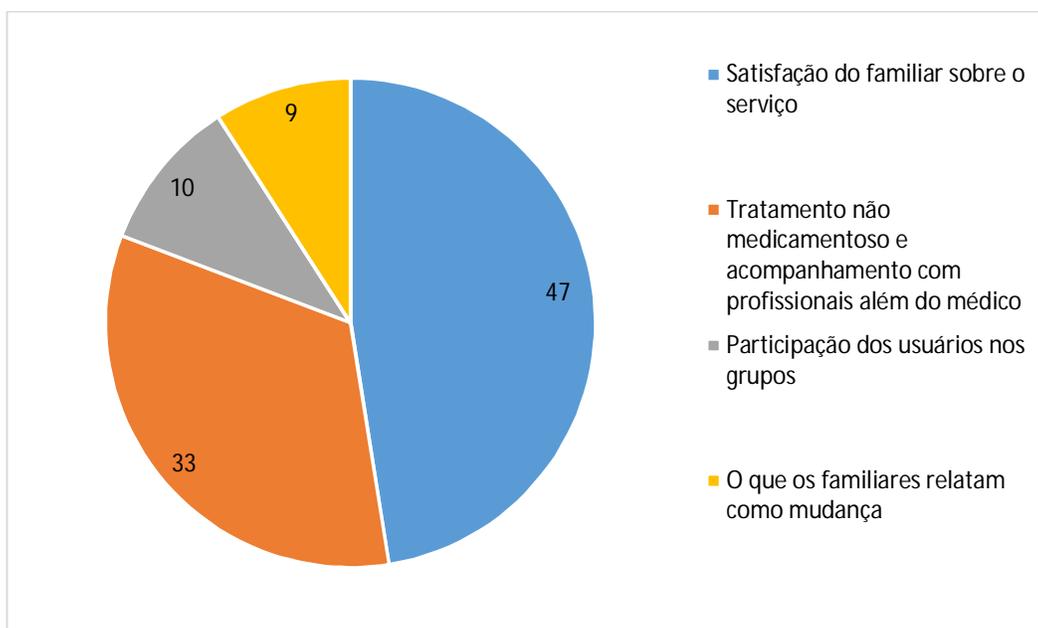
Quadro 5: Perfil dos Familiares de Usuários Participantes do Grupo Focal (GFU- 01a)

Sexo (n)	Faixa etária (anos)	Tempo de tratamento	Queixa principal do usuário	Atividade laborativa
<i>Feminino - 6</i>	<i>22 a 65 anos</i>	<i>1 mês a 3 meses</i>	<i>Agitação e medo</i>	<i>1</i>
<i>Masculino -</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>

O Gráfico 5 apresenta as categorias identificadas no Grupo Focal, com destaque para questões relacionadas à satisfação do familiar sobre o serviço (47%)

e ao tratamento não medicamentoso e acompanhamento com profissionais além do médico (33%).

Gráfico 5: Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFU– 01a da SER III, Fortaleza, Ce.



A seguir, discutamos as categorias que foram apontadas pelos familiares.

4.2.2.1.1 Satisfação do familiar sobre o serviço

O CAPS e sua equipe são reconhecidos pelos familiares como funcional e útil à população. No entanto, cabe refletir, se se trata de falas conformistas, centradas ainda na compreensão de o serviço funcionar como dádiva e não como direito ou, se, de fato, o atendimento está sendo eficiente, considerando as falas, também, dos profissionais anteriormente relatadas. Não há dúvida, no entanto, que havendo um bom atendimento, apesar de todas as dificuldades, ter-se-á uma boa visão do serviço e, conseqüentemente, resultados positivos.

Me apaixonei pelo sistema, ele [usuário] gostou do profissional, ele sentiu segurança, enquanto que com o outro que a gente ía, ele não sentia muita segurança, ficava apenas brincando de joguinho no celular. Pode ser coincidência ou não, mas eu tô muito satisfeita.

O meu [usuário] foi atendido já na primeira vez que estivemos no CAPS, quando foi feita a triagem, terça passada, e de lá eu já percebi que ele melhorou muito, graças a deus! Ele chega e já conversa. Então, pra mim, é uma vitória porque ele não fazia isso, ele só queria saber de chorar e dormir.

Parece que no CAPS eles juntaram os bons profissionais, porque eles dão atenção mesmo, eles [usuários] necessitam disso. Então a equipe dá atenção, realmente suprem as necessidades.

O lá de casa é a confiança, eu percebo assim, a confiança que ele tem. Pra ele tudo agora é o Doutor. Eles dois ficam conversando e se entendendo, sabe? Eu sinto mesmo a confiança.

Eu sou favorável ao serviço público, eu acho que o serviço público é que é perfeito. O atendimento da recepção até chegar a ele foi perfeito, perfeito, perfeito.

Meu filho quando chegou no CAPS se assustou com o ambiente. Ele disse: “mãe eu não quero vir aqui”. Mas depois que ele começou o individual, a médica é legal, ele melhorou na questão de falar mais comigo o que estava sentindo. Mas assim, o medo de enfrentar ele não consegue ainda, mas ela disse que leva um pouco de tempo.

Eu acho que devido a conversa que eles tem com os profissionais eles ficam mais soltos. Mais à vontade.

Mais à vontade porque o meu não sai de dentro de casa, ele passa o maior tempo comigo, tudo o que ele vai fazer eu tenho que tá lá. E agora, ele acha ruim porque ele não saía de dentro de casa de jeito nenhum, ele não brincava com ninguém, se brincava era dentro de casa, cedo quando dava quatro horas, quando ía abrir as portas: “fecha, fecha, mãe”. A minha porta só fica aberta a parte do quintal mas a da frente é direto trancada, direto.

A atenção que o recepcionista deu, que a psicóloga deu, que a assistente social deu, aquilo ali me encantou, encantou a ele também pela atenção que deram.

Há uma breve referência à estrutura física da casa e do ambiente como assustadores, em compensação, o atendimento dos trabalhadores confirma sua excelência.

A casa do infantil assusta, o ambiente é estranho. Mas o atendimento é excelente.

4.2.2.1.2 Tratamento não medicamentoso e acompanhamento com profissionais além do médico

O acompanhamento compartilhado de mais de um profissional, sobretudo quando há outro além do médico, foi ressaltado como importante, no entanto, a referência prática restringe-se, basicamente, ao psicólogo, havendo uma referência a farmacêutico e a artista. A fim de efetivar-se um acompanhamento integral, a importância de atividades em conjunto com os mais diversos profissionais é fundamental para que se possa ampliar as possibilidades de integração teórica, permitindo novos rumos terapêuticos e novos hábitos de saúde na vida do usuário. Sendo assim, o medicamento torna-se mais um recurso na terapêutica e não, o único.

Eu acho que o acompanhamento com os psicólogos é importante também.

O remédio só vai fazer efeito pra eles dormirem e pronto, o restante, que é a parte deles conversarem, só com os psicólogos quando tão começando o tratamento.

Nem todos precisam do medicamento. O remédio, na verdade não é tudo, não, é um paliativo. A terapia é que vai tirar ele da introversão.

Cada caso é um caso, porque tem deles que chegam agitados, esses precisam de medicação, aí tem que ter o psiquiatra. Tem outros que nem disso precisam, aí o psicólogo tem vez. Aí outros precisam dos dois, para fazer uma terapia.

Eu acho que as crianças gostam dos artistas. Sentem-se bem e melhor. Tem aquela vantagem de diversão, alegria, eles começam a ficar mais à vontade.

Muitos casos o remédio é necessário, o farmacêutico me falou isso.

Às vezes, a dúvida que ele tem e que não tira em casa com a gente, pode tirar com o psicólogo. Pelo menos os meus têm mais confiança no médico. Ele chega, pergunta, tira dúvida, ele é muito mais aberto.

O trabalho em saúde é caracterizado pela diversidade profissional, pelas mais diversas tecnologias, pela variedade de processos de trabalho coexistentes e é marcado pela colaboração de vários saberes como o técnico, científico e social provenientes de dimensões éticas e políticas. Além de, fundamentalmente, nas

relações interpessoais entre os profissionais da equipe, e entre estes e o usuário, estabelecer-se de forma bastante significativa (MIRANDA *et al*; 2008).

4.2.2.1.3 Participação dos usuários nos grupos

A participação nos grupos tem contribuído para a melhoria e o bem estar dos usuários e seus familiares. De acordo com KANTORSKI *et al* (2011), os CAPS buscam oferecer uma gama de atividades aos seus usuários e familiares com a utilização de grupos terapêuticos, oficinas, atividades de geração de renda e atividades culturais e de lazer objetivando a reabilitação psicossocial. Devem, portanto, produzir territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em seus aspectos mais cotidianos, por meio dessas atividades catalisadoras de saúde e bem estar.

Eles dizem que aprendem muito, porque eles fazem terapia comunitária. Surge um problema que contempla o que eles tão querendo. Eles gostam muito mais de grupo, o que um não tem coragem de falar o outro já fala.

Atenção é tudo, porque já no 2º encontro que ela foi, chegou em casa feliz, disse que tinha gostado muito. Isso aí vai fazer muita diferença, né?

4.2.2.1.4 O que os familiares relatam como mudança

Os relatos sobre mudanças são vistos, mesmo com pouco tempo de tratamento, como fomentadores de novas possibilidades de existência e de lidar com os desafios. Embora nem todos os participantes tenham conseguido evidenciar.

Ele parou de chorar.

Ele tá mais interessado na dieta. Antes ele dizia assim: “eu sou gordo mesmo, eu vou ficar é assim”. Agora não, ele já tá preocupado com a questão e fica interessado quando vê programa na televisão sobre alimentação saudável.

Devido ao pouco tempo de usuários acompanhados no serviço, a pesquisadora decidiu realizar mais um grupo na tentativa de termos familiares com usuários com mais tempo de acompanhamento.

4.2.2.2 Grupo focal 5

Nesta ocasião, a pesquisadora teve a oportunidade de participar como observadora de um grupo de orientação aos pais/responsáveis. Os dois grupos de familiares observados foram facilitados por estudantes de Psicologia e não por um profissional do CAPS. Pondera-se a importância de se ter algum profissional do serviço fazendo essa mediação.

Na sala estavam 16 pessoas. Falavam da criança interior e do cuidar de si para cuidar do outro. O grupo terminou e não houve uma articulação para a pesquisa, mesmo tendo sido avisado ao professor que estava articulando o grupo. Sendo assim, nova data foi agendada. Nota-se que, neste CAPS, foi criada uma importante interlocução com o território, no entanto, somente um profissional realiza essa atividade. O grupo com os pais/responsáveis poderia ser mais bem trabalhado se os profissionais mediassem junto aos professores/facilitadores para que o contexto dos familiares fosse mais bem aproveitado e não restringido à uma visão acadêmica. Vale ressaltar que a queixa dos profissionais quanto a não ter sala e as condições insalubres da casa procedem, mas não procede a escolha de se enraizar no serviço, quando deveriam atuar mais no território.

Mesmo o serviço apresentando diversas dificuldades e muitas reclamações tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores, os usuários, de uma forma geral, ao menos aqueles que participaram da pesquisa, em sua expressiva maioria, mostraram-se satisfeitos em seus discursos, e, por terem pouco tempo de acompanhamento ou por não terem ainda se apropriado de seu tratamento, apresentaram pouco posicionamento crítico.

O perfil dos participantes do grupo focal foi 100% feminino, entre 21 e 59 anos de idade, familiares responsáveis por usuários de no máximo 4 anos de tratamento e mínimo de 8 meses. A queixa principal relatada foi de agressividade, medo, irritabilidade e ansiedade, entre crianças e adolescentes de 08 a 12 anos e nenhum dos familiares exerce atividade laborativa.

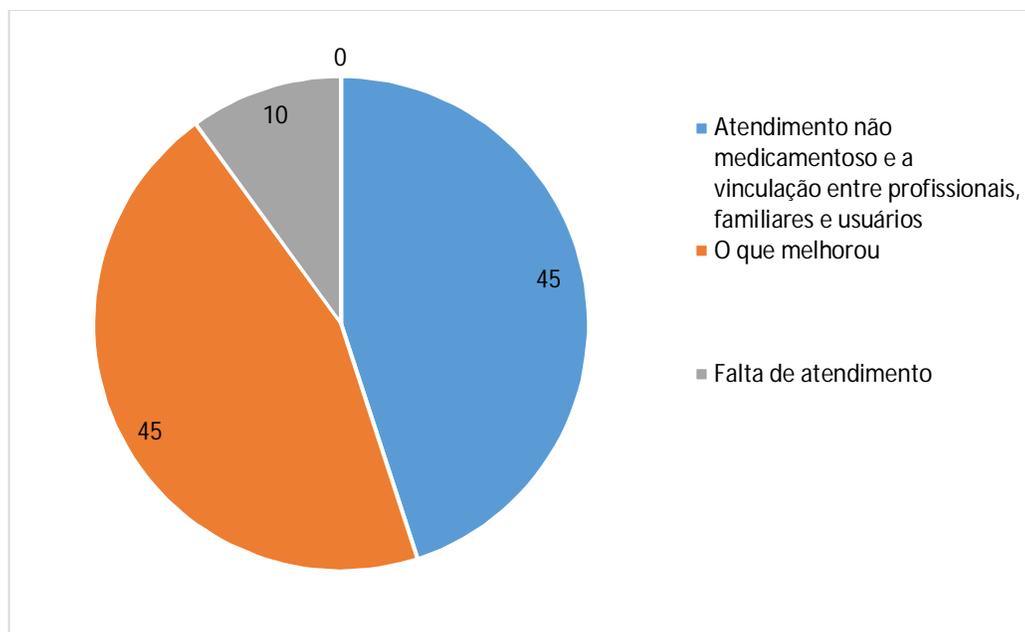
O Quadro 6 expressa o perfil dos familiares de usuários presentes ao grupo, por sexo, faixa etária, tempo de tratamento, queixa principal e atividade laborativa.

Quadro 6: *Perfil dos Familiares de Usuários Participantes do Grupo Focal (GFU – 01b)*

Sexo (n)	Faixa etária (anos)	Tempo de tratamento	Queixa principal do usuário	Atividade laborativa
<i>Feminino - 6</i>	<i>21 a 59 anos</i>	<i>8 meses a 4 anos</i>	<i>Agressividade, medo, irritabilidade e ansiedade</i>	-
<i>Masculino -</i>	-	-	-	-

O Gráfico 6 apresenta as categorias identificadas no Grupo Focal, destacando as questões relacionadas ao atendimento não medicamentoso e a vinculação entre profissionais, familiares e usuários, juntamente com as melhorias resultantes do acompanhamento (45%).

Gráfico 6: Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFU – 01b da SER III, Fortaleza, Ce.



Segue-se a análise das categorias apontadas pelos familiares.

4.2.2.2.1 Atendimento não medicamentoso e a vinculação entre profissionais, familiares e usuários

No primeiro grupo, os familiares relatam que ficavam ociosos no CAPS enquanto aguardavam o atendimento dos filhos. Não havia, portanto, um grupo de família ou espaço dedicado ao cuidado dos familiares.

Aqui, na UFC, eu tô achando melhor que lá no CAPS, pois lá eu ficava uma hora sentada, sem fazer nada, ficava pra lá e pra cá. Aqui eu tô gostando porque tem esse grupo com a mãe.

A vinculação e a confiança que o usuário e o familiar direcionam ao profissional fazem muita diferença para o bom êxito do tratamento.

Quando ela veio sexta-feira pra cá, ela não estava se sentindo bem, mas ela voltou pra casa feliz, pense... depois que ela viu o psicólogo, ela criou outra vida, outra coisa.

“Mãe tu vai, se tu não gostar tu volta”. Mas eu tô adorando, eu e ela. Botar o que a gente sente pra fora é bom, eu me sinto outra, parece que tirou um peso. Ajuda tanto as crianças quanto pais e mães.

Eu acredito que o remédio não tenha feito muito efeito, como eu disse, o carinho que eles tem, como eles recebem, como eles passam as coisas para as crianças, que eu já vi muita coisa ali no CAPS, bastante, ensinando, preparando aquela criança, é muito importante. O carinho ajuda mais que o remédio.

Adora vir pra cá e melhorou muito. Esse negócio de remédio, você não pode pensar em viver pra depender de remédio, né?

Ela adorou vir pra cá, quando sai daqui é toda feliz, correndo, toda feliz, e eu adoro a equipe porque tem esses profissionais. Primeiro eu não entendia, agora já tô entendendo. Antes eu não conseguia, hoje já consigo botar pra fora, chorar.

A importância dos profissionais é fundamental. É um dando continuidade ao outro.

O carinho deles com os pacientes é grande. Dos médicos, dos atendentes, eles são divinos, ave maria, são maravilhosos. Eu acho que o remédio é muito bom para a doença, mas pra vida é a conversa. Quando chega a sexta feira eu vejo ele ficar feliz.

Ele não queria vir. Eu dizia: “Meu filho você tem que ir, você vai conversar com os doutores de lá e você vai se sentir melhor”. Logo da primeira vez ele já disse: “Mãe, eu gostei muito viu? Vish, eu tô vendo a hora de voltar de novo pra conversar”. Nem tinha tomado remédio e já estava se sentindo muito melhor.

Para Jorge *et al* (2011), o vínculo, palavra de origem latina que significa algo que ligas as pessoas, indicando interdependência, no caso representando o compromisso dos profissionais com os usuários e vice-versa, constitui importante ferramenta de ligação entre o conhecimento técnico e o popular, objetivando atos terapêuticos, favorecendo a integralidade da atenção à saúde, sendo, portanto, decisivo nessa relação de cuidado.

4.2.2.2.2 O que melhorou

A melhoria tem a ver, como nas falas abaixo, muito com a forma de acolhimento dispensado pelos profissionais, o carinho, a atenção, o vínculo também com a família, mudanças essas que se refletem não só no usuário mas também na família.

A forma dele agir melhorou também, nos pensamentos dele, ajudou bastante, muito, muito mesmo.

Houve uma melhora no comportamento dele na escola e em casa. É a forma que a pessoa é tratada, porque antes era só o médico receitando, sem conversar e pronto. A gente que se adaptasse, mesmo sem entender. Agora, tem o acompanhamento, tudo é explicado e a família muda também.

Praticamente ainda não mudou muita coisa, não. O caso dela é muito complicado. Mas mudou aquele medo que ela tinha. Isso melhorou muito.

Ela era muito agitada, muito explosiva. Hoje ela não é mais, ela é mais calma.

Antes ela não queria vir, hoje ela não só quer, como gosta.

No caso do meu filho, ele não faz tratamento com medicação, somente a terapia ocupacional. Tem sido assim de grande valia, ele mudou muito o comportamento dele, a forma como ele tá se comportando hoje já tá bem melhor.

Ajudou bastante no comportamento da gente em tudo, tanto dele quanto da família, até para os que convivem ao redor dele ajudou bastante.

Os familiares apresentam mais consciência da medicalização como suporte e não como fim. Diferente de grande parcela dos profissionais. Isso mostra que a família percebe que o usuário traz em si uma demanda psicossocial e mais voltada para a sua saúde.

Você tem que crer que o remédio pode tomar, claro, mas você não vai viver a vida inteira tomando remédio. Então, assim, pra conversar, é muito bom, negócio só de remédio não.

Hoje pra mim tá diferente, porque eu passei a entender o problema que o meu filho passa. No tempo em que eu tive o primeiro encontro com psicólogo e terapeuta ocupacional, eles me esclareceram sobre o comportamento dele, que eu não entendia. Aí ele parou um tempo, de maio pra cá, e este foi um período ruim, ele sentia muita falta. Mas, a partir do momento que ele voltou ao tratamento, melhorou 100%.

Uma das maneiras de edificar novas formas de se praticar cuidado em saúde é a potencialização do acolhimento, articulado ao estabelecimento de vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, pois este permeia toda terapêutica e, desse modo, propicia um cuidado integral ao usuário. (JORGE *et al*, 2011).

4.2.2.2.3 Falta de atendimento

O serviço passou um tempo sem exercer algumas das atividades, pelas questões referidas nas falas dos trabalhadores, o que reflete uma quebra em todo o processo, comprometendo a assistência.

Eu nunca deixei de levar, eles é que pararam de atender.

Pelo relato abaixo, percebe-se que o CAPS deixou de fazer o acompanhamento à família, que é essencial, principalmente, quando se trata de crianças e adolescentes.

Não explicaram o porquê. Disseram que iriam ficar temporariamente parados e quando voltassem avisariam. Eu ligava, ligava e diziam que não havia começado ainda. Graças a Deus voltou agora, com força total. Mas nunca soube porque pararam.

Interessante observar, diferentemente das falas dos gestores e, principalmente, dos trabalhadores, que a satisfação dos usuários com o serviço e com o atendimento é muito boa, mesmo que temporariamente tenha sido suspenso. O que fica evidenciado como um equívoco é o fechamento do serviço, sem explicação.

4.2.2.3 Grupo focal 6

A chegada ao serviço aconteceu em momento de ocorrência de uma assembleia de usuários. Observou-se, no entanto, que apenas a coordenadora falava sobre conduta, horários, comportamento e questões administrativas, sem debate e sem participação ativa dos usuários.

Logo em seguida, fomos abordados por uma assistente social que nos convidou a participar da assembleia e nos alertou para termos cuidado com nossos pertences. Na entrada do serviço, assim como em todos os demais visitados, estava um segurança, e, particularmente neste, havia uma Bíblia aberta, sobre uma mesa. Esses eventos despertam, na pesquisadora, a impressão de uso de várias linguagens de normatização e moralização.

Um usuário retirou-se da assembleia por conta de uma discussão que estava havendo sobre vale-transporte, dizendo: “eu esperava mais disso aqui”, referindo-se ao CAPS. O serviço estava esvaziado, contando, apenas, com poucos participantes na assembleia e profissionais chamaram usuários para atendimento, quando estava prevista a realização do grupo focal, mostrando falha de comunicação na equipe.

A pesquisadora pode observar algumas contradições na fala dos usuários, de que tudo estava bem, que teriam ocorrido melhorias, que o serviço e o trabalho dos profissionais, além do profissional médico, também eram importantes, mas ao indagar o que teria sido esta melhora, não souberam responder, dando a impressão de que suas respostas eram mais formais, boas intenções para agradar. Ao serem abordados sobre algo a ser realizado fora do CAPS não apresentaram nenhuma ideia de planejamento para as suas vidas ou qualquer tipo de autonomia, independência ou empoderamento para isso.

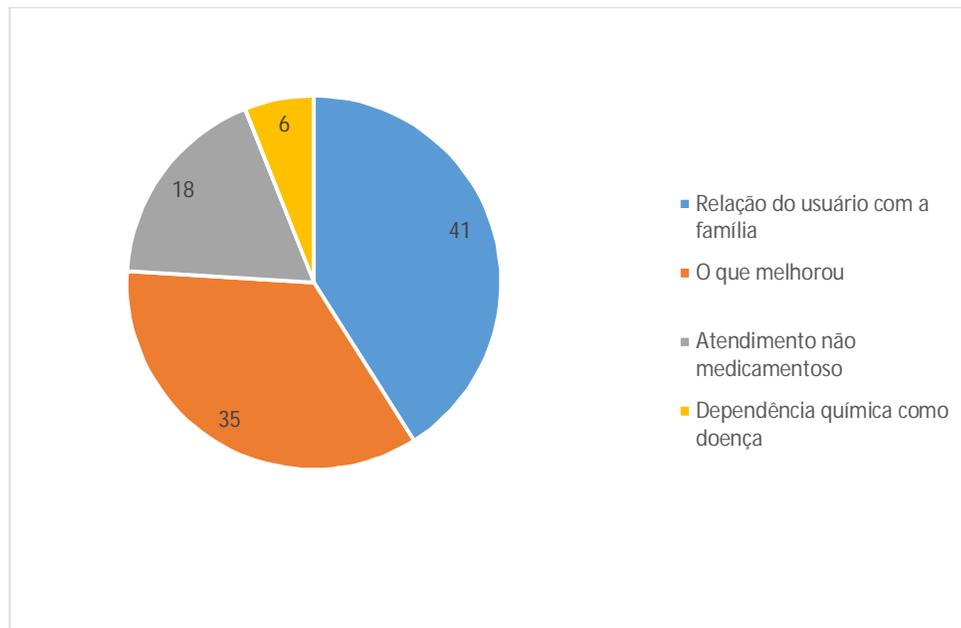
Tivemos a participação de seis usuários, conforme quadro abaixo, sendo: cinco homens (83%) e apenas uma mulher (17%); faixa etária entre 30 e 53 anos, com tempo de tratamento de 1 mês a 4 anos, queixando-se, principalmente, do uso abusivo de tabaco, álcool e outras drogas; dois exercem atividade laborativa, uma está pelo INSS, atualmente.

Quadro 7: Perfil dos Usuários Participantes do Grupo Focal (GFU – 02)

Sexo (n)	Faixa etária (anos)	Tempo de tratamento	Queixa principal	Atividade laborativa
<i>Masculino - 5</i>	<i>30 a 53 anos</i>	<i>6 meses a 4 anos</i>	<i>Álcool e outras drogas</i>	<i>2 exercem</i>
<i>Feminino -1</i>	<i>30</i>	<i>1 mês</i>	<i>Tabagismo</i>	<i>-</i>

O Gráfico 7 apresenta as categorias identificadas no Grupo Focal, com destaque para as questões a respeito da relação do usuário com a família (41%) e o que perceberam como melhorias em seu tratamento (35%).

Gráfico 7: Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFU – 02 da SER III, Fortaleza, Ce.



Segue a análise das categorias apontadas.

4.2.2.3.1 Relação do usuário com a família

A família exerce um papel fundamental para o sucesso ou fracasso do tratamento, uma vez que, pode funcionar enquanto apoio/base importante que dá suporte a autoconfiança do usuário.

Eu tenho um primo que o problema dele é coração. A especialidade dele é vendas de refrigerantes, venda de bebida e ele tá me tirando de casa pra ajudá-lo. Talvez pra melhorar minha mente, tirar daquela rotina, só casa, só fazer coquetel, tá me levando pra ajudar ele. Isso devagarzinho tá melhorando.

Só com o fato da família saber que eu procurei, que eu busquei acompanhamento, pra mim já é uma mudança porque eles estão felizes porque eu procurei. Apesar de eles terem criticado muito e quando me veem usando ainda critica, mas só o fato de eles estarem felizes por eu estar aqui procurando ajuda, já mudou.

Faz uns 35 anos que eu bebo cachaça, só não fumo cigarro. Esse alcoolismo já tem, eu posso dizer, já destruiu a minha vida. Passa de ano, nem vou em casa pra não discutir com a minha mulher, doente. Vou em casa não, não vou em casa sem dinheiro, nem buscar o dela eu não fui. Meu filho tem 28 anos, ele trabalha no hospital São Carlos

e ele é quem vem me buscar. Agora mesmo, há 22 dias, eu fiz essa cirurgia aqui, 15 pontos, platina, tem quatro parafusos, mas porque eles vieram me buscar. Eu andava era aí no meio da rua com braço quebrado, aí ele soube.

Eu tenho um rapaz de treze anos, sabe? Eu sentia uma tristeza nele, mais por ele ser jovem e não entendia muito a minha doença, esse alcoolismo. Sentia uma tristeza grande no rosto dele. Depois que vim pra cá, sinto ele mais alegre, mais feliz por estar vendo o pai dele sempre sóbrio. Isso pra mim é muito prazeroso, não só por dar a ele essa alegria, mas dar alegria pra minha mãe.

Isso afeta os filhos da gente, a família toda. Lá em casa atingiu, mexeu com os meus pais, minha família em primeiro lugar, minha esposa, minhas duas filhas e os meus pais. Mas, devagarinho, a gente vai tentando sair dessa.

Anteriormente, muitas vezes, na função de proteger e se proteger de escárnio e vergonha social, a família enclausurava o doente mental na própria residência. Depois, essa clausura passou para as instituições, sendo compreendido que a família poderia piorar o quadro. Atualmente, essa memória ainda acontece, porém outras opções surgem quando a família exerce o papel de apoio.

O CAPS é importante porque, muitas vezes, dentro da casa da gente, na família, a gente não encontra compreensão como a gente encontra aqui. Então, em vez da família ajudar eles tão só criticando. Eles tão fazendo com que a gente se afunde mais, pois eu sou assim, quanto mais me criticam, mais eu vou fazer. Aqui tem quem entenda você, sabe que você tá é doente.

Você tá dentro de casa fumando um cigarro, aí seu filho passa, põe a camisa no nariz: “poxa mãe, a casa tá podre”. Aí fico pensando: “o que é isso? Que droga de vida!”. Aí eu vejo que ele não senta ao meu lado e isso me mata. Então, fico pensando, eu não sei se sou eu quem deve sair.

Para Melo e Paulo (2012), as ações dirigidas à família devem estruturar-se de maneira a favorecer e potencializar a relação familiar/profissional/serviço, compreendendo que o familiar é um parceiro singular e fundamental para o cuidado dispensado ao portador de sofrimento psíquico.

4.2.2.3.2 O que melhorou

As melhorias são relatadas como incipientes, em processos lentos, com esperança de que no final tudo possa dar certo. Um já percebe concretamente o resgate do respeito da família, mas carregando um estigma de doente, parecendo reduzir-se a apenas evitar a recaída. Outros continuam buscando novas mudanças. Ainda outros, parecem ter mais dificuldades de identificar o que teria melhorado. Porém, nas falas apresentadas, não se aponta algum plano de vida ou organização efetiva de objetivos concretos.

Eu sou dona de casa, trabalhava como cabeleireira, e agora até o gosto de cuidar da minha casa eu perdi. Tô tentando adquirir de novo todo o prazer que eu tinha de trabalhar, de limpar minha casa.

Eu não tô trabalhando agora, eu tô pelo INSS, no benefício do desemprego. Mas, quero trabalhar, porque meu negócio é estar dentro da firma trabalhando.

No meu caso eu tinha uma rotina, saía de manhazinha, trabalhava com moto e tinha muitos clientes, fazia o serviço de muitos clientes, fazendo entrega e serviço interno. De repente, devido à bebida, nem trabalho mais. Aí, eu agora tô voltando devagarzinho com o meu primo. Ele tá, tá sentindo melhora.

Só em ter procurado ajuda, pra mim já me senti um pouco melhor, não vou beber, às vezes eu consigo, às vezes não, às vezes diminuo só a quantidade, mas eu tento e eu vou conseguir.

Tô melhor, graças a Deus, senão eu ia bater no hospital de doido. Uma vez fui interno naquele hospital da Parangaba. Com 15 dias eu pulei o muro e fui embora de noite, nem sabia onde é que eu tava.

Pra mim melhorou. Voltei a conquistar o respeito da minha família, que não confiavam mais em mim. Toda bebida era trancara pra eu não usar. Não durava em emprego e quando chegava em outra viam os muitos registros de 2, 3 meses e não me queriam. Tudo isso também melhorou. Tenho consciência de que eu continuo doente, mas estou sóbrio e com a vida social restabelecida.

4.2.2.3.3 Atendimento não medicamentoso

É sabido que na prática dos serviços e, principalmente no discurso de alguns profissionais, a procura pelo serviço está mais voltada para se conseguir um atendimento médico e/ou algum medicamento. Porém, nas falas abaixo, há um bom reconhecimento de outras formas de tratamento e atendimento não medicamentoso.

Os usuários reconhecem a escuta, o acolhimento e a participação nos grupos como promotores de saúde e bem estar.

Faz muita diferença a participação nos grupos para a gente ter a orientação dos profissionais. A gente compartilha experiências que são parecidas, mais algumas mais profundas, outras bem mais pesadas, por isso eu acho muito importante os grupos.

Todos os profissionais, médico, enfermeiro, psicólogo, eu acho que todos são importantes.

Meu caso é memória, eu me excedi no álcool, aí atingiu a memória, além do fígado. Mas aqui a gente vai devagarzinho, conhecendo outras pessoas, vai fazendo atividades e vai.

Segundo Pitta (1994) o grupo possibilita a circulação e socialização da palavra através das falas individuais e da escuta do outro, construindo sentidos, tanto para o indivíduo quanto para o grupo, favorecendo o conhecimento de si, de suas possibilidades e limitações. Sendo assim, o grupo é ferramenta importante no cuidado e restabelecimento da saúde e da autoconfiança.

4.2.2.3.4 Dependência química como doença

O usuário de substâncias psicoativas parece transitar entre o reconhecimento social enquanto marginal e esse mesmo reconhecimento, mas agora no serviço público, como doente. O reconhecimento como cidadão parece que ainda não se construiu, seja por ele próprio, pelos serviços de saúde, pela família e pela sociedade como um todo.

Eu acho muito importante o atendimento aqui do CAPS, porque aqui a gente, eu pelo menos, fui bem acolhido. Lá fora, quem usa droga é tachado de bandido, sem vergonha, vagabundo, e aqui a gente aprende que é doença e como tratar. A gente pode estabilizá-la, ter uma vida normal, recuperar o respeito da família, o respeito da sociedade, dos vizinhos, do geral, porque quando você tá no mundo lá fora, fazendo essas coisas, ninguém lhe respeita.

Há, ainda, uma forte ideia de que todo usuário, mesmo experimental, se ainda não for dependente químico, tornar-se-á no futuro. No imaginário social mantém-se o preconceito e o estigma, dele decorrente, apesar de alguns avanços na legislação para os que fazem uso de substâncias psicoativas.

4.2.2.4 Grupo focal 7

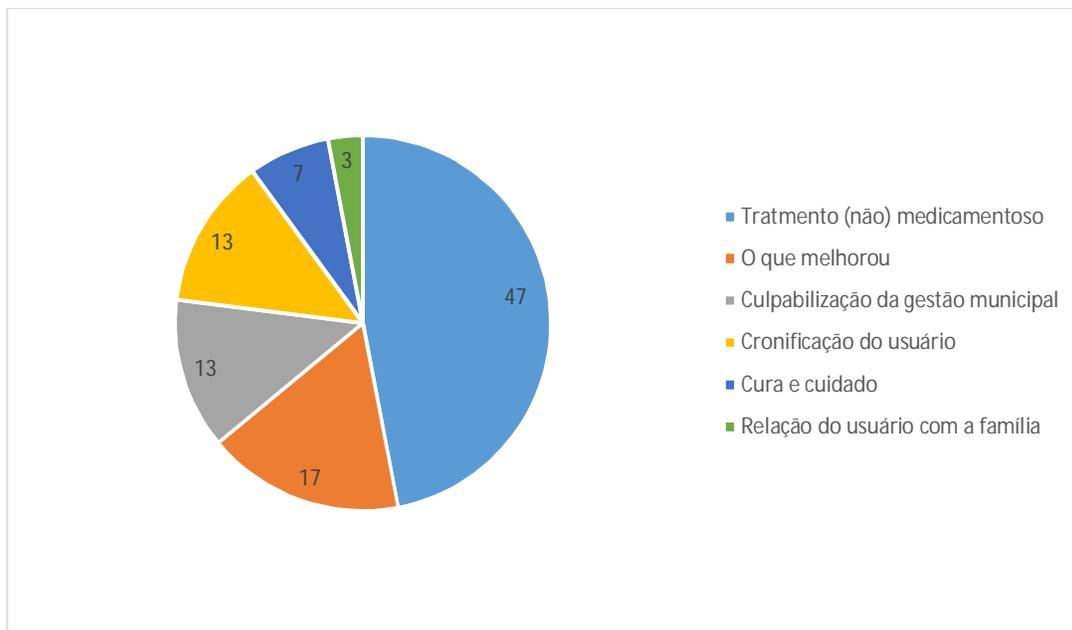
A coordenadora recepcionou a pesquisadora, falou com usuários na sala de espera e dois manifestaram interesse em participar. A pesquisadora foi convidada a aguardar, como observadora, em um grupo que ocorria facilitado por dois profissionais. A roda de conversa iniciou com alguns cochilando na cadeira, dois se deitaram em colchonetes individuais e dormiram todo o período, levantando apenas para merendar e em seguida, dormir novamente. Os assuntos que surgiram: violência urbana e relacionamento familiar. Depois iniciaram uma atividade que era a confecção e a montagem, individual, de um bonequinho. Durante a atividade, uma usuária questiona a médica, de modo angustiado, porém focado, controlado, sobre quando ficará curada, pois já sofrera muito na vida. A médica oferece um suco, ela recusa e vai embora. Ao final do grupo, a pesquisadora apresenta a pesquisa e reintera o convite, quando então mais quatro aceitam, perfazendo seis, com o seguinte perfil: 50% de cada sexo, faixa etária de 45 a 65 anos, com queixa principal de depressão, irritabilidade, nervosismo; o menor tempo de tratamento foi de 1 ano e o maior de 10. Nenhum participante exercia, na ocasião, atividade laborativa.

Quadro 8: Perfil dos Usuários Participantes do Grupo Focal (GFU – 03)

Sexo (n)	Faixa etária (anos)	Tempo de tratamento(anos)	Queixa principal	Atividade laborativa
<i>Feminino - 3</i>	<i>45 a 62</i>	<i>1 a 10</i>	<i>Depressão</i>	-
<i>Masculino - 3</i>	<i>50 a 65</i>	<i>3 a 8</i>	<i>Depressão, nervosismo e irritabilidade</i>	-

O Gráfico 8 apresenta as categorias identificadas no Grupo Focal, com destaque para o tratamento (não) medicamentoso (47%) e o que identificaram enquanto melhoria (17%).

Gráfico 8: Distribuição das categorias analíticas, em % de citação, identificadas no GFU – 03 da SER III, Fortaleza, Ce.



As categorias apontadas foram as seguintes.

4.2.2.4.1 Tratamento (não) medicamentoso

As falas abaixo apontam para a importância dos grupos, dos profissionais além dos médicos, reconhecendo melhorias para a saúde, com o medicamento sendo entendido como alívio dos sintomas, não como dispositivo de cura. Há destaque positivo para o papel dos arte-terapeutas, referência que pode ter sido influenciada pela oficina de arte que acontecera imediatamente antes da roda de conversa e do grupo.

Eu acho que é importante que eles continuem com a gente, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, porque só a medicação, pra mim, não resolve. A oficina de arte pode abrir o coração da gente, a gente fala o que tá sentindo e eles compreendem, só eles entendem a gente.

Antes de eu participar dessas terapias eu ficava trancado uns 10, 15 dias dentro dum quarto, pensando que ia morrer.

Esse povo aqui [os profissionais] dá tudo deles pela gente. Eu quero agradecer, parabenizar, pois o grupo ajuda muito a gente.

Em minha opinião os remédios aliviam mas não curam. Depois que eu passei a participar do grupo e ter essa terapia, eu me achei completamente melhor. De primeiro eu só vivia chorando, tinha medo das coisas, me trancava no quarto. Hoje não, já hoje eu faço tudo.

Eu acho que é importante o trabalho dos artistas, dos psicólogos e dos médicos. Os remédios são importantes, mas não tão importante como o trabalho dos artistas, por exemplo.

Mandaram uma psicóloga pra ir lá em casa toda semana, aí eu melhorei bastante. Boa mesmo eu não posso dizer, boa seria se eu não tivesse tomando remédio, né? Mas ajuda muita gente, os psicólogos, os médicos, inclusive os artistas. Tem a cooperativa que já é uma terapia.

Quando perguntado o que faziam além das atividades do CAPS, alguns responderam praticar alguma atividade física, porém por recomendação médica.

Eu faço hidroginástica que o médico passou.

Eu faço caminhada.

Interessante notar que, ao mesmo tempo em que ressaltam que o remédio funciona mais como alívio, as falas seguintes destacam a dependência deste, contradizendo o discurso anterior.

Dos problemas que eu tinha o mais grave era a depressão. Essa, se eu deixar de tomar o medicamento, volta, mas se eu continuar tomando bem direitinho, como receitado pelo médico, ela não volta.

Eu vou depender o resto da vida desses remédios, já tentei parar duas vezes e não deu. Eu posso voltar pra loucura, pra depressão, então, eu não posso de jeito nenhum parar.

Não tenho mais nada de angústia, tá entendendo? Mas numa condição: altamente dependente dos remédios. Eu já testei umas três vezes deixar de tomar remédio, volta a crise. Você não pode deixar de tomar de jeito nenhum, porque é só para ajudar, para controlar, não tem cura.

Medicação é essencial.

Medicação é tudo, tá entendendo? Agora você tem que ter responsabilidade pelo seu medicamento.

4.2.2.4.2 O que melhorou

As melhorias são apontadas como resultante tanto das terapias medicamentosas, como das não medicamentosas, mas se ocorrerem a partir ou dentro do CAPS, basicamente o único espaço de acolhida reconhecido. Ressalta-se que os CAPS, enquanto lugar na comunidade e com ações de fortalecimento de usuários e familiares, articuladas com os recursos do território, direciona-se para a garantia da cidadania e para a possibilidade de projetos de vida (BRASIL, 2013). Sendo assim, as melhorias poderiam estar para além da remissão de sintomas e da superação da vida como experiência de estagnação.

Eu acho que é melhor o tratamento do CAPS. O meu tratamento melhorou 100%. Eu era uma pessoa que tinha muita depressão, aí fiquei sendo acompanhada aqui no CAPS e mudei com os amigos, ficou melhor.

Pra mim melhorou bastante porque eu tinha medo de sair, só era trancada dentro do quarto, não comia, não bebia, não tomava banho, era um bicho. Depois que eu comecei a tomar medicação e receber a psicóloga toda semana lá em casa, eu melhorei.

Eu acho que melhorei bastante, depois que eu comecei a participar do CAPS, porque aqui eu vejo meus colegas, cada um com um problema, às vezes pior que o meu, e a gente se ajuda.

Pra mim, mudou no aspecto de ter pra onde ir, de ter aquele espaço pra ser cuidado e relaxar. Às vezes penso que nunca vou me recuperar, mas outras vezes tenho a visão de melhorar.

Pra mim não mudou muita coisa, não, mas me sinto mais disposta do que antes, eu não tinha ânimo pra nada, só vivia deitada numa rede, sem querer fazer nada.

4.2.2.4.3 Culpabilização da gestão municipal

A gestão municipal aparece como sendo a responsável por tudo aquilo que não tem funcionado no serviço: a falta de médico, a infraestrutura precária, a falta de alimentação. Interessante notar que o posicionamento dos participantes limita-se à vocalização de reclamações, sem qualquer proposta de solução ou de organização para reivindicações. Evidencia-se a carência de conhecimentos, inclusive sobre a possibilidade de adesão aos conselhos locais de saúde, com apropriação de direitos e deveres, o que também não entra na pauta dos profissionais.

Tinha médico, tinha alimentação, tinha tudo. Depois que esse prefeito entrou mudou tudo. Muita gente foi posta pra fora, gente com experiência. A gente tem que falar o nome dele porque o assunto compete ao nome dele, a responsabilidade total é do prefeito para que ele trabalhe em cima do problema, das condições.

O culpado é o prefeito pela situação que estamos aqui.

Um prefeito que inclusive é área da saúde, que tem entendimento da saúde tá, fazendo uma * dessa com o povo.

Preciso de um psiquiatra e não tô tendo. Devido a questão da administração municipal, não tá tendo psiquiatra aqui. Dia de sexta feira tem o grupo de música, pela boa vontade deles, fora isso não tem mais nada, até o lanche já cortaram aí. Tá havendo muitas coisas gravíssimas, aqui, que eu nem sei como explicar.

4.2.2.4.4 Cronificação do usuário

O CAPS, ao invés de funcionar como serviço mediador no território, lugar de passagem e transitório, torna-se um lar, uma segunda ou até mesmo a primeira casa, alimentando a dependência do usuário, na contramão do tratamento. Não facilita o desenvolvimento da autonomia deste, institucionalizando-o, e o tratamento reduz-se à queixa-conduta, reativo e não proativo. Quando o CAPS deveria ser compreendido como espaço de exercício e apoio para a vida lá fora.

Pra mim, todo dia eu vir pra cá é como ir pro trabalho, só retorno pra casa pela tarde. Às 14 horas eu saio daqui, passo na cooperativa e só chego em casa lá pelas 17,18 horas.

Somos dependentes do CAPS, somos dependentes de remédio, do psiquiatra, do psicólogo, do farmacêutico, tudo.

Pra mim aqui é o meu lar. A minha família tá aqui.

Eu me sinto muito bem quando venho pro CAPS, porque aqui tem terapia, a gente se sente bem recebido, e em casa tudo é difícil.

Segundo Pande e Amarante (2011) o CAPS deve utilizar, o máximo que puder, os recursos do território e não focar, exclusivamente, nas atividades dentro do serviço. Dessa forma, ajuda a minimizar os riscos de uma nova cronicidade ou institucionalização e favorece a autonomia do usuário.

4.2.2.4.5 Cura e cuidado

A transição da ideia de doença-cura para a de cuidado integral ainda não parece ter sido atingida, embora já conste nos discursos. A referência mantém-se centrada na doença, logo, segue-se a concepção de cura. E o CAPS, mesmo que a equipe use a terminologia do processo e do cuidado, parece ainda estar focado no controle/abolição da doença do que no cuidado ao usuário, uma vez que o serviço não passa de um passatempo para muitos dos usuários.

Não, não tem cura, tem um passa tempo que é aqui, por isso eu gosto daqui, mas não tem a cura que a gente quer.

Eu não sei se eu vou ficar bom. Já tô com quatro anos nessa situação, tem melhora e tem recaída, mesmo tomando remédio. Aqui ajuda muito, mas só quando tô aqui. A coisa que eu mais gostava era de dirigir e não consigo mais.

A perspectiva da cura pode funcionar como muleta para o usuário na identificação redutiva com a suposta doença, tentando através dela ter seus ganhos secundários, uma vez que até suas necessidades primárias, muitas vezes de estímulo à própria autonomia fica restrita à condução de supostos saberes e supostas fórmulas mágico-medicamentosas.

4.2.2.4.6 Relação do usuário com a família

A família apresenta-se como referência, positiva ou negativa, para acolher ou rejeitar. A fala abaixo expressa o conflito constitutivo da própria dinâmica familiar, quando um dos membros apresenta-se diferente da expectativa posta por um padrão social respeitável. Isso faz-nos pensar o quanto é fundamental a mediação do trabalhador nessa dinâmica, de forma a ajudar a amenizar os conflitos e a transformar estes em experiências promotoras de saúde.

Eu me acho rejeitada pela família, ela acha que eu não sou doente, que isso que eu tenho não é doença. Há discussões, tem vez que eu fico preocupada, eu chego pra conversar com a minha mãe, querendo atenção, e a reação dela me dói. Eu perdi meu esposo,

que era muito companheiro, de todas as horas. Tenho um filho, que é chegado a mim, mas trabalha muito, só chega à noite, cansado. Minha mãe não entende. Tem hora que eu digo que não tenho família.

Diante do que foi apresentado nessa pesquisa, a saúde mental de Fortaleza, tem apontado diversos desafios, desde o seu início, na referida regional em estudo, até sua expansão para toda a cidade. Muitos avanços vem ocorrendo nessa ampliação, porém, além do desafio de questões estruturais, de recursos financeiros bem administrados e de recursos humanos capacitados, bem como, toda a burocracia de implantar e manter esses serviços, talvez, um dos maiores desafios, seja a mudança de perspectiva da sociedade, principalmente, dos trabalhadores, usuários e familiares sobre esse novo olhar para a saúde mental no lidar com as diferenças. Tornar real a todos, a possibilidade de desenvolvimento no mercado de trabalho mais justo, concretizando o exercício da cidadania.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história das alterações do comportamento, com sofrimento mental, nas suas mais diversas (in)compreensões perpassa e une-se à história da própria humanidade nas suas incontáveis expressões culturais e sociais. Desde os tempos em que ganham status de certa superioridade, por valorizar aqueles visionários, loucos de todo gênero, com suas diferentes perspectivas existenciais, até quando se tenta alijá-las, excluí-las, bani-las, representada por todos aqueles que impactavam as condutas sociais de um determinado período. Em todos estes momentos, a reação social diante das alterações de comportamento foi regida e regeu as (re)organizações sociais, inclusive hoje, em contexto capitalista de sub/sobrevivência marcada pela mercadoria, pelo lucro e pelo dinheiro, novas relações são criadas e velhas relações são recicladas diante do que nos escapa e amedronta, desafiando o cidadão e a cidadania a conviver com o diferente.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira acontece em contexto de significativas transformações na política do país, caracterizada pela transição do regime ditatorial ao democrático, em ambiente contraditório, vivendo-se a experiência de uma orientação neoliberal da economia, com o sistema de saúde orientado pelo princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado. A implantação do SUS implicou mudanças a respeito da organização das práticas e dos serviços de saúde, representando uma inovação, tanto no campo das políticas como nos modos de operar a sociedade.

O que realmente difere, em termos essenciais, em relação ao lidar com a loucura, nos tempos do “grande confinamento” do séc. XVIII europeu, até o advento do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica nos dias atuais? O reconhecimento da loucura, agora entendido como processo saúde/doença mental, enquanto constituinte do humano, e o tratar de forma desigual e justa para atender melhor a necessidade de cada cidadão, em relação às suas desigualdades sociais concretas, sem dúvida tem tido avanços. No entanto, é plausível, também, pensar que a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, entre outros, compondendo uma rede de assistência, poderá implicar em ampliação e não em restrição ao poder de controle do Estado sobre os indivíduos. Se o equivalente universal de troca tornou-se o dinheiro, parece interessante, hoje, manter até a saúde, por exemplo,

sob a suspeita de ser doença, para o comportamento inteiro transformar-se em mercado e mercadoria. Parece que a explosão do hospício atende aos interesses das novas lógicas econômicas. De qualquer modo, eticamente, pode ser defendida a ideia de que ser trabalhador livre é superior a ser escravo, donde, também, estar incluído em asilo difuso e sutil é superior às quatro paredes aterradoras da instituição asilar total. Mas, a expressão reforma psiquiátrica revela pelo menos duas ambiguidades: se é reforma, não é revolução; se é psiquiátrica, há fidelidade a um modelo ainda médico.

Talvez, algumas das dificuldades de implantação e/ou execução da reforma psiquiátrica comece ou esteja para além do que foi levantado em relação à gestão, ou à vontade política, conforme apontou-se nessa pesquisa, mas esteja na (in)compreensão até mesmo de suas proposições básicas. Humanizar não é tornar humano o humano, é retomar a humanidade de quem foi tornado coisa. Reabilitar não pode ser voltar a habilitar para as práticas anteriores que, inclusive, podem ter partilhado da produção do adoecer. Reinsserir socialmente não pode incluir a ideia de uma exterioridade do social em relação ao individual, pois inseridos todos estamos, em papéis diversos, por exemplo, de pobre ou rico, de opressor ou oprimido, conforme as leis do modelo socioeconômico vigente. Desospitalizar é descritivo, termo mais adequado do que, por exemplo, desinstitucionalizar, pois família, igreja, escola também são instituições e também podem se caracterizarem como manicômios.

Aprende-se nesse estudo a diversidade da realidade, muitas vezes contraditória em seus discursos e em suas práticas. O método de investigação e análise para essa pesquisa foi adequado, pois foi possível direcionar para a compreensão do que, direta e indiretamente, apontou-se nos discursos e contextos experimentados e, principalmente, alcançar os objetivos apresentados. No entanto, nenhum método é suficiente para propor uma conclusão, mas deve fomentar outras formas de investigação a fim de que seja contemplada a complexidade desse estudo. Sendo assim, as questões apresentadas sugerem aprofundamento e ampliação do debate sobre a reforma psiquiátrica brasileira.

Nesta pesquisa, pode-se observar que a implantação de uma nova forma de atuação da saúde mental, pensada a partir da perspectiva psicossocial territorial, mesmo com vários avanços, principalmente no que se refere à legislação, ainda se encontra truncada e incipiente, referendando o modelo biomédico ainda como

dominante. No entanto, na atual situação de Fortaleza, até mesmo o modelo biomédico encontra-se, com dificuldades em sua execução, uma vez que situações básicas para funcionamento das unidades de saúde encontram-se deficitárias como, por exemplo, a falta de médico, de medicamento e de infraestrutura no geral.

Mesmo havendo, por parte dos participantes, uma defesa clara do modelo psicossocial territorial, é notória a centralidade no médico, no medicamento, no controle do sintoma e no procedimento técnico, destacando, também, que a referência tanto para os profissionais quanto para os familiares e usuários ainda é o hospital. Também é notória a dificuldade em traduzir o discurso em alguma prática criativa.

O modelo biomédico se reproduz, se intensifica e tem na sua melhor formulação/representação a alienação e o adoecimento do próprio trabalhador. O desgaste mental no cotidiano traz uma contradição: aquele que deveria promover a saúde é o mesmo que adoece. A passagem da ideia de doença-cura para a de cuidado integral ainda não foi atingida. A referência centrada na doença obscurece a compreensão da saúde como algo dinâmico onde a própria doença faz parte do processo e não sua ausência como condição de uma vida saudável. Dessa forma, o tratamento ou o cuidado limita-se a remoção de sintomas, tratar mais a doença do que as pessoas.

Vínculos trabalhistas fragilizados, alta rotatividade profissional e pouco investimento em formação e capacitação permanente, comprometem ações de médio e de longo prazos, limita-se a queixa-conduta diárias, sem planejamento ou o pensar estratégico do serviço, reproduzindo uma rotina maçante e sem perspectivas de inovação e criação. Isso desestabiliza e desmotiva a equipe e o bom andamento da assistência ao usuário. A saúde do trabalhador é fundamental para que o mesmo possa exercer suas atividades de forma acolhedora e dinâmica, minimizando os riscos de projeções das possíveis frustrações e adoecimentos decorrentes dessa rotina esvaziada de sentido.

A falta de uma rede assistencial bem articulada dificulta todo o trabalho empreendido, desde a entrada do usuário no serviço até à sua saída, pois seu projeto terapêutico, compreendido na perspectiva de projeto de vida, precisará ser realizado em ações envolvendo o território e não se limitar a ações pontuais, como a dispensação de receitas ou encaminhamentos para internação.

O usuário do serviço, muitas vezes, é priorizado enquanto objeto de estudo e não como sujeito em busca da própria autonomia e de qualidade de vida, talvez devido à aproximação acadêmica, pois, em gestão anterior, havia um convênio que previa a gestão do serviço pela universidade, proporcionando melhores condições de trabalho aos profissionais. A parceria academia/assistência é extremamente salutar, contanto que ambas sejam beneficiadas, no sentido que o sujeito estudado transcenda a condição de objeto, beneficiando-se com o desenvolvimento do conhecimento e da assistência, e a academia possa aprimorar o desenvolvimento do saber.

A situação de falta de sede própria, estrutura física, manutenção, recursos humanos e suprimentos colaboram para que muitas das atividades não sejam realizadas nas três unidades estudadas, sendo também fatores que desmotivam e facilitam o adoecimento e acomodação dos trabalhadores, além da cronificação dos usuários. Muitas vezes, os recursos assistenciais, como por exemplo, o vale transporte, servem como objetivo para muitos usuários e bengala para muitos profissionais, na condição da realização do trabalho e na contramão do desenvolvimento da autonomia do usuário. Reforça-se, portanto, um assistencialismo, uma conduta enrijecida, sem projetos junto à família e a comunidade, no território de onde surge a demanda. O território, assim, como espaço potencial de reestruturação da vida tem sido subutilizado na articulação entre os serviços, apenas em ações pontuais de um ou outro profissional motivados pelas dificuldades em realizá-las dentro da própria unidade.

A educação permanente não surge como demanda dos trabalhadores e é apenas mencionada com a nova gestão de saúde mental do município que, logo que assumiu o cargo, iniciou um curso voltado para os profissionais da saúde mental, tanto os iniciantes quanto os mais antigos, de forma a atualizar e alinhar os conhecimentos. Sabe-se que ainda na formação básica e universitária dos profissionais, prevalece a orientação biomédica, sendo esta uma questão fundamental a ser revista a fim de possibilitar ao profissional aproximar-se da sua prática psicossocial e compreender a visão integral do usuário, e não assisti-lo de forma fragmentada.

A internação permanece como uma das atividades mais focadas, referenciada pelos trabalhadores devido à falta de médico no serviço, o que sinaliza a pouca habilidade da equipe e da gestão para manejar casos que exijam uma sensibilidade

maior, além da dependência do médico. No entanto, alguns profissionais apresentam visão crítica para a importância do convívio familiar e social do usuário.

A família, também, aponta seu foco na internação, o que mostra seu distanciamento do projeto terapêutico do usuário e pouca articulação com o serviço e os trabalhadores. Quando a família aparece é mais como coadjuvante e não como parte fundamental, que tanto pode ser para o sucesso como para o fracasso do tratamento. Sabe-se que a família possui papel fundamental, pois tanto é parceira, cuidadora, mas, também, pode encontrar-se adoentada, necessitando também de cuidados. Isso mostra a importância do trabalhador nessa mediação entre a família, o usuário e o serviço. Dessa forma, a abordagem psicossocial não se restringe apenas ao usuário, nem a medicações e internações, mas a ações visando a reintegração familiar, buscando a autonomia daquele, e concebendo a família em sua diversidade.

O CAPS, na visão de familiares e usuários é reconhecido como funcional e útil à população. Porém, cabe refletir se esta visão parte de uma compreensão do serviço funcionar como dádiva e não como direito ou, se de fato, o atendimento tem sido eficiente. Corroboram com os trabalhadores no que tange à estrutura física e de suprimentos, mas elogiam o atendimento dispensado pela equipe. Reconhecem a importância dos outros profissionais além do médico e que nem sempre o remédio é o mais importante, mostrando que uma escuta qualificada à demanda do usuário poderia diminuir o abismo que há, muitas vezes, nessa relação, que fica camuflada nas fragilidades do serviço, uma vez que o usuário, direta e indiretamente, sinaliza as mais diversas formas de sucesso para o seu tratamento, enfatizando o bom acolhimento, a atenção, as atividades em grupo e claramente ações que evidenciam o modelo psicossocial. Muito embora, as melhorias apontadas ainda careçam de um direcionamento maior para o território e para a autonomia do usuário.

Outra questão, de suma importância, que foi revelada, diz respeito à compreensão do CAPS, pelos usuários, como uma segunda casa, mostrando a dependência deste ao serviço, daí o risco de cronificação da relação, fragilizando as chances de autonomia, além da estreita visão que os profissionais demonstram sobre a extensão desse cuidado no território, onde a vida acontece, de fato.

A gestão municipal é apontada como responsável por tudo aquilo que não tem funcionado nos serviços. Ao mesmo tempo, percebe-se que o posicionamento dos trabalhadores e usuários limita-se à emissão de um discurso de queixas e

recriminações, não organizado como crítica e excluindo a si próprios das possibilidades de mudança. Quem se queixa é uma vítima, não faz parte da construção coletiva da política e dos serviços, denotando uma postura acomodada e sem qualquer articulação com os Conselhos Locais de Saúde, que poderiam respaldar o processo de transformação da queixa em crítica e da crítica em ação transformadora.

A militância, mola propulsora de todo o processo histórico dos movimentos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica no país, foi reportada apenas uma vez, demonstrando certa perda do ato político e notória mudança da natureza do envolvimento destes trabalhadores com a questão. O perfil militante do início do movimento de reforma foi transformado em perfil de trabalhadores com pequena motivação, pequena competência, vínculos precários de trabalho e pouca visão política.

No que se refere ao sofrimento dos trabalhadores, nas três unidades foi relatado sentimento de impotência, muitas vezes, de não saber bem o que fazer diante de circunstâncias consideradas paralisantes, medo, pouca estratégia de cuidado, carecendo de conhecimento técnico, ancorando-se em seu próprio afeto, sem objetivos, sensação de perda quanto à rotatividade profissional e desestruturação política. Enraizado dentro do CAPS, de forma passiva, esperando que a clientela chegue, não indo ao encontro dela, sem estabelecer uma relação, sem se movimentar minimamente no território, o trabalhador aguarda, protegido em sua zona de conforto, que as coisas mudem, o que também faz com que sua inutilidade/impotência gere também esse mal-estar.

Ainda é notória a ideia de haver um perfil de usuário para cada CAPS, na maioria dos discursos dos trabalhadores, não havendo a compreensão de que a demanda do usuário, sendo do território, é que dirá o perfil do serviço. Ao se cristalizar um perfil de serviço, determinante da demanda, corre-se o risco de se estigmatizar e não oferecer ao usuário uma atenção integral.

No caso da dependência química, a política de redução de danos inexistente, tanto em concepção como em prática, trazendo uma visão de tratamento baseada na condição de abstinência e no discurso de combate às drogas.

O estigma é bastante presente no que se refere ao usuário de substâncias psicoativas, mesmo para aqueles de uso experimental, a ideia é de todos são doentes, dependentes ou não, portanto precisam ser curados, e a cura é a

abstinência e a redução do indivíduo à repressão moral. Este usuário ainda transita entre o reconhecimento social enquanto marginal e o reconhecimento pelo serviço como doente. O reconhecimento de cidadão deverá levar algum tempo para acontecer, por ele próprio, pelos serviços de saúde e pela sociedade como um todo.

A questão da adesão está condicionada ao interesse exclusivo do usuário pelo tratamento, isentando o trabalhador de sua implicação nesse processo. A ideia salvacionista e a de que o que precisa ser feito é ocupar o tempo do usuário, prevalece. A associação de que todo usuário seria um desocupado, perigoso ou sem utilidade nos remete ao século XVII e ao nosso atraso histórico.

O aumento do número de serviços substitutivos na cidade, sem dúvida, é reconhecido como avanço, porém, ainda são apontados fortes indícios de descontinuidade das atividades, evidenciando que a política de cada Governo ainda supera as políticas de Estado, mostrando também, muitas vezes, a centralização dessas atividades nos profissionais e não no projeto terapêutico do usuário, acarretando descontinuidade das atividades sempre que um trabalhador é demitido.

Mesmo havendo trabalhadores, principalmente os mais antigos, com um discurso político bem elaborado a respeito da atual conjuntura do processo da reforma psiquiátrica de Fortaleza, ainda, assim, não se efetiva na prática. As intervenções terapêuticas apresentam-se direcionadas para a estabilização do usuário, o que pode significar estagnação da vida, talvez como forma de controle, ao invés do bem estar do mesmo como prioridade.

A perspectiva da cura, ainda evidente, tanto para trabalhadores quanto para usuários pode funcionar também como muleta para este na identificação reducionista com a suposta doença, tentando através dela, ter seus ganhos secundários, uma vez que até suas necessidades primárias, muitas vezes de estímulo à própria autonomia fica restrita à condução de supostos saberes e supostas fórmulas milagrosas.

Os dois modelos, o biomédico e o psicossocial, parecem conviver lado a lado, mas sob a égide do primeiro, não havendo superação no modo de pensar, nem de agir. A atenção é oferecida pelos trabalhadores através da organização de ofertas de tratamento para os usuários. Sendo assim, não se consegue realizar um trabalho pautado no território, logo, torna-se inviável para a efetivação da superação à lógica médica, fazendo com o que os dois modelos coexistam, porém ambos com dificuldades de efetivação na atual conjuntura de Fortaleza.

As recomendações, após as análises realizadas nessa pesquisa, apontam para a necessidade de um redesenho dos territórios adstritos a cada CAPS, a revisão da estrutura física de todos e dos fluxos de suprimentos e a lógica de contratação dos trabalhadores. Os vínculos trabalhistas necessitam ser duradouros, regidos por concurso público, para que esses trabalhadores possam se apropriar tecnicamente da integridade do projeto terapêutico e atuantes no território.

REFERÊNCIAS

ACIOLY, Y. A. **Reforma psiquiátrica: com a palavra, os usuários.** Dissertação Mestrado. Políticas públicas e sociedade. UECE. Fortaleza, 2006.

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. organizadores. **Família: redes, laços e políticas públicas.** 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2008.

ALVES, C. F. O.; RIBAS, V. R.; ALVES, E. V. R.; VIANA, M. T.; RIBAS, R. M. G.; JUNIOR, L. P. M.; MARTINS, H. A. L.; LIMA, M. D. C.; SOUGEY, E. B.; CASTRO, R. M. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia.** v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./mar. 2009.

AMADOR, S. M. **A reforma psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial.** Ser Melhor, v.28 jun. 2010.

AMARANTE, P. **Reforma psiquiátrica e epistemologia.** Cad. Bras. Saúde Mental, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

_____. **Rumo ao fim dos manicômios.** Mente&Cérebro. P. 31-35. Setembro, 2006.

_____. **Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920).** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, Dissertação de Mestrado, 1983.

_____.; TORRE, E. H. G. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1995.

_____. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.** História, Ciência e Saúde. Manguinhos. 1994.

_____. **A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil:** planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: (M. Kalil, Org^a.), Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo/ Salvador: Editora Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde. 1992.

ANDRADE, G. R. B. & VAITSMAN, J. **Apoio social e redes:** conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002.

ANTUNES, S. M. M. O; QUEIROZ, M. de. S. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil:** uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007.

AROUCA, S. **Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em 02 Maio 2013.

AZEVEDO, D. M. de; MIRANDA, F. A. de. **Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial:** percepção de familiares. Esc Anna Nery, 2011.

BASTOS, E. N. E. **Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental:** Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída? Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rede HumanizaSUS.** Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 18 jan 2015.

_____. Observatório Crack, é possível vencer. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso em: 04 fev 2015.

_____. Matriz intersetorial de enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes. Disponível em: <http://matriz.sipia.gov.br/conceitos/231-conceito-estado-governo>. Acesso em: 11 fev 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466 de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso: 17 Março 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2002>>. Acesso em: 31 dez. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>. Acesso em: 22 Fevereiro 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088**, de 23 de dezembro de 2011.

_____. OMS elogia avanços na saúde no país em informe mundial. **Saúde em Foco**, Cuiabá, MT, 10 set. 2010. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/15/clipping-100910-%5B15-150910-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em 03 set 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. 2001. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde. (Série Manuais, n. 42).

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BUENO, M.; CAPONI, S. A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo do município de Joinville/SC. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, jan./mar. 2009.

CAMPOS, G. W. d. S.; DOMITTI, A. C. “**Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**”. Cadernos de Saúde Pública/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

CAMURI, D. DIMENSTEIN, M. **Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família**. Saúde Soc. São Paulo, 2010.

CEARÁ. **Secretaria de Planejamento e Gestão**. IPECE- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil Básico Municipal Fortaleza, 2012.

COSTA, J. F. – **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1981.

COSTA-ROSA, A. da; DEVERA, D. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Revista de Psicologia da UNESP, 2007.

COUTO, R.; ALBERTI, S. **Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59, jan./dez. 2008.

FORTALEZAa. Prefeitura Municipal. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-III>. Acesso: 02 Março 2014.

_____b. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=165&Itemid=7. Acesso em 02 Março 2014.

_____c. Plano Municipal de Saúde. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/stories/publicacoes/relatorios_de_gestao/plano_municipal_de_saude_2010-2013.pdf. Acesso em: 03 Março 2014.

FONTES, B. A. S. M. **Redes sociais e saúde:** sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. Política & trabalho. Revista de Ciências Sociais n. 26. Abril de 2007.

FRANCO, T. DRUCK, G. SILVA, E. S. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado.** Rev. bras. Saúde ocup. São Paulo, 2010.

FREITAS, M. T. de A. **A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa.** Cadernos de Pesquisa, n. 116, p. 21-39, julho/ 2002.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. **A Alteridade no Discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. **A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos.** Educativa , 1999. Disponível em: www.dppg.cefetmg.br/mtp/Tecnicade. GruposFocaisdoc. Acesso em: 22 Fevereiro 2014.

GRUPO O POVO. **Anuário de Fortaleza:** 2012-2013. Grupo de Comunicação O POVO: Fortaleza, 320 p., 2013.

GUIMARÃES, A. N. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao Psicossocial:** história contada por profissionais de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2011.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D. ; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P de.; CAVALCANTE, C. M. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado:** vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; DEMARCO, D. A. ; ESLABAO, A. D. ; NUNES, C. K. ; GUEDES, A.C . **A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção.** Journal of Nursing and Health, v. 1, p. 4-13, 2011.

LANCETTI, A. **Redução de danos como ampliação da vida.** In: LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo como superação dos impasses no processamento de respostas a questões abertas.** In: O Discurso do Sujeito Coletivo. Curso teórico prático de introdução ao discurso do sujeito coletivo e ao software qualiquantisoft. Instituto de Pesquisa do Sujeito Coletivo. São Paulo, 2010.

LEFEVRE, F; **Discurso do Sujeito Coletivo.** Disponível em: http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_principais_conceitos.htm. Acesso em: 02 Março 2014.

LIMA, A. F. de. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso:** a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAPESP, EDUC, 2010.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.; PRA, K. R. D. **A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais:** algumas considerações acerca do diário de campo. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 1 p. 93-104. jan./jun. 2007.

LIRA-NETO. **O poder e a peste:** a vida de Rodolfo Teófilo. Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 1999.

LUZ, R. S. da; BAVARESCO, A. **Trabalho alienado em Marx e novas configurações do trabalho.** Princípios. Natal, v.17, n.27, jan./jun. 2010, p. 137-165.

MACEDO, M. R.C. – **Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, Dissertação de Mestrado, 1982.

MACHADO, K. **Como anda a reforma psiquiátrica?** Radis, Rio de Janeiro, n. 38, p. 11-19, 2005.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da Norma:** Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

MATEUS, M. D. (org). **Políticas de saúde mental:** baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MELO, A. M. C. **A reforma psiquiátrica no brasil:** reflexões acerca de suas dimensões e dos desafios na atual conjuntura. Anais do 5º seminário nacional estado e políticas sociais. Tema central: As políticas sociais nas transições latino-americanas no século XXI: tendências e desafios. Unioeste. Cascavel, 2011.

MELO, P. F de; PAULO, M de. A. L de. **A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas** Saúde Coletiva em Debate. Dez. 2012.

MENEZES, A. S. B.; MEDEIROS, C. N. de (Org.). **Perfil Socioeconômico de Fortaleza.** Governo do Estado do Ceará. 2ª edição. Ipece. Fortaleza, 2012.

MINAYO, M.C.S. et all. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

MIRANDA, F. A. N.; SANTOS, R. C. de; A.; AZEVEDO, D. M. de; FERNANDES, R. L.; COSTA, T. S. **Fragmentos históricos da assistência psiquiátrica no Rio Grande do Norte, Brasil.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010.

MIRANDA, F. A. N.; SANTOS, R. C. A.; AZEVEDO, D. M.; FERNANDES, R. L.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. de. **A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ**Ciência & Saúde Coletiva, 2008.

MONTESUMA, F. G.; MOURA FÉ, M. A. B.; GOMES, S. C. C.; FERNANDES T. C. de L; SAMPAIO, J. J. C. **História da Saúde Pública no Ceará: uma sistematização histórica.** Cadernos da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, vol. 2, p. 05-19, 2006.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. **Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo.** Psicologia & Sociedade; 19, Edição Especial 1: 14-20, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil, 2007.

OLIVEIRA, C. L. **Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos técnicas e características.** Travessias ed. 04. Educação, Cultura, Linguagem e Arte. Disponível em: http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed_004/artigos/educacao/pdfs/UM%20APANHADO%20TE%20D3RICO-CONCEITUAL.pdf. Acesso em: 02 Março 2014.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. **A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença.** Rev. Esc. Enf. USP, mar. 2000.

PACHECO, M. E. A. G. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE.**

Dissertação de Mestrado. Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade. Centro de Estudos Sociais Aplicados. UECE. 2013.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese de Doutorado. Salvador, 2007.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D de. C. **Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos**: a nova cronicidade em questão. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: '**Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil**: as contradições dos anos 1970'. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, 2004.

PEIXOTO, C. *et al.* **Perfil de adesão ou não adesão de um CAPSad** . J. Bras. Psiquiatr. 2010.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B. ; KANTORSKI, L. P. **Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território**: contradições e potencialidades Cienc Cuid Saude 2010.

PITTA, A. M. F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: Instituições, Atores e Políticas. Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, 2011.

_____. **Os Centros de Atenção Psicossocial**: espaços de reabilitação? Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro. Dezembro, 1994.

PONTE, S. R. **Fortaleza Belle Époque**: reforma urbana e controle social (1860-1930). 5. Ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2014.

PORTO, I. M. S. A. **A implementação da reforma psiquiátrica em Fortaleza, Ceará**: contexto, desafios e perspectivas. 2010.163f..Dissertação (Mestrado

Acadêmico em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará. Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza. 2010.

PRANDONI, R. F. S.; PADILHA, M. I. C de S. **A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras.** Texto Contexto Enferm. 2004.

QUINDERÉ, P.H.D., SALES, F. D. A., ALBUQUERQUE, R. A., JORGE, M. S. B. **A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental,** Fortaleza, Ce. Saúde em debate. Rio de Janeiro, 2010.

QUINDERÉ, P.H.D., JORGE, M. S. B. **(Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços.** Saúde Soc. São Paulo, 2010.

RABELO, I. V. M; TORRES, A. R. R. **Trabalhadores em Saúde Mental: Relações entre Práticas Profissionais e Bem-estar Físico e Psicológico.** Psicologia ciência e profissão, 2005.

RADIS. **Novas formas de prisão.** Rio de Janeiro: Ensp. Fiocruz. n. 146, nov. 2014.

RADIS. Entrevista Paulo Amarante. **Queremos diminuir a apropriação que a medicina faz da vida cotidiana (Bruno Dominguez).** Fiocruz N. 146, nov 2014.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico.** Bol. da Saúde, v. 16, n. 1, 2002.

RESSEL, L. B.; Beck, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M; SEHNEM, G. D. **O uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008.

RIGOTTO, R. M. *et al* (coord.). **Análise das condições organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará.** Coordenação Institucional. Observatório de Recursos

Humanos em Saúde. Estação CETREDE / UFC / UECE. Relatório Final. Fortaleza, 2007.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. In: NICÁCIO, M. F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

SÁ, R. A. R., BARROS, M. M. M., COSTA, M. S. A. **Saúde mental em Sobral-Ce: atenção com Humanização e inclusão social**. Sanare, Sobral, 2005/2007.

SAMPAIO, J. J. C; GUIMARÃES, J.M.X; ABREU, L.M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SAMPAIO, J. J. C. e BARROSO, C. M. C. – **Organização dos Centros de Atenção Psicossocial: proposta a partir das experiências de Quixadá e de Sobral**, PP 11 a 28. In José Jackson Coelho Sampaio, José Maria Ximenes Guimarães e Luciana Mesquita de Abreu, Supervisão Clínico-institucional e a Organização da Atenção Psicossocial no Ceará. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

SAMPAIO, J. J. C; CARNEIRO, C. **Rede de atenção integral à saúde mental de sobralce: planejamento, supervisão e reflexões críticas**. Sanare, Sobral, 2005/2007.

SAMPAIO, J.J. C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 133 p. ISBN 85-85676-48-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

SAMPAIO, José J.C. , MOURA-FÉ, Nilson e SANTOS, Antônio W.S – Parecer técnico ao Projeto de Lei Federal Nº 3.657, de 1989, proposto pelo Deputado Federal Paulo Delgado. Solicitado pelo relator, o Senador Lúcio Alcântara. Senado Federal, Brasília/DF, 1998.

SAMPAIO, J. J. C. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: A sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Escola de Saúde Pública “Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues. Fortaleza, 1996.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Manual de Organização do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá**, 1994.

SAMPAIO, J. J. C. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado defendida em Dezembro de 1988. Revisão para publicação em livro concluída em Dezembro de 1993.

SEVERO, A. K. de S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. **A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental**. Interface (Botucatu), Setembro, 2014.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. Rev Esc Enferm. USP. São Paulo, 2008.

SCHRANK, G. **O centro de atenção psicossocial e a inserção da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. UFRGS, Porto Alegre, 2006.

SILVA M. B. B. **Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental**. Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. **A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP, 2011.

SOUZA, S. (org). **Uma nova história do Ceará**. 4ª ed., Editora: Demócrito Rocha, 2007.

TAVARES, C. M. de M. **A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006.

TENÓRIO, F.: **'A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002.

TRAD, L. A. B. **Grupos focais:** conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.

XAVIER, R. T. ; MONTEIRO, J. K. **Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD Psic.** Rev. São Paulo, 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado. Ciências da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

YIN, R.K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Book man, 2005.

APÊNDICE 1

ENTREVISTA COM OS GESTORES

Cargo: _____

Data: __/__/____

1. Como você descreve as principais características do modelo psicossocial observados em sua prática?
2. Quais são os seus mal estares e o que você acha que os causam?
3. Como você percebe a inadequação do antigo modelo ou como este modelo antigo contribui para as dificuldades e mal estares percebidos?

APÊNDICE 2

GRUPO FOCAL COM OS TRABALHADORES

Unidade de Saúde: _____

Data: __/__/____

1. Como vocês veem na prática as características do modelo psicossocial?
2. Que mal estares, estresses vocês sentem no cotidiano e o que vocês acham que os causam?
3. Como vocês percebem a relação do modelo anterior, hospitalocêntrico com o modelo proposto psicossocial na prática do serviço?
4. Como vocês acham que a inadequação do antigo modelo ou como este modelo anterior contribui para as dificuldades e mal estares percebidos?

APÊNDICE 3

GRUPO FOCAL COM OS USUÁRIOS

Unidade de Saúde: _____

Data: __/__/____

1. Vocês acham que o atendimento com psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, artistas, entre outros profissionais é importante e contribui para o tratamento de vocês ou apenas os remédios são suficientes?
2. Vocês acham que tem melhorado com o tratamento? E se sim, o que tem sido essa melhora? E se não, por que?
3. Após vocês iniciarem o tratamento o que mudou na vida de cada um?

GLOSSÁRIO

Atenção Psicossocial

Termo utilizado para referendar o cuidado ao usuário do SUS de forma integral onde este cuidado transcende a dimensão biológica considerando seu aspecto psíquico e social a fim de promover sua saúde.

Território

Compreendido não apenas em seu aspecto geográfico mas também como espaço de interlocução e trocas de afeto e significados de uma determinada população ou sociedade.

Alienação**

Conceito que sintetiza as experiências de expropriação das possibilidades de objetivação do ser humano. Estranhamento e antagonismo entre produtor e produto, criador e criatura, cuja fonte se encontra nas relações de produção. Ocorre expansão e universalização da alienação sob o capitalismo por conta de um processo histórico que tem produzido, sucessiva e simultaneamente, divisão do trabalho, assalariamento, terceirização (crescimento do setor de comércio e serviços da economia), burocracia, trabalho morto (embutido nas máquinas), produto abstrato, financeirização e capital morto (especulativo).

Dialética**

Método de produção de conhecimento capaz de colher, representar e construir o real, que implica uma lógica que integra e supera a lógica formal, sobretudo o conceito de causalidade, articulando investigação, interpretação e exposição. O método apresenta variantes pré-marxianas, marxianas, marxistas e não marxistas, mas, no geral, caracteriza-se pelo conceito de totalidade (reproduz condições, fatores e processos do fenômeno e apresenta perspectiva de interpretação capaz de revelar formação, formas de expressão e efeitos de um empírico historicamente saturado) e pela busca de garantia de preservação do valor heurístico dos dados, revelando o concreto com o processo marcado por um movimento do real e um

movimento da razão, em relação recíproca e determinada. O método preserva, sem polarizar, as tensões unidade/totalidade, imediato/mediato, essência/aparência, geral/particular, abstrato/concreto, indutivo/dedutivo e sincrônico/diacrônico. Constitui o melhor método para estudo dos fenômenos sociais, pois permite a análise dos processos recorrentes em conexão com mecanismos regulares de mudança, além de explicar relações, regularidades e modificações dos fenômenos nas condições efetivas de suas produções. É necessário destacar a dimensão política do método, porque busca compreender para transformar e exige que a teoria, desafiada pela prática, permanentemente se repense.

Hegemonia**

Processo de realização da dominação.

Políticas de Saúde**

Princípios, diretrizes, grandes metas e processos de decisão objetivando a promoção, proteção de saúde, praticado pelo governo, empresa ou sociedade, a ser direta ou indiretamente praticados pelo poder, com ou sem planejamento ou participação dos sujeitos a quem se destinam as ações. Caracterizada como democrática uma vez que há planejamento participativo, transparência na gestão, controle social e foco na cidadania.

Processo saúde/doença**

Processo dinâmico, particular, de expressão das condições de vida de uma população qualificada, em determinada organização social. Representa as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças. Inclui os estados vitais e suas representações mentais. No caso do processo saúde/doença mental, tanto os estados como as representações são conteúdos da consciência, obrigando, portanto, distinções: normal/não normal, sintoma/doença, doença mental/alienação, personalidade/sofrimento psíquico/doença.

Trabalho*

Complexo de atividades que resulta na apropriação da natureza pelo homem, revestindo-se de formas específicas a cada modo de produção e de organização

social. Apresenta, no capitalismo, uma dupla e contraditória natureza: concreta (atos necessários à criação de um determinado produto ou utilidade) e abstrata (tempo socialmente necessário para a produção de uma mercadoria). O trabalho gera utilidade, mercadoria e relações sociais; parte de um projeto e transforma o transformador.

Trabalho Alienado

Condição a qual o trabalhador não reconhece o produto final produzido por ele, passando a enquadrar-se na categoria de objeto, mercadoria; onde o que produz, o resultado, concentra-se nas mãos de quem fornece as ferramentas, tornando este mais rico a medida em que empobrece aquele.

*SAMPAIO, 1998.

** SAMPAIO (Nota de aula)