UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Sobre Discursos e Práticas: a reabilitação psicossocial pelo "olhar" dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife

Gláucia Lorena Guedes dos Santos

Recife/2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Gláucia Lorena Guedes dos Santos

Sobre Discursos e Práticas: a reabilitação psicossocial pelo "olhar" dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Jaileila de Araújo

Recife, 2008

Santos, Gláucia Lorena Guedes dos

Sobre discursos e práticas : a reabilitação psicossocial pelo "olhar" dos técnicos de referência de um CAPS da região metropolitana de Recife / Gláucia Lorena Guedes dos Santos. – Recife: O Autor, 2008.

147 folhas.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2008.

Inclui: bibliografia e anexos.

1. Psicologia Social. 2. Psiquiatria social. 3. Psiquiatria – Pacientes. 4. Saúde mental – História. 5. Saúde mental – Equipes de assistência. 6. Saúde mental – Serviços. 7. Reforma Psiquiátrica. 8. CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) -- Recife, Região Metropolitana do (PE). I. Título.

159.9 CDU (2. ed.) UFPE
150 BCFCH2008/32
CDD (22. ed.)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SOBRE DISCURSOS E PRÁTICAS: a reabilitação psicossocial pelo olhar" dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife

Comissão Examinadora

Jaileila de Araújo

Profª Drª Jaileila de Araújo Menezes-Santos
1º Examinador

Profª Drª Maria Odete de Vasconcelos
2º Examinador

Prof. Dr. Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos
3º Examinador

Recife, 11 de fevereiro de 2008

Para minha mãe, Maria de Fátima
Souza Guedes (*In memoriam*).

"Omnia mutantur, omnia fluunt, quod fuimus aut summus, cras non erimus"

("Todas as coisas são sujeitas a mudanças, todas as coisas mudam, amanhã não seremos o que fomos ontem, nem o que somos hoje" – tradução livre da adaptação para prosa de "Metamorfoses" de Ovídio, Livro XV).

SUMÁRIO

Resumo..... 08

Abstract..... 09

Agradecimentos..... 10

Introdução..... 12

1. A Psicologia Sócio-Histórica..... 19

O Surgimento da Psicologia Sócio-Histórica..... 19

Fundamentos Epistemológicos da Psicologia Sócio-Histórica..... 22

Pressupostos Teóricos e Metodológicos da Psicologia Sócio-Histórica..... 24

Algumas Considerações..... 28

2. Contextualização da Reabilitação Psicossocial..... 30

O Nascimento da Psiquiatria..... 30

Institucionalização dos Doentes Mentais..... 40

Críticas ao Modelo Manicomial..... 44

Reforma Psiquiátrica Brasileira..... 53

Serviços Substitutivos aos Manicômios..... 62

A Questão da Reabilitação Psicossocial..... 65

3. A Pesquisa..... 76

Metodologia..... 76

Critérios para a Escolha dos Participantes..... 77

Os Contatos Iniciais com o CAPS..... 80

Apresentação do CAPS II..... 81

Os Sujeitos da Pesquisa..... 86

Instrumentos de Coleta de Dados..... 87

Organização dos Encontros para a Coleta de Dados..... 92

Questões Éticas..... 93

4. Análise dos Dados..... 95

Primeiras Etapas..... 95

Construção dos Núcleos de Significação..... 96

Núcleo de Significação 1 – O serviço substitutivo..... 97

Núcleo de Significação 2 – Profissionais em saúde mental..... 106

Núcleo de Significação 3 – A reabilitação psicossocial..... 112

5. Considerações Finais..... 120

Referências Bibliográficas..... 125

Anexos..... 130

Anexo I – Lei número 10.216, de 6 de abril de 2001
Anexo II – Portaria de Estabelecimento dos CAPS
Anexo III – Solicitação de Carta de Anuência
Anexo IV - Carta de Anuência
Anexo V – Termo de Consentimento Livre e Informado do Grupo Focal
Anexo VI – Termo de Consentimento Livre e Informado das Entrevistas

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo geral investigar o processo de reabilitação psicossocial considerando o discurso e a prática de técnicos de referência de um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, no caso um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, da Região Metropolitana de Recife. Utilizamos o referencial teórico da Psicologia Sócio-Histórica segundo a qual uma compreensão mais aprofundada dos fenômenos, no caso o processo de reabilitação psicossocial em saúde mental, necessita do entendimento das mudanças históricas que lhe deram origem e o circunscreve atualmente. Assim, empreendemos uma revisão histórica das mudanças de atendimento à loucura, desde o surgimento dos primeiros manicômios até a criação dos hospitais psiquiátricos para o atendimento do doente mental (Séc. XVIII). Os primeiros movimentos de denúncia das péssimas condições existentes em tais locais possibilitou a elaboração de novas propostas de atendimento em saúde mental, como as da Reforma Psiquiátrica Italiana, conduzida por Franco Basaglia e que teve grande influência no Brasil. Em nosso país, as denúncias de maus tratos contra internos em hospitais psiquiátricos, no final dos anos 1970, resultou na aprovação da Lei 10.216, em 2001, mais conhecida como a "Lei da Reforma Psiquiátrica" que regulamenta, entre outras coisas, a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, entre eles o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, que buscam também a promoção da reabilitação psicossocial dos usuários. A literatura aponta para a importância da equipe de técnicos de referência que fariam a mediação do usuário com relação ao seu sintoma, a sua família e o mundo. Sobre a reabilitação psicossocial, a literatura mundial é vasta, contudo existem poucos trabalhos brasileiros e, em Pernambuco, apenas uma dissertação de Mestrado. Sendo assim, resolvemos investigar o "olhar" de uma equipe de técnicos de referência de um CAPS acerca de seus discursos e práticas sobre o processo de reabilitação psicossocial. Para tal procedemos a observações da rotina de um CAPS II, realizamos um grupo focal com seis dos quatorze técnicos de referência do serviço substitutivo e entrevistamos dois dos participantes do grupo focal. O material coletado possibilitou a construção de três Núcleos de Significação. Sendo assim, para os técnicos de referência participantes da pesquisa, a reabilitação psicossocial é um processo que não pode independer da sociedade mais ampla que precisa mudar a sua visão acerca da loucura e dos loucos, já que a estigmatização é um empecilho na promoção da mesma. E, apesar de não haver nenhum programa institucional de formação continuada destes profissionais percebemos uma consonância entre os seus discursos e práticas, já que eles parecem funcionar em equipe e promoverem a reabilitação psicossocial do usuário através das vias da família e das possibilidades empregatícias, educacionais e de lazer que existem no território no qual se encontra o serviço substitutivo.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial, Técnicos de Referência, Reforma Psiquiátrica, Psicologia Sócio-Histórica.

ABSTRACT

Our main goal with this research was to investigate the psychosocial rehabilitation process considering the reference technician´s speech and practice of a service that can replace a psychiatric hospital, which is the case of a psicosocial attention center, at the Recife Metropolitan Area. Our theorical reference is Social-Historical Psychology which demands a deep understanding of the phenomenon, in our case the psychosocial rehabilitation process related to mental health, by the comprehension of its historical development. Therefore, we started with a historical review of the changes of madness care, since the creation of the first psychiatric hospitals, during the Renaissance, and the medical vision of mental disease, during the XVIII century, and the elaboration of psychiatric hospitals as the ideal places for curing it, until the firsts movements which denunciated the terrible conditions in such places and elaborated new proposals of care for mental health, such as the Italian Psychiatric Reform, led by Franco Basaglia, which was very important for Brazilian moviments to create new ways to deal with madness. In our country, the psychiatric reform started with claims of violence against inmates in psychiatric hospitals, during the late 1970's, and resulted in the Law 10.216, on 2001, a.k.a. the "Psychiatric Reform Legislation", which also demands the creation of replacement services of psychiatric hospitals, among them, the psychosocial attention center. Those places promote the psychosocial rehabilitation of their users. Reviewd Literature shows that reference technicians are very important, that can be explained by the fact that groups of reference technicians would do the mediation between the users of the substitutive service, their symptons, their relations with their families and the society. There are many researches about psychosocial rehabilitation in the world, but there are few Brazilian works about this subject. In Pernambuco, there is only one Master Degree work about psychosocial rehabilitation. Considering all this, we decided to investigate how a group of reference technicians from a psychosocial attention center understands the process of psychosocial rehabilitation, considering their speech and pratices to promote it. In order to do so, we observed the routine of a type II psychosocial attention center, we had one focal group with six of the fourteen reference technicians from this institution, and we did interviews with two of the six members from the focal group. After many readings and re-readings of this material we were able to constitute three Meaning Cores. We can conclude that to the reference technicians from our research, the psychosocial rehabilitation is a process that depends on the society, in other words our vision concerning madness must change in order to stop the stigmatization, which is an obstacle on the psychosocial rehabilitation promotion. And despite the fact that those reference technicians don't have a program of continued professional formation, their speech and pratices do seem to be consonate, because they work as a group and promote the users's psychosocial rehabilitation through their families, possibilities of jobs, education and leisure that can be found at the psychosocial attention territory.

KEY-WORDS: Psychosocial Rehabilitation, Psychosocial Attention Center, Reference Technicians, Psychiatric Reform, Social-Historical Psychology.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo amor, carinho, compreensão e apoio em todos os momentos de minha vida.

A meus amigos. Vocês tornam a minha vida mais alegre.

À Gabriela Figueiredo Leite e Ana Paula Santos por me escutarem durante intermináveis horas de reclamações sobre prazos e coisas a fazer. E por celebrarem comigo as minhas vitórias.

A Tiago Valença, que me conhece há "milênios" e que me "escuta", via msn, há anos.

À minha querida amiga Bartira Wanderley, por ter sido a primeira a me contar sobre o novo Programa de Pós-graduação em Psicologia e por ter me incentivado a tentar a minha aprovação nele. Bartira, nunca vou esquecer daquela mensagem de celular que você enviou!

À melhor surpresa do Mestrado: Anna Katarina Barbosa, Azenildo Santos, Sandra Farias, Vera Neto, Ticiana Lopes, Lidiane de Oliveira, Christiane Delusia e Anna Renata Lemos. Vocês são o meu "Conselho Jedi".

À minha orientadora Dra. Jaileila de Araújo pela paciência, apoio, encorajamento, cumplicidade e disponibilidade. *Spasibo*.

Aos professores doutores Aécio Matos e Pedro de Oliveira pela acolhida e dicas preciosas durante a qualificação.

Ao meu amigo Guilherme Groschke (*In memoriam*). Saudades.

À professora Rubenilda Maria Rosinha Barbosa, ou apenas Rosinha, pelo encorajamento e ajuda. Muito obrigada.

À Alda Araújo, Bruno Chaves de Freitas e Letícia Carneiro do Espírito Santo pela paciência, apoio e conversas animadas na secretaria.

À Wedna Galindo, pela disponibilidade e ótimas idéias. Muito obrigada.

A todos os funcionários e usuários do Centro de Atenção Psicossocial II onde foi realizada a pesquisa. Muito obrigada!

À Maria Nícia, Tathyane Gleice, Edélvio Leandro e Gustavo Barros, por me permitirem utilizar uma de nossas pesquisas da graduação como ponto de partida para o Mestrado. *Spasibo*.

E novamente a Gustavo Barros, por ter ajudado na realização do grupo focal. *Spasibo*.

À Professora Doutora Cilene Rejane pela acolhida no momento tenso e de descobertas do estágio docência.

À CAPES - Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -, que financiou a pesquisa relatada nesta dissertação através de uma "bolsa" durante o Mestrado.

À cidade de Buenos Aires, Argentina, por ter feito com que eu compreendesse a vida com novos "olhos": entre taças de vinho tinto, alfajôres, as palavras de Alan Pauls e shows de tango em "El Caminito" eu finalmente encontrei o que procurava. *Gracias*.

A Lev Semyonovich Vygotsky e seus trabalhos. Eles sempre serão uma fonte de inspiração. *Spasibo*.

À Sétima Arte e Damien Rice por encherem a minha vida de poesia.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação, apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre no Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, tem como objetivo investigar os contornos que o processo de reabilitação psicossocial vem tomando em um serviço substitutivo aos manicômios considerando as acepções e práticas de atendimento dos membros de uma equipe de técnicos de referência que atuam em um centro de atenção psicossocial e proceder a uma análise da interferência de tais acepções sobre suas práticas e ações de atendimento.

O percurso até este tema foi longo, já que começou em 2001, durante o curso de Graduação em Psicologia, na Universidade Federal de Pernambuco, quando fui apresentada, em algumas disciplinas, à questão do tratamento oferecido às pessoas com diagnóstico de doentes mentais. Na época, entrei em contato com os trabalhos do sociólogo canadense Erving Goffman (1922 – 1982), concomitantemente com visitas realizadas ao maior hospital psiquiátrico da cidade do Recife, como parte de outras disciplinas.

Goffman, de 1955 a 1956, fez uma pesquisa de campo nas enfermarias de um hospital psiquiátrico norte-americano, que contava com 7000 internos. Deste trabalho resultaram livros como "Manicômios, prisões e conventos" (1961) e "Estigma" (1963).

É importante frisar que entre a realização do trabalho para a disciplina da graduação, em 2001, e a seleção do Mestrado, em 2005, houve a aprovação do Projeto de Lei número 10.216 (anexo I) que, entre outras coisas, prevê a desativação gradativa dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos para oferecer tratamentos na área de saúde mental.

Tendo-me "impregnado" com essas informações e com as discussões e questionamentos levantados durante as aulas na disciplina Seminários de Dissertação, ministrada pelo Professor Doutor Benedito Medrado, além das reuniões de orientação com a Professora Doutora Jaileila de Araújo, pensei em mudar o projeto, para poder abarcar esta nova realidade surgida com o "desmantelamento" dos manicômios e a criação de serviços substitutivos.

Decidi, então, investigar o processo de reabilitação psicossocial junto à equipe de profissionais em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, especificamente os centros de atenção psicossocial (CAPS).

A opção pelo CAPS deu-se porque este é o serviço de atendimento em saúde mental que possui o maior número de unidades criadas e em funcionamento em todo o Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br). E a escolha pela reabilitação psicossocial foi ocasionada por ela ser um dos "pilares" da reforma psiquiátrica, em oposição à institucionalização em hospitais psiquiátricas, anteriormente tida como o paradigma de atendimento aos doentes mentais. Como afirmou Hirdes (2001, p. 18):

> (...) apesar de ser possível separar conceitualmente na teoria – institucionalização/ desinstitucionalização/ reabilitação psicossocial, na prática o conhecimento destes três conceitos não pode aparecer dissociado.

Com o objetivo elaborado, foi o momento de refletir sobre os procedimentos que deveriam ser empregados para a coleta de dados. Desde o início esta pesquisa se configurou com uma metodologia qualitativa, ou seja, focada muito mais em uma exploração ampla e leitura aprofundada dos dados do que em um número muito grande deles. E, durante o momento da qualificação do projeto de pesquisa ressaltou-se que, de fato, ela se constitui em um estudo de caso de uma equipe de profissionais que trabalham em um centro de atenção psicossocial.

Assim, foram realizadas observações em um CAPS e, posteriormente, um grupo focal com parte da equipe, para investigar mais a fundo como este grupo concebia, entendia, questionava, e praticava a reabilitação psicossocial enquanto funcionários em um serviço substitutivo aos manicômios. Por fim, dos seis técnicos de referência participantes do grupo focal, dois foram voluntários para serem entrevistados, porque houve a necessidade de aprofundar algumas questões.

Com estes dados coletados procedeu-se à criação dos núcleos de significação, que é uma proposta advinda da Psicologia Sócio-Histórica, nosso referencial teórico, para a organização e análise dos dados.

Para compreender a reabilitação psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira tivemos, ainda, que entender como a loucura se tornou um objeto de estudo e de práticas da medicina. Assim, segundo Castel (1991) temos, a partir da Revolução Francesa (Século XVIII), a loucura como domínio da medicina e os hospitais

psiquiátricos como os locais de tratamento desta enfermidade. Acreditava-se, então, que o isolamento e o afastamento dos loucos da sociedade mais ampla em instituições nas quais todas as atividades seriam regulamentadas pelos profissionais competentes, além da administração de remédios, constituíam-se como a terapêutica possível e recomendável para aqueles tidos como doentes mentais.

Nas visitas que realizei ao maior manicômio da cidade do Recife foi possível verificar a estrutura física de instituição total, que é a dos hospitais psiquiátricos, como os muros altos, as grades trancadas com cadeados, os alojamentos conjuntos. Também verifiquei o estado nos quais os internos se encontravam, usando roupas sujas, geralmente muito velhas, alguns possuíam as cabeças raspadas e quase todos estavam no manicômio há mais de dois anos e não recebiam visitas de familiares e amigos. Eles não tinham controle de seus horários nem de sua apresentação física, pois não podiam impedir que fossem vistos nestas situações degradantes. Em alguns casos considerados mais graves pela equipe de profissionais, os pacientes encontravam-se despidos e em "quartos" trancados com barras de ferro e cadeados.

Um bom exemplo de representação artística cinematográfica da situação dos pacientes em hospitais psiquiátricos brasileiros pode ser encontrado no filme BICHO DE SETE CABEÇAS, de 2001, dirigido por Laís Bodanzky. O mais impressionante é que o filme foi feito a partir do livro que conta o relato de Austregésilo Carrano, um ex-interno de tais instituições, e é incrivelmente semelhante com o que verifiquei em visitas a estes hospitais, em disciplinas durante o Curso de Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

O autor do livro foi internado em hospitais psiquiátricos durante a adolescência porque seus pais encontraram um cigarro de maconha em sua mochila. Assim, uma instituição inicialmente criada para o cuidado de doenças mentais acabou por servir como um regulador social da normalidade, tornando-se "depósito" para todos aqueles tidos como anormais.

Contudo, após o fim da Segunda Guerra Mundial começaram a surgir questionamentos e novas práticas para o tratamento em saúde mental que desafiavam este modelo hospitalar como única forma terapêutica possível.

Temos, assim, o surgimento da Psicologia Comunitária na Inglaterra e da Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, por exemplo. Mas foi na Itália, com Franco Basaglia e o movimento de negação dos hospitais psiquiátricos que foi elaborada a

proposta do “desmantelamento” dos hospitais psiquiátricos, já que estes não seriam locais de tratamento e sim de depósito de pessoas tidas como “desviantes”.

Este modelo de reforma psiquiátrica foi o que chegou ao Brasil com mais força já que, assim como na Itália, a luta por novas formas de atendimento em saúde mental pautavam-se na recuperação da cidadania dos loucos e na criação de serviços substitutivos não excludentes e não estigmatizantes. Certamente, a influência provocada pelas vindas do próprio Basaglia e de seus seguidores ao Brasil, a partir dos meados dos anos 1970, para congressos e conferências deve ser um fator levado em consideração para esta similaridade de questionamentos e elaborações das formas de atendimento a loucura nos dois países.

Assim, o movimento que foi inicialmente liderado pelos trabalhadores em saúde mental culminou com a aprovação da Lei Anti-Manicomial (anexo I), que regulamenta, entre outras ações, o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos aos mesmos. Alguns destes serviços são os já mencionados centros de atenção psicossocial.

Interessante perceber, após a leitura da legislação brasileira que trata do atendimento em saúde mental, a ênfase na questão da reabilitação psicossocial como uma prática voltada para as pessoas que passaram por internações em hospitais psiquiátricos. Mas, lá não está especificado o que ela seria e como poderia ser promovida pelos profissionais e os serviços substitutivos. Ou seja, o que é a reabilitação psicossocial? Essa indefinição gerou nossa preocupação com os profissionais em saúde mental que devem colocar em prática um modelo de atendimento que não está especificado.

Chegamos, então, ao papel importante desempenhado pelo levantamento bibliográfico não apenas na constituição do nosso tema e objetivos de pesquisa, mais também na problematização da reabilitação psicossocial.

O levantamento guiou a constituição da pesquisa através do caminho realizado pelo conceito de desinstitucionalização aplicado ao atendimento em saúde mental, levando até a reabilitação psicossocial dos indivíduos usuários dos serviços substitutivos aos manicômios em saúde mental e as equipes de profissionais que trabalham juntas a eles.

A bibliografia nacional sobre o tema é muito pequena. Basicamente encontrei dois livros, um de 1996, organizado por Ana Pitta que é uma coletânea de mesas-redondas do I Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial, realizado em junho de

1995 na Universidade de São Paulo. O segundo é um relato da experiência prático-teórica de Alice Hirdes enquanto trabalhadora em um centro comunitário de saúde mental, em São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul. Este livro é de 2001.

Ainda encontrei uma dissertação de mestrado, realizada na cidade do Rio de Janeiro acerca da reabilitação psicossocial no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial, além de alguns artigos sobre o tema.

Com relação às pesquisas realizadas no Estado de Pernambuco fizemos uma busca na base de dados da Biblioteca de Teses e Dissertações da Universidade Federal de Pernambuco e encontramos uma dissertação de mestrado sobre os serviços de residência terapêutica e sua proposta de reabilitação psicossocial (Fonseca, 2006) e uma tese de doutorado sobre a reinserção de pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho (Frazão, 2007).

Já no âmbito internacional existe uma página da internet (www.psychosocial.com) que reúne artigos de autores espalhados por diversos países, inclusive das duas brasileiras acima citadas, que trabalham com a reabilitação psicossocial. Os textos são publicados em inglês.

Logo, um dos motivos que também nos fizeram decidir em investigar o processo de reabilitação psicossocial e as práticas e ações de atendimento das equipes de técnicos de referência dos serviços substitutivos aos manicômios que atuam enquanto profissionais em saúde mental foi esta escassez de pesquisas brasileiras e especificamente pernambucanas.

Basicamente existem duas vertentes que agrupam concepções de reabilitação psicossocial. A primeira, influenciada pela psicologia e psiquiatria norte-americanas e inglesas, tem uma visão mais funcionalista, "ortopédica", do que viria a ser este processo. Já a visão advinda dos pressupostos da reforma psiquiátrica italiana, entende como uma recuperação da cidadania negada aos loucos.

Nas pesquisas brasileiras parece haver uma confluência destas duas visões de reabilitação psicossocial, ou seja, acredita-se que ela tenha esta função de fazer com que o indivíduo volte à sociedade, reabilitado psíquica e socialmente, mas isto só se daria quando nos tornássemos capazes de lidar com as diferenças e de não excluir aqueles que nos parecem estranhos, desviantes, loucos.

Desta forma, a pesquisa relatada nesta dissertação teve como objetivo geral investigar o processo de reabilitação psicossocial considerando o discurso e a prática de técnicos de referência de um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, no caso um

centro de atenção psicossocial – CAPS em um município da Região Metropolitana de Recife.

E nossos objetivos específicos foram a investigação das acepções de reabilitação psicossocial de uma equipe de técnicos de referência de um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos; a análise das práticas de atendimento/atenção empregadas pelos profissionais do centro de atenção psicossocial no sentido de atuarem de acordo com este novo paradigma de atendimento em saúde mental, advindo da reforma psiquiátrica brasileira, e sua legislação regulamentadora. Além de verificar o ajustamento/coerência entre acepções e práticas dos profissionais quanto ao trabalho de reabilitação psicossocial dos usuários do centro de atenção psicossocial.

Ao ir a campo, tive a certeza de que a mudança de tema foi acertada, já que encontrei um centro de atenção psicossocial no início de sua história, mas questionando cada passo em busca de uma humanização no atendimento em saúde mental. Questionamentos, claro, que também diziam respeito sobre a questão-chave, a reabilitação psicossocial.

A priori, a coleta de dados aconteceria em um CAPS III, mas por problemas de disponibilidade, fui levada para um CAPS II, de um município da área conhecida como Grande Recife. Este serviço substitutivo, quando das observações, passava por uma re-estruturação do atendimento, com o objetivo de oferecer serviços terapêuticos mais condizentes com as necessidades dos usuários, o que discutiremos em mais profundidade no Capítulo 3.

Havia – e há - sérios problemas políticos no município, contudo a equipe de profissionais continuava a buscar um atendimento condizente não apenas com a portaria de saúde mental da prefeitura local (que não será citada aqui para preservar o anonimato do serviço e dos sujeitos da pesquisa) e principalmente com este novo paradigma de atendimento em saúde mental que vem sendo criado com a Reforma Psiquiátrica em nosso país.

Tendo feito esta breve explanação acerca da constituição da pesquisa passaremos agora para a justificação da escolha pela Psicologia Sócio-Histórica como referencial teórico, para, após, revisar como a loucura tornou-se doença mental e os hospitais psiquiátricos os locais onde ela deveria ser tratada.

Só então chegaremos aos movimentos de reforma psiquiátrica pelo mundo, dando ênfase ao italiano e explicitando a constituição do brasileiro. Feito isto teremos

contextualizado o surgimento do nosso objeto de estudo, a reabilitação psicossocial, que será problematizado em seguida.

Definiremos, então, o objetivo geral e os objetivos específicos e no capítulo 3 a metodologia que empregamos na tentativa de alcançá-los. Analisaremos os dados no capítulo 4, e por fim, faremos algumas considerações finais.

1. A PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA

A perspectiva teórica que subsidiou a pesquisa foi a Psicologia Sócio-Histórica, para a qual a produção e reprodução das relações humanas se dão na própria organização material da vida (Rosa, 2003).

Tal escolha teórica permitiu um olhar sobre o objeto de estudo, a reabilitação psicossocial, que leva em conta o desenrolar da mudança do modelo asilar de atendimento às pessoas com diagnósticos de doentes mentais para a criação de serviços substitutivos mais condizentes com as atuais necessidades de atenção psicossocial.

Esta contextualização histórica foi extremamente importante porque, como veremos em mais detalhes, o surgimento da reabilitação psicossocial se deu com os movimentos de reforma psiquiátrica. Ou seja, seria impossível compreender o nosso objeto de estudo como um processo distanciado de um contexto sócio-histórico-cultural de atendimento em saúde mental, no caso a construção de novas formas de atenção à loucura que são substitutivas ao modelo hospitalar/manicomial.

O Surgimento da Psicologia Sócio-Histórica

A Psicologia Sócio-Histórica foi constituída com base nos trabalhos de Vygotsky (1896 – 1934), Leontiev (1903 – 1979) e Luria (1902 – 1977). Estes pesquisadores russos tinham a intenção de analisar os conhecimentos em psicologia através da filosofia materialista dialética de Karl Marx (1818 – 1883) e Friedrich Engels (1820 – 1895) (Bock, Gonçalves & Furtado, 2001).

Contudo, antes de discutirmos de forma mais aprofundada os pressupostos epistemológicos adotados por estes três pesquisadores russos em seus trabalhos temos que compreender como a Psicologia surgiu enquanto Ciência e em que momento se encontra a emergência da Psicologia Sócio-Histórica.

O ambiente cultural e intelectual (*Zeitgeist*) no qual surgiram as Ciências Humanas, fundadas por Auguste Comte (1798 – 1857), foi aquele que tinha por objetivo criar um conhecimento científico do homem, já que os antigos conjuntos de idéias não se aplicavam à nova ordem capitalista recentemente surgida. Havia, assim, a necessidade de alguém dizer qual era o homem desta nova sociedade. E deveria ser um

conhecimento científico porque naquele momento histórico e cultural este era o único considerado válido (Chaui, 1999).

Por isto, a Filosofia perdeu a sua força, já que ela era tida como um conhecimento especulativo acerca da essência humana. Naquela época, o que menos se precisavam eram de especulações sobre o homem e o seu comportamento, porque as informações almejadas seriam as que possuíssem a precisão científica.

Mesmo com a perca da validade da Filosofia para explicar o homem, historicamente pode-se dizer que a Psicologia seja uma conseqüência dela. Contudo, a primeira tentaria entender o homem em sua essência enquanto que a segunda prender-se-ia aos fatos observáveis (Schultz & Schultz, 2006).

A emergência da Psicologia ocorreu, então, neste berço cultural banhado pelo positivismo "comteano", que fazia uso do empirismo inglês. Assim, qualquer ciência pautada pelo pensamento positivista deveria analisar os dados observáveis, que seriam compreendidos através da racionalidade humana e que representariam um funcionamento regular do mundo.

Uma das conseqüências ao se adotar o método positivista na Psicologia era uma naturalização do fenômeno psicológico, ou seja, a transformação de um processo histórico em algo natural, pertencente à chamada Natureza Humana. Assim, os fenômenos humanos e sociais acabaram por serem pesquisados partindo-se do pressuposto de que eles seriam regulados por leis naturais que independeriam da ação humana (Bock *in* Bock, Gonçalves & Furtado, 2001).

Já que o objetivo de Comte era construir o campo das Ciências Humanas como reflexo das Ciências Naturais, a Psicologia acabou por tornar-se uma Ciência Humana Experimental em seus primórdios. Ciência Humana porque visava analisar e compreender o indivíduo, e Experimental porque os seres humanos eram os objetos de experiências nos famosos laboratórios de psicofísica.

A fundação oficial da Psicologia como disciplina acadêmica formal se deu com Wilhelm Wundt (1832 – 1920), que instalou o primeiro laboratório e lançou a primeira revista especializada sobre o assunto, em 1873. Os assuntos de interesse dele eram a sensação e a percepção, a atenção e o sentimento, reação e a associação. A importância do trabalho de Wundt foi tão grande que muitas das propostas teóricas posteriores foram contestações ao seu ponto de vista da Psicologia, o que só reforça a sua importância histórica (Schultz & Schultz, 2006).

Desde o seu início e até os nossos dias, a Psicologia é uma ciência plural no que concerne aos seus métodos e objetos de estudo. Cada escola, ou sistema, disputa entre si para ser considerada como a verdadeira Psicologia, a legítima Ciência Psicológica.

Foi então neste universo dominado pelo Positivismo como uma forma de validar a Psicologia enquanto Ciência que surgiram os trabalhos dos três autores russos citados acima. Eles buscavam realizar uma mudança paradigmática nesta ciência ao introduzirem o conceito de cultura (Pino, 2005).

Etimologicamente, a palavra cultura vem do latim *cultura* que é derivada do verbo *colere*, que significa "trabalhar a terra". Ou seja, é uma palavra cuja origem remete à produção humana.

Para o sociólogo norte-americano Talcott Parsons (1902 – 1979), a cultura teria três aspectos fundamentais: ela seria transmitida, já que é uma herança de um grupo social; ela seria aprendida, porque não faria parte da nossa constituição genética; além de ser compartilhada, porque seria um fenômeno social. Desta forma, a cultura poderia ser compreendida como um produto e uma determinante das interações sociais humanas.

Interessante que, atualmente, o conceito de cultura está associado à Antropologia e não há uma definição ou unanimidade acerca do que ele seja. Isto se deve ao fato de que: "O entendimento da natureza da cultura e da sua significação na compreensão do ser *humano* do homem parece continuar sendo a pedra angular da produção antropológica" (*op cit*, p.17).

Vygotsky em seus trabalhos nunca deu uma definição do que seria cultura, apesar de entendê-la como o produto da vida social e da atividade social das pessoas. Ou seja, para ele a cultura seria uma produção humana, e seria o conjunto das obras humanas, havendo, assim, uma diferenciação entre a cultura e a natureza, sem que uma deixe de interferir na outra, já que o homem seria um ser biológico e também um agente de sua transformação.

> Dessa forma, Vygotsky recoloca o debate filosófico da passagem do "estado de natureza" ao "estado de sociedade" em termos da passagem do plano biológico para o plano da Cultura (Pino, 2005, p. 20).

Assim, a cultura englobaria uma multiplicidade de aspectos e todos seriam obras humanas portadoras de alguma significação para o grupo social, desde um quadro

pintado por Van Gogh a uma forma de atendimento à loucura, por exemplo. E, mais, não se poderia fazer a Ciência Psicologia partindo do pressuposto de que comportamentos e reações seriam naturais, apenas de origem biológica, agora havia a necessidade de se levar em conta a cultura.

Fundamentos Epistemológicos da Psicologia Sócio-Histórica

O projeto científico da Psicologia Sócio-Histórica foi edificado sobre a influência de duas correntes de pensamento conflitantes. A primeira é o materialismo dialético. Mas, Vygotsky, influenciado pelo ambiente intelectual e cultural da época, também se apropriou do evolucionismo darwiniano, mais do que quaisquer outros conhecimentos científicos existentes até então. Uma das explicações para esta escolha foi o momento revolucionário pelo qual a Rússia passava, saindo de um sistema de poder monárquico dos czares para algo que era tido como evolução, um partido e governantes comunistas.

A Teoria Evolucionista elaborada pelo inglês Charles Darwin (1809 – 1882) propunha que apenas os elementos mais aptos de uma espécie sobrevivem e dão origem a outros ainda mais adaptados ao ambiente. Assim, o homem não seria uma criação especial, da natureza ou de Deus, e sim o resultado de milhares de anos de evolução dos indivíduos mais adaptados.

Segundo Freire (2006), na ciência em geral, as idéias de Darwin resultaram em um interesse em estudar a origem e a evolução genética e filogenética do homem. Especificamente na Psicologia, o evolucionismo mudou o foco das pesquisas do homem em si, como acontecia nos laboratórios de psicofísica, para considerá-lo de forma mais ampla e em relação à sua história e ao seu ambiente.

Já com relação ao materialismo dialético, um dos pressupostos básicos é de que a natureza, a história e o espírito se concatenam em um constante processo, mesmo quando a aparência é de que são estáticos. Assim, estes três aspectos estão sempre em movimento, mudança e transformação:

> Por isso, nessa filosofia, a verdade científica nunca é entendida como uma espécie de coleção de teses fixas que, uma vez descobertas, basta armazenar por algum meio. A verdade consiste no próprio processo do conhecimento que se dá através de um desenvolvimento histórico, que vai do inferior ao superior, mas sem alcançar, contudo,

> um nível absoluto sobre o qual não se possa continuar avançando. (Teixeira, 2005, p. 26).

Um outro pressuposto seria de que a filosofia materialista-dialética opera em categorias que traduziriam momentos específicos do processo de desenvolvimento da humanidade, tais como nas relações de reciprocidade entre as categorias lógico e histórico, por exemplo.

Escolhemos estas duas categorias para exemplificar porque a compreensão das relações entre elas é fundamental para o materialismo dialético aplicado à Psicologia, já que o histórico diria respeito aos processos de mudança de um objeto desde o seu surgimento até atualmente, que seria considerado o seu estado mais desenvolvido. O lógico seria o processo através do qual o nosso pensamento desvelaria este processo de desenvolvimento do objeto. E só o pensamento seria capaz de explicitar a realidade e isto se daria através do abstrato.

Desta forma, o processo de construção do pensamento começaria pelo empírico (real concreto), passaria pela análise (abstrato) e chegaria ao concreto. Aqui, concreto não deve ser entendido como algo tangível, como uma coisa, mais sim como um conhecimento mais aprofundado dos fenômenos da realidade (Teixeira, 2005).

Tendo explicitado as duas bases epistemológicas nas quais foram construídas as propostas da Psicologia Sócio-Histórica podemos afirmar que:

> O grande desafio era conciliar um organismo detentor de uma carga filogenética, própria da espécie humana e aprimorada ao longo da evolução da espécie, com um indivíduo também formado por relações históricas, culturais e sociais. Em Vygotsky, essa tensão resultou numa formulação que abarca diferentes níveis de desenvolvimento: o filogenético, o histórico, o ontogenético e o microgenético. O desenvolvimento humano estaria, assim, marcado por múltiplas dimensões temporais, desde o longo período referente à evolução da espécie (filogênese) até intervalos muito curtos da influência das ações de um único indivíduo no mundo material e social do aqui-e-agora (microgênese) (Hazin & Meira, 2004, p. 47-48).

A questão central, então, é a compreensão do fenômeno psicológico como inexoravelmente ligado a um meio sócio-cultural a partir de uma relação dialética, ou seja, o indivíduo forma e transforma a sociedade bem como é constituído e modificado pela mesma. E, partindo desta compreensão do fenômeno psicológico, temos uma concepção de homem como um sujeito histórico (Bock, Gonçalves & Furtado, 2001).

Pressupostos Teóricos e Metodológicos da Psicologia Sócio-Histórica

Teríamos, então, como noções básicas para a pesquisa pautada na Psicologia Sócio-Histórica a historicidade e a cultura de uma determinada sociedade na qual se desenrola o fenômeno estudado, tendo como prerrogativas buscar entender esse objeto de estudo em sua totalidade (social, histórica, cultural), além de acompanhar o movimento e a transformação contínua dos fenômenos e compreender que as mudanças pelas quais eles passam é qualitativa e ocorre através do acúmulo de elementos qualitativos, que são contraditórios e se revelam e se constituem enquanto tal na relação com o mundo, o que os levam a se transformarem (Bock *in* Bock, Gonçalves & Furtado, 2001).

Uma observação precisa ser feita sobre o papel da linguagem para a Psicologia Sócio-Histórica, o que justificará a nossa escolha de técnicas de coletas de dados (observações, grupo focal e entrevistas) e a nossa opção pelos Núcleos de Significação para a análise dos dados.

Em sua obra mais famosa, o livro "Pensamento e Linguagem" (2003), que foi publicado postumamente em 1934, Vygotsky tinha por objetivo compreender a inter-relação entre o pensamento e a palavra para responder às perguntas acerca das relações interfuncionais da psicologia. Assim, ele partiu do princípio de que a unidade do pensamento verbal a ser estudada deveria ser o significado da palavra porque seria nele que o pensamento e a fala se uniriam em pensamento verbal.

> (...) A função primordial da fala é a comunicação, o intercâmbio social. Quando o estudo da linguagem se baseava na análise em elementos, também essa função foi dissociada da função intelectual da fala. O fato de que o entendimento entre as mentes é impossível sem alguma expressão mediadora, é um axioma da psicologia científica. Na ausência de um sistema de signos, lingüísticos ou não, somente o tipo de comunicação mais primitivo e limitado torna-se possível. (Vygotsky, 2003, p. 6-7).

Vygotsky considerava este sistema como um foco secundário de seus estudos, já que a concepção do significado da palavra como uma unidade tanto do pensamento generalizante quanto do intercâmbio social seria de valor inestimável para o estudo do pensamento e da linguagem.

Com relação às raízes genéticas do pensamento e da linguagem, Vygotsky afirmou que o fato mais importante seria que a relação entre ambos passaria por diversas mudanças, ou seja, o progresso da fala não seria paralelo ao progresso do pensamento. O que indicaria que as curvas de crescimento de ambos cruzar-se-iam muitas vezes, podendo inclusive, fundirem-se por algum tempo, mas sempre voltando a se separarem. Isso seria aplicável tanto para a filogenia, quanto para a ontogenia.

É importante o destaque ao fato de que o desenvolvimento do pensamento é determinado pela linguagem, ou seja, pelos instrumentos lingüísticos do pensamento e pela experiência sócio-cultural do indivíduo. Assim, é possível afirmar que o desenvolvimento intelectual dependeria de seu domínio dos meios sociais do pensamento (a linguagem).

Vygotsky ainda introduziu um novo conceito extremamente importante: a zona de desenvolvimento proximal, ou simplesmente a ZDP. Ela seria a discrepância entre a idade mental real de uma criança e o nível que ela atinge ao resolver problemas com o auxílio de outra pessoa:

> O que a criança é capaz de fazer hoje em cooperação, será capaz de fazer sozinha amanhã. Portanto, o único tipo positivo de aprendizado é aquele que caminha à frente de seu desenvolvimento, servindo-lhe de guia; deve voltar-se não tanto para as funções já maduras, mas principalmente para as funções em amadurecimento (*op cit*, p. 129-130).

Assim, em seu caminho para compreender a relação entre o pensamento e a linguagem, Vygotsky acabou por dar-nos uma teoria bem fundamentada acerca do desenvolvimento intelectual.

E, nos perguntamos nesta dissertação se a ZDP seria apenas para a resolução de problemas tidos como intelectuais, já que para Hazin & Meira (2004), com o desenvolvimento deste conceito, ela também poderia ser compreendida como Mediação Semiótica e a ênfase recairia sobre os aspectos simbólicos e discursivos que perpassam as atividades do indivíduo, considerando sua dimensão interacional, mas evoluindo para uma concepção dialógica do desenvolvimento, que se afastaria definitivamente da avaliação de desempenho característica da primeira fase. As ZDPs seriam, desta forma, espaços discursivos, nos quais formas específicas de suporte social, cultural e histórico permitiriam a co-construção de funções mentais futuras com base em formas presentes de discurso:

> ZDPs são espaços simbólicos, no sentido em que são constituídos através da linguagem e do discurso. Sua emergência depende essencialmente da produção discursiva em contextos dialógicos aí incluídos o diálogo em cenários face-a-face e alguns tipos de atividade discursiva 'solitária', tais como algumas modalidades de brincadeira infantil (*op cit*, p.56).

Esta compreensão acerca da zona de desenvolvimento proximal será de extrema importância quando da análise dos dados de nossa pesquisa porque cremos na existência de uma possível "ZDP afetiva", que seria estimulada e colocada em prática nos grupos terapêuticos do centro de atenção psicossocial estudado.

Com relação aos Núcleos de Significação como proposta para a análise dos dados de uma pesquisa pautada nos pressupostos da Psicologia Sócio-Histórica temos que considerar que o sentido de uma fala é muito mais amplo do que o significado de uma palavra. Ou seja, o sentido é uma articulação de eventos psicológicos de um sujeito frente a uma dada realidade. O significado de uma palavra evocaria, então, uma espécie de dicionarização da mesma. Por outro lado, o sentido de uma palavra seria inesgotável e, mais, ele diria respeito às necessidades que mobilizam o sujeito, talvez ainda nem realizadas, além de serem constituintes dele e de gerarem formas de colocá-lo diante de uma realidade. Vygotsky dizia que o sentido subverte o significado de uma palavra, porque ele depende da vivência do sujeito em diálogo com um contexto (Aguiar & Ozella, 2006).

Assim, os Núcleos de Significação são uma forma de organizar e analisar os dados de uma pesquisa levando em conta, primeiramente, a palavra com significado, ainda quando do momento empírico de coleta de dados. Geralmente estes dados são de natureza qualitativa e obtidos através de entrevistas, questionários, grupos focais, histórias de vida, etc, ou seja, de técnicas que enfatizam uma busca pelo acesso aos significados e sentidos de um determinado assunto por parte de um grupo de pessoas (*op cit*).

Após a coleta de dados e a transcrição dos mesmos devem ser realizadas diversas leituras, para que possa ocorrer uma familiarização e, em seguida, uma apropriação dos mesmos pelos pesquisadores. Com estas leituras somos capazes de destacar e organizar pré-indicadores dos núcleos de significação. Os pré-indicadores são temas diversos que conseguimos depreender dos dados por considerá-los importantes para atingirmos os nossos objetivos com a pesquisa. Eles geralmente são os temas mais abordados ou que seriam importantes, mas que não foram mencionados pelos sujeitos,

são também assuntos que possuem uma carga emocional grande e que, desta forma, mobilizam os sujeitos e os pesquisadores. Neste momento de familiarização há um grande número destes pré-indicadores.

Mas, quando da etapa de aglutinação deles para a criação de indicadores, dar-se-á ênfase aos mais importantes para os objetivos da investigação, como já mencionamos. A aglutinação ocorre através da junção de temas similares, complementares ou contrários e o que precisamos sempre buscar é compreender os indicadores com os seus conteúdos. Por exemplo, a reabilitação psicossocial pode possuir significados diferentes em condições diversas: para um grupo de usuários de um CAPS ela pode se configurar em um processo de inclusão social, mas para um grupo de internos por longos períodos em hospitais psiquiátricos ela pode ser uma forma deles saírem destas instituições.

Após este momento de criação dos indicadores e seus conteúdos partimos para uma busca de articulação entre eles. Esta articulação resultará na constituição dos núcleos de significação, que geralmente são em um número reduzido, e sua nomeação. O número reduzido de núcleos é para que não ocorra uma diluição dos assuntos discutidos e uma volta aos indicadores. Aguiar & Ozella (2006) sugerem que os nomes dos núcleos de significação sejam frases pequenas extraídas das falas dos sujeitos. Contudo, estes também podem ser termos que expressem o que será analisado naquele núcleo de significação.

Para estes autores, a constituição dos núcleos de significação já é parte do processo de análise dos dados através da interpretação quando da articulação nos núcleos de significação dos indicadores e seus conteúdos. Estes núcleos de significação devem ser representativos dos pontos centrais e fundamentais levantados pelos sujeitos e que digam respeito ao objeto de estudo da pesquisa.

A análise ocorre com os temas intra-núcleos e, posteriormente, entre os núcleos de significação construídos na pesquisa em uma tentativa de apreender semelhanças e/ou contradições que revelem a posição do sujeito frente a uma dada realidade. Assim, partimos do empírico, dos dados levantados em uma pesquisa, para o interpretativo (*op cit*), que acreditamos ser o sentido atribuído pelos sujeitos acerca de nosso objeto de investigação.

Algumas Considerações

Com relação à questão da nomeação Psicologia Sócio-Histórica, muitos autores, como González Rey (*in* Bock, Gonçalves & Furtado, 2001), referem-se a esta teoria como enfoque Histórico-Cultural, já autores norte-americanos utilizam o termo Sócio-Cultural. O que estas três denominações têm em comum é que são utilizadas para tratar a teoria que foi construída com base nos trabalhos de Vygotsky e seus colaboradores e seguidores.

Contudo, escolhemos a denominação Psicologia Sócio-Histórica porque, assim como Bock, Gonçalves & Furtado (*op cit*) acreditamos que o uso do termo cultural, no Brasil, não remeteria a uma tradição marxista, o que era a proposta dos autores russos. Em nosso vasto e rico país, esta é uma palavra muito mais voltada para as peculiaridades da produção cultural de cada região.

No que se refere à produção científica, Lev Semyonovich Vygotsky, Leontiev e Luria vivenciaram uma época conturbada em seu país porque tiveram que enfrentar a Revolução de 1917 e trabalhar sobre o jugo das imposições do Partido Comunista. Vygotsky morreu jovem, em 1934, aos 37 anos, de tuberculose. Mas antes de falecer, ele foi perseguido pelos políticos de sua nação e teve suas obras proibidas de serem publicadas, entre 1936 e 1956. Isso só foi modificado com o processo de "desestalinização" da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas - URSS, promovido por Kruchev, em 1956.

Devido a isso é que só agora, depois do fim do Regime Comunista na Rússia, estamos tendo um acesso mais amplo às obras dele. Muitas, inclusive, aguardam traduções do russo para o inglês, francês e português. Outras ainda estão manuscritas e levarão um tempo maior para chegarem a nossas mãos (Veer & Valsiner, 2001).

Parece inacreditável que um cientista que utilizava uma perspectiva materialista dialética marxista fosse perseguido pelo Partido Comunista. A questão é que, para Vygotsky, a Psicologia Sócio-Histórica não era uma filiação dogmática e ortodoxa ao marxismo. Nem, todavia, essa escolha epistemológica se deu por pressões políticas da época.

Vygotsky, Luria e os outros pesquisadores do grupo realmente achavam que o materialismo dialético era uma metodologia de pesquisa capaz de abarcar a complexidade dos fenômenos psicológicos. A questão é que eles foram extremamente

diretos ao criticarem outros psicólogos que pensavam estar construindo uma psicologia marxista quando, na verdade, estavam apenas utilizando termos típicos. Ou seja, houve uma perseguição acadêmica e, posteriormente, política de Vygotsky e suas obras (Teixeira, 2005).

No Brasil, as obras dos autores da Psicologia Sócio-Histórica chegaram ao universo acadêmico no final da década 1970, com a Psicologia Educacional, como uma tentativa da ciência Psicologia em compreender os indivíduos como seres históricos e sociais (Gonçalves *in* Bock, Gonçalves & Furtado, 2001). Esse foi o momento de redemocratização de nosso país que levantava questões sobre a nossa cultura e sociedade e clamava por teorias críticas da realidade, porque as existentes, baseadas no Positivismo, não conseguiam apreender as mudanças pelas quais o país passava, o que resultava em uma ciência descontextualizada.

Como já dito, o uso deste referencial teórico resulta em não ser possível analisar a reabilitação psicossocial em saúde mental sem levar em consideração a cultura, a sociedade e a história que estão implicados e subjazem este processo.

Desta forma, a reabilitação psicossocial será investigada enquanto campo de atuação dos profissionais técnicos de referência vinculados a serviços substitutivos, possível devido ao contexto sócio-histórico-cultural de atendimento à "loucura" no qual nos encontramos. Já que, segundo Rosa (2003), o serviço seria atravessado e constituído pela realidade social e histórica das pessoas atendidas, de seus familiares, dos funcionários e da sociedade mais ampla da qual fazemos parte.

E, como para o nosso referencial a historicidade dos fenômenos é um pressuposto básico segue-se uma revisão teórica do desenrolar das mudanças de atendimento à "loucura" que culminaram na constituição dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e na reabilitação psicossocial como um dos pilares desta nova forma de se entender a saúde mental.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Como já mostrado no capítulo anterior, a compreensão da historicidade do nosso objeto de pesquisa, a reabilitação psicossocial, é fundamental. E como esta vem se constituindo com os movimentos de reforma psiquiátrica, que questionaram e buscaram a criação de formas alternativas aos hospitais psiquiátricos para o atendimento em saúde mental, começaremos a nossa revisão bibliográfica com o surgimento dos manicômios e a compreensão da loucura como doença mental, pela ciência médica. Para, assim, chegarmos a uma discussão conceitual, teórica e da prática concernente à reabilitação psicossocial.

O Nascimento da Psiquiatria

Antes de seguirmos, é preciso esclarecer a opção de usarmos como sinônimos os termos manicômios e hospitais psiquiátricos. Segundo o dicionário "Aurélio" (1980), a palavra manicômio significa hospital de doidos. A constituição de tais locais remonta ao primeiro grande internamento, que será discutido em breve. Já os hospitais psiquiátricos se constituíram enquanto locais de tratamento para os doentes mentais mais adiante, quando a loucura passou a ser compreendida enquanto doença e os hospitais seriam os locais adequados para tratá-la.

Para Amarante (1995), historicamente manicômio era usado para se referir aos manicômios judiciários, aqueles locais onde ficariam reclusos os criminosos que cometeram crimes por serem loucos. Mas, com o advento da reforma psiquiátrica brasileira, os grupos de trabalhadores em saúde mental, usuários de serviços em saúde mental, seus familiares, amigos e simpatizantes da "causa" passaram a usar o termo manicômio como sinônimo de hospital psiquiátrico para denunciar a inexistência de diferenças entre estes locais de aprisionamento e punição e um hospital psiquiátrico, que deveria ser um espaço terapêutico.

Tendo definido esta opção seguiremos com o nascimento da instituição psiquiátrica para chegarmos ao atual momento brasileiro de atendimento em saúde mental, advindo do movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Optamos por começar

com este momento histórico porque acreditamos que seja impossível compreender a reabilitação psicossocial fora de um contexto de questionamentos e busca de serviços alternativos para o atendimento à loucura. Mas, para isto, temos que tentar entender como esta se tornou doença mental ([*]).

Segundo Amarante (1995), um autor-chave para a compreensão do nascimento das instituições psiquiátricas e o surgimento da Ciência Psiquiatria é o filósofo francês Michel Foucault (1926 – 1984), que em seu livro "A História da Loucura" originalmente publicado em 1972, faz uma revisão histórica e crítica das condições que possibilitaram a constituição de um saber sobre a loucura que a faz submissa à razão, por meio da prática social de internamento dos tidos como loucos e de um discurso produzido a partir da percepção do que seria loucura, mas tomado como interpretação científica deste fenômeno.

Temos, assim, na Idade Clássica, principalmente na Alemanha da primeira metade do século XV, a figura do louco e da loucura errante representada pela "Nau dos Loucos ou dos Insensatos" que zarpava de cidade em cidade, navegando pelos rios, e recolhendo os loucos, que eram expulsos para além dos muros dos burgos.

Mas esta embarcação não chegava a destino nenhum ou, melhor, chegava a todos os destinos, o que resultava em uma permutação de loucos entre as cidades, já que o objetivo era afastá-los, excluí-los da vida social, porque eles seriam perigosos para a segurança dos cidadãos. (Foucault, 2005).

Desta forma, nos primeiros anos do período histórico conhecido como Renascimento, a loucura ocupava o local de exclusão social e moral, que outrora fora da lepra e, agora, compartilhado com as doenças venéreas.

É desta época obras como a peça "Hamlet", de William Shakespeare, encenada a primeira vez em 1602, na qual o jovem príncipe Hamlet, supostamente enlouquecido pelo assassinato de seu pai e o casamento incestuoso (para a época) de sua mãe com seu tio, irmão de seu pai, elabora um plano de vingança que termina em sangue, inclusive o do próprio.

Também do dramaturgo inglês é a peça "Macbeth", encenada pela primeira vez em 1606, na qual a personagem Lady Macbeth, que havia tramado com o marido para tomar o trono da Escócia de seu herdeiro legítimo, oprimida por seus crimes e após confessá-los ao seu médico e suas aias acaba por enlouquecer e se matar. De fato, a fala

---

[*] Optamos, nesta dissertação, utilizar a palavra loucura porque ela politiza o que a sociedade discrimina, caricatura e teme.

do médico da rainha é representativa do que era a loucura para a medicina naquela época: “Esta doença está além de meus conhecimentos...” (Shakespeare, 1995, vol.1, p. 519).

E exemplos como esses pululam das peças do “Bardo”, já que para ele a loucura estaria associada com a morte e o assassinato. Ainda segundo Foucault (2005) estas peças representam uma experiência trágica da loucura, que teve sua origem no século XV, com o entendimento desta como algo que não tem um recurso, porque nada poderia trazer a razão de volta, o que sempre resultaria em desfechos trágicos.

Em 1656 foi criado em Paris o Hospital Geral, através do agrupamento de diversos estabelecimentos existentes, como hospitais para a população pobre e outros locais para enfermos com administração religiosa, por exemplo. O objetivo destes locais, agora reunidos sobre o nome de um “hospital geral” era recolher, alojar e alimentar os pobres da cidade que para lá fossem de espontânea vontade ou encaminhados pelas autoridades (*op cit*).

Sendo assim, neste momento histórico os hospícios tinham uma função de hospedaria para o recolhimento dos tidos como marginais, grupo formado não apenas pelos loucos mais também pelos leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundos, e todos aqueles que representassem uma ameaça à ordem e lei sociais. Interessante que a origem da palavra hospital vem do latim *hospitalis*, que significa ser afável e caridoso com os hóspedes, além de designar um local que serve para acolher pobres e peregrinos por tempo limitado (Freitas, 2004), o que reflete bem esta função inicial de “hospedaria” de tais instituições.

O que diferenciava a compreensão dos marginais loucos dos outros era a figura da desrazão. Neste momento ainda não há uma preocupação com critérios médico-científicos. “As condições de emergência de saber e instituição médicos relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura” (Amarante, 1995, p. 24).

Podemos, então, dizer que este grande enclausuramento da loucura durante o Classicismo está voltado para o sentido de guarda dos loucos e não vinculado a nenhuma forma de elaboração de conhecimento acerca da loucura. Segundo Foucault (2005, p. 48): “A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural.”

Ou seja, houve uma naturalização de uma construção social a respeito da loucura que a identificava com a desrazão em um período histórico no qual pensar era

existir. E, mais, o internamento era também uma forma de reação à miséria em crescimento neste mundo que se modificava com o Renascimento:

> A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido (Foucault, 2005, p.56).

Já no século XVIII, entretanto, há um cruzamento entre a percepção do que viria a ser a loucura com a dedução e o conhecimento tido científico, balizado pelo pressuposto Iluminista da razão, no qual o internamento dos loucos, dos sem-razão, adquire características médicas e terapêuticas. Assim se deu o surgimento da dicotomia loucura/razão e, mais, da exclusão dos que se enquadrassem no primeiro pólo da mesma. Então, não havia meios-termos: o que não possuísse razão seria louco, todos os outros seriam sãos (Castel, 1991).

Segundo Foucault (2002), com a dicotomia loucura/razão houve uma legitimação de relações de poder nas quais a não-loucura possuía um direito absoluto sobre a loucura. Tal concepção acabou por desencadear a supressão dos direitos e deveres das pessoas loucas, além da legitimação do afastamento da sociedade pelas mesmas através da internação em hospitais psiquiátricos. Já que os médicos seriam aqueles que, em sua não-loucura aliada a seus conhecimentos científicos, seriam capazes de tratar dos sem-razão. "Este jogo de uma relação de poder que dá origem a um conhecimento que, por sua vez, funda os direitos deste poder, caracteriza a psiquiatria 'clássica'" (*op cit,* p.127).

Por isso, atualmente, a reforma psiquiátrica brasileira e movimentos da chamada anti-psiquiatria têm como seu objetivo principal a desconstrução desta dicotomia e das relações de poder nas quais os ditos normais possuem poder absoluto sobre os ditos loucos. No Brasil este pressuposto parece se manifestar através do resgate da cidadania dos loucos. Isto será visto de forma mais ampliada no tópico acerca da reforma psiquiátrica brasileira.

E com a sobreposição da medicina e da justiça foi conferida uma noção de periculosidade social aos doentes mentais, o que fez com que tratamento e punição se tornassem quase processos sinônimos. Assim, a tutela do louco constituiu-se como um dos pilares das práticas manicomiais (Amarante, 1995).

Segundo Castel (1991), temos o surgimento dos hospitais psiquiátricos enquanto locais de tratamento dos loucos, e não apenas hospedarias, decorrente de todas as modificações sociais impostas com a Revolução Francesa, em 1789. O autor até brinca afirmando que a França outrora exportou o modelo dos manicômios, como na época da primeira edição do livro citado (1978) exportava os aviões concordes.

Contudo, é interessante lembrar que os concordes já foram substituídos por não se mostrarem aeronaves tão seguras e eficazes para o transporte de passageiros, como eram tidos anteriormente, o que também vem acontecendo com os hospitais psiquiátricos em várias partes do mundo, já que eles não são mais considerados tão terapêuticos e eficazes para o tratamento da loucura como na época da Revolução Francesa.

Para Castel, então, a criação de hospitais destinados a tratar dos loucos representou um triunfo do organicismo e das idéias iluministas de que a razão seria o centro da natureza humana, o que nos diferenciaria dos outros animais. Houve, também, algumas características deste período histórico que propiciaram o nascimento da Psiquiatria que vão além do contexto político desencadeado pela Revolução Francesa partidária dos pressupostos Iluministas.

Temos, também como fato importante o surgimento da medicina como poder central para tratar a loucura, já que este seria o saber competente para lidar de forma científica com algo que, antes, era da alçada do "obscurantismo" religioso. Lembrem que estamos em uma época na qual a ciência seria a salvação da humanidade, porque daria respostas objetivas e fundamentadas para resolver todos os problemas.

E a resposta da medicina para o problema da assistência aos loucos, geralmente pessoas pobres e sem famílias, seria o internamento nestas estruturas institucionais criadas especificamente para esta parcela da população: os manicômios. Só que agora haveria o objetivo de tratar e não apenas alojar.

Mas, acreditava-se que os hospitais psiquiátricos seriam terapêuticos por si sós porque eles afastariam os doentes mentais de influências externas maléficas e desregradas, o que seria essencial para a cura dos sintomas da loucura.

Desta forma, a Psiquiatria acabou por se constituir em uma ciência política porque ela respondeu à necessidade dos governos de administrarem a loucura. Mas este impacto político, o gerir a loucura, foi transformado em uma questão técnica porque, com a medicina, a loucura foi administrada através da repressão e do isolamento. "A ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental

todo o comportamento inadaptável aos limites da liberdade burguesa" (Resende *in* Tundis & Costa, 1987, p. 12).

Administrar a loucura significava reduzir ativamente toda a sua realidade (manifestação de sintomas, questões familiares e sociais) às condições de gestão em um quadro técnico, ou seja, em um hospital com pessoas preparadas para lidar especificamente com esta sintomatologia mórbida, através do uso de medicações específicas (na época banhos de ducha fria, por exemplo, e até bem pouco tempo os eletros-choque), de horários rígidos, atividades organizadas, etc. Ou seja, um conjunto de técnicas que precisariam deste ambiente fechado para ser aplicado eficazmente (Castel, 1991).

Temos, então, a constituição de uma alternância de papéis desempenhados pelos psiquiatras: em um momento eles são os médicos, mas também são os administradores de uma instituição. Aos juízes e policias caberia o papel de manter tal situação, através da investigação do funcionamento das atividades dos manicômios. E, ainda, através da separação entre os que realmente seriam loucos e precisariam ser internados, e os que na verdade são criminosos e precisariam de internação em um outro tipo de instituição, como os presídios e os manicômios judiciários. Aos loucos, neste contexto, não havia espaço algum além de aceitarem a sua condição de doentes mentais.

Philippe Pinel (1745 – 1826) foi o grande nome da psiquiatria neste momento de constituição da mesma enquanto saber competente para lidar com a loucura. Pinel tinha formação médica e se interessou em estudar e trabalhar com casos de doenças mentais por causa de um amigo que foi acometido por uma estranha melancolia (Pessotti, 1995). E foi com ele que as enfermidades mentais foram inseridas no contexto médico, através do "tratamento moral" que deveria ser prestado aos alienados, ou seja, por meio de uma reeducação que enquadrasse o comportamento "anormal" dentro do padrão.

Segundo Castel (1991, p. 88-89):

> O *tratamento moral* é essa estratégia através da qual o poder médico se apóia em todas as relações institucionais que, por sua vez, foram articuladas para lhe servir de intermediário. Seria ingênuo surpreender-se com o fato de que essa relação apresente freqüentemente um estilo de luta. Essa violência é de direito, é a violência da razão. O alienado nada mais é do que um "enfermo", cujo defeito, aliás, freqüentemente se apresenta como excesso, imoderação. É necessário dobrá-lo, dominá-lo através de uma relação terapêutica que se assemelha a uma justa entre o bem e o mal.

A utilização do termo moral para as atividades propostas por Pinel é extremamente interessante e merece ser discutida. Moral não era, na filosofia do século XVIII, apenas o que se opunha ao imoral, esta palavra também se referia às ciências do espírito em oposição às chamadas ciências da natureza, ou seja, refletia a crença de que a loucura poderia ser curada apenas por uma atenção à mente.

E as ações desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos dependiam muito mais da personalidade dos diretores destas instituições (mais uma vez atenção para a sobreposição dos papéis de administradores e médicos), alguns mais disciplinadores outros menos, já que o tratamento moral nunca se constituiu em um corpo teórico de conhecimentos (Resende *in* Tundis & Costa, 1987).

O que Pinel propunha era uma observação dos sintomas para que se tornasse possível generalizá-los e, posteriormente, categorizar em uma mesma instância todas as pessoas que apresentassem o mesmo comportamento patológico. Desta forma poder-se-ia organizar o espaço asilar a partir das diversas "espécies" de loucos ali existentes.

Pinel também considerava o isolamento e a tutela essenciais já que os hospitais psiquiátricos seriam os locais nos quais os doentes mentais seriam assistidos, o que fundou a relação entre medicina e hospitalização dos loucos (Amarante, 1995).

Contudo, a estrutura racional deste modo de se entender a loucura é tida como uma racionalidade meramente classificatória porque ela não está interessada em encontrar a sede da loucura no organismo do louco. Está voltada apenas para a identificação, generalização e categorização dos sinais, dos sintomas da mesma (*op cit*).

Para ele, a formação médica seria apenas imprescindível para assegurar a competência do diagnóstico, que deveria estar pautado na observação, o que evitaria distorções decorrentes dos conceitos pouco claros da psicopatologia da época. Desta forma, o modelo organicista da doença mental foi grandemente estimulado pelo movimento político social do início do século XIX, que buscava uma verdade científica, tendo a ordem e a classificação como referências básicas.

Para muitos, Pinel foi o "Pai da Psiquiatria", o primeiro a quebrar as correntes e os grilhões que aprisionavam os doentes mentais nos sanatórios. Segundo o próprio Pinel o que ele havia feito teria sido uma reforma administrativa no hospital psiquiátrico, através do ordenamento do espaço (Castel, 1991).

Contudo, o "tratamento moral" acabou por transformar a antiga opressão física em opressão mental, na qual um comportamento considerado patológico deveria ser eliminado (Pessotti, 1995).

Assim, a partir da segunda metade do século XIX, a Psiquiatria é compreendida como a ciência da ordenação dos sujeitos, tendo a sua validação social pautada na exclusão dos tidos como loucos do que em suas propostas científico-experimentais e terapêuticas. O paradigma psiquiátrico clássico acabou por transformar "(...) a loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso" (Amarante, 1995, p. 50).

A Loucura no Brasil

No Brasil Colônia a manifestação da loucura era silenciosa. Havia a figura do "louco manso" que vagava pelas ruas das cidades, eram motivos de chacotas e brincadeiras para as crianças e viviam de caridade. Caso houvesse algum ato mais violento, os loucos já não tão "mansos" eram levados para as cadeias. Estes eram os loucos pobres.

Os loucos ricos eram escondidos em suas casas, geralmente em quartos e anexos da habitação familiar construídos especialmente para eles, independente de serem violentos ou não (Resende *in* Tundis & Costa, 1987).

Nesta época de nosso país a vida social era polarizada entre uma pequena minoria de senhores e uma grande quantidade de escravos, entre estas duas populações havia um grupo de pessoas que não trabalhavam, porque trabalhar era tido como algo reservado aos escravos e porque, acima de tudo, em nossas cidades pequenas não havia trabalho suficiente. Essa multidão era formada por brancos indigentes, negros e mulatos forros e mestiços, um grupo que desde o Brasil Colônia é marcado como vítima de preconceitos. Havia, ainda, uma "casta" de vadios, que viviam de crimes.

A loucura vai, então, se incluir nas multidões de vadios e desordeiros e, desta forma, passou a chamar a atenção. Isto se deu, assim como na Europa, porque os loucos eram tidos como desordeiros e não respeitadores das leis e normas sociais, além de impedirem o crescimento econômico.

Desta forma, depois de 300 anos, a loucura em nosso país passa a receber um tratamento diferenciado, já que a solução seria a remoção dos loucos das cidades, para uma posterior reeducação destes elementos pelo e para o trabalho. Mas, o destino destas pessoas continuará paralelo ao dos marginalizados já que eles serão levados para as

santas casas de misericórdia, na verdade bem mais parecidas com prisões do que com hospitais, e serão "reeducados" pelo trabalho, que eram cópias dos campos de trabalho forçado, destinados como pena aos criminosos.

Assim, desde os primórdios e de certa forma até os nossos dias, a palavra que melhor define a assistência à loucura no Brasil é a exclusão (Resende *in* Tundis & Costa, 1987). Por isso, a luta pela reforma psiquiátrica é, também, uma luta pela recuperação dos direitos das classes mais desfavorecidas economicamente, já que eram os mais pobres quem lotavam os manicômios, desde o período colonial e até agora, nos leitos remanescentes das moribundas instituições psiquiátricas.

A época do Brasil Colônia foi um período no qual primeiro surgiram os locais para afastar os loucos, geralmente amplos, distantes das cidades e cercados por matas, nos quais os internos eram mal-tratados e as taxas de mortalidade eram altíssimas. Só após a Proclamação da República, em 1889, houve uma apreensão dos manicômios, seus internos e as formas de tratamento pela medicina, porque antes a psiquiatria era considerada um assunto de menor importância para os estudantes desta ciência.

A título de curiosidade: o primeiro asilo provisório para os loucos da nação foi construído na cidade do Rio de Janeiro, em 1841, em um terreno que, posteriormente, construiu-se o Hospício Pedro II, ainda no período colonial. Esta foi a mesma instituição psiquiátrica que mais de um século depois desencadeou o movimento da reforma psiquiátrica brasileira com a denúncia de maus-tratos feita pelos médicos que lá trabalhavam, em 1978, como será discutido mais adiante nesta dissertação.

Lembramos que para Pinel o trabalho era uma excelente terapêutica para os loucos, porque em visitas a manicômios por países da Europa ele havia notado que os internos que trabalhavam eram muito mais calmos do que os que nada tinham para fazer. Seguindo esta idéia e a de que os brasileiros são homens que trabalham por natureza com a terra é que foram criadas, em nosso país, a proposta das colônias agrícolas, locais que tentavam mimetizar a vida "mais simples" do campo, além de prepararem os internos para o trabalho quando saíssem da instituição.

As colônias agrícolas eram construídas vinculadas aos manicômios e eram campos nos quais os internos produziam alimentos. Contudo, elas já surgiram com um problema de anacronismo histórico porque tentavam reeducar para o trabalho agrícola em uma época na qual a industrialização e crescente urbanização do país eram evidentes e demandavam um outro tipo de mão-de-obra. Sem contar que as condições dos doentes

mentais nestes espaços chegavam a ser piores do que as dos presos em cadeias (Resende *in* Tundis & Costa, 1987).

Assim, e mais uma vez, a função social da psiquiatria confirma-se na exclusão dos loucos disfarçada de terapêutica, situação que perdurou até bem pouco tempo atrás, como será discutido mais adiante.

Especificamente no Estado de Pernambuco, o primeiro local reservado exclusivamente para os loucos foi o Hospício da Visitação de Santa Isabel, que ficava entre os municípios de Recife e Olinda, criado em 1864. O famoso Hospício de Alienados, conhecido como Tamarineira, foi criado em 1883.

A situação destas instituições em Pernambuco não diferiu das mesmas em outras partes do país, já analisadas aqui. Contudo, é preciso destacar a atuação de Ulysses Pernambucano (1892 – 1943), que na década de 1930, tentou elaborar uma assistência psiquiátrica mais abrangente através da criação de ambulatórios, hospitais abertos e uma atenção aos egressos para que eles não voltassem para os manicômios (*op cit*).

Contudo, este trabalho não germinou porque Ulysses Pernambuco era considerado um "soviete local" por suas idéias ditas subversivas e, além de preso foi expulso do trabalho em instituições públicas. Segundo Jacó-Vilela (2005, p. 110):

> Ulysses, tal qual seu homônimo homérico, foi um desbravador de novos mundos, de formas de entender o sofrimento mental não restritas a uma intimidade que desdenha sua construção social. Em sua atuação, tornou-se um dos primeiros médicos a incentivar o desenvolvimento da psicologia entre nós, entendida não como uma "técnica", e sim como um saber relacionado a outras áreas de atuação psicossocial.

Até a década de 1970, o que se viu no Brasil foi uma demanda cada vez maior por hospitais psiquiátricos e um crescente número deles foi construído, tanto particulares quanto públicos. O papel destes locais era o que sempre lhe foi reservado: o de recolher e excluir da sociedade os tidos como loucos, desviantes (Resende *in* Tundis & Costa, 1987).

Depois de realizar esta revisão histórica de como a medicina, especificamente a psiquiatria, apoderou-se, enquanto corpo científico, teórico, metodológico e supostamente terapêutico da loucura e dos loucos, podemos definir este processo como etnopsiquiatria. Ou seja, a doença mental só teria realidade e valor em uma cultura que a entendesse enquanto tal (*op cit*).

Assim, a psiquiatria não é naturalmente a detentora do saber e não possui os conhecimentos que são a verdade científica sobre a loucura. A loucura enquanto doença mental e o tratamento através da segregação social e institucionalização dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos foram uma construção sócio-histórico-cultural, como vimos.

Contudo, com o período pós II Guerra Mundial essa construção foi questionada e novas formas de atendimento em saúde mental vêem sendo construídas. Inclusive uma que nega os manicômios como necessidade e os psiquiatras como os únicos profissionais competentes para lidar com a loucura. Obviamente, estes novos modelos também são construções sócio-histórico-culturais que vêem atender a uma demanda de humanização nos atendimentos em saúde mental através da recuperação da cidadania dos loucos. Mas, isto será discutido de forma mais ampla em um outro tópico de nosso trabalho.

Neste momento da dissertação é importante analisarmos como era a vida dos internos em instituições psiquiátricas e, para isso, faremos uma análise do clássico trabalho de Goffman, já citado na introdução.

Institucionalização dos Doentes Mentais

Um autor-chave para a compreensão do processo de institucionalização dos pacientes internos nos hospitais psiquiátricos é o já citado sociólogo Erving Goffman. Em "Manicômios, prisões e conventos" (1961) encontram-se uma descrição detalhada da vida em hospitais psiquiátricos e os processos de mortificação do "eu" pelos quais os internos passam ao serem afastados do convívio de suas famílias, amigos e comunidade mais ampla.

Segundo ele, em termos históricos, os manicômios como instituições totais, foram forjados como locais reservados para tratar dos incapazes de cuidar de si mesmos e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional, como vimos anteriormente, já que estes locais foram criados inicialmente para alojar os miseráveis.

O aspecto central destas instituições é a ruptura total com o mundo externo. Todos os internos têm suas atividades realizadas em um mesmo local, e sob uma única

autoridade. Todos são obrigados a fazerem as mesmas coisas e em conjunto. Além das atividades diárias serem rigorosamente controladas por horários fixos.

A grande barreira imposta em relação ao mundo externo proporciona uma crescente mutilação no "eu" de cada interno, já que, ao entrarem na instituição, as pessoas são despidas de sua aparência usual e afastadas de seus familiares, amigos e deixam de desempenhar as atividades que estruturavam seu cotidiano. Em hospitais psiquiátricos, o indivíduo é submetido a um regime e papel com os quais não se identifica, o de internos.

A vida da pessoa passa a ser regulada pela instituição e essa regulação não se restringe aos horários, mais também aos bens que cada um pode possuir enquanto interno, às atividades que pode desenvolver e os locais nos quais pode circular no espaço da instituição asilar.

A constituição dos hospitais psiquiátricos enquanto instituições totais ocorreu a partir de seu objetivo inicial, ou seja, o de tirar a pessoa da sociedade e colocá-la em um local no qual pudesse receber um tratamento tido como adequado para a cura de seus sintomas patológicos (Goffman, 2005), já que poderia haver, no mundo fora dos muros dos hospitais, influências maléficas que agravariam o quadro mórbido da doença mental.

Desta forma, a questão da regulamentação ia além do espaço físico de tais locais, podendo ser encontrada no controle dos corpos dos internos, com o uso de instrumentos de coação como camisas de força e correntes, por exemplo. Entretanto, este controle também se manifestava pelo uso de medicamentos, principalmente a partir dos anos 1950. Estes tentavam curar a doença mental por uma regulação bioquímica de algum defeito existente no cérebro dessas pessoas. Acreditava-se na loucura como um defeito da natureza (Birman, 1992).

Esta primeira geração de psicofármacos foi responsável por reações adversas permanentes como letargia, embargo da voz, perda do controle motor, entre outras. Estes sintomas muitas vezes eram considerados como "menores" já que o benefício do remédio na cura da "loucura" estava evidente na "mansidão" do paciente. Ou seja, o controle do corpo se dava através de drogas que acabavam por dopar as pessoas (*op cit*). Uma das defesas, que muitos psiquiatras fazem questão de lembrar, é que os atuais neurolépticos não possuem tantos efeitos colaterais, pois foram se desenvolvendo e se tornaram mais eficientes ao longo dos anos de pesquisa (Rodrigues, 2003).

Levando-se em consideração, então, o internamento em uma instituição total e o uso de remédios que controlavam o corpo mais do que tinham função terapêutica, o indivíduo acabava por sofrer um processo de institucionalização no qual ocorreriam modificações no âmbito psíquico, que recairiam na auto-imagem, na autoconfiança, nas crenças pessoais e na forma dele se relacionar socialmente, resultando em uma excessiva adaptação do interno ao papel de doente mental. Ou seja, a dependência excessiva ao atendimento psiquiátrico institucionalizado levaria a uma diminuição da vontade e do repertório de atitudes e prontidão necessários para o convívio social (Vechi, 2006).

Segundo Fonsêca (2005), esta forma de exclusão social característica das instituições totais - e dos hospitais psiquiátricos enquanto tal - poderia ser considerada como uma outra forma de inclusão social, já que ocorreria com o objetivo de normalizar a vida do indivíduo tido como "louco".

Já Goffman (2005) fala de uma carreira moral do doente mental. Para ele, o termo carreira, anteriormente restrito ao mundo profissional, seria adequado para se referir à trajetória de vida das pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos porque permitiria a análise de assuntos da esfera íntima dos internados e da posição social que este passaria a ocupar ao adentrar os muros destes locais.

Com relação aos aspectos de esfera íntima, o internado em manicômios se sentiria abandonado pelas pessoas de seu círculo social e familiar, já que estas permitiram que ele fosse levado para tais locais, independente dele ter, *a priori*, aceitado se internar. Como decorrência desta sensação de abandono, haveria um isolamento, no qual o interno tentaria evitar falar de si próprio para os outros pacientes, inclusive como uma tentativa de não se identificar com aqueles que lá se encontram.

Após um período, esta tentativa de se isolar, que exigiria um esforço em um ambiente fechado como o de um manicômio, daria lugar a movimentos de socialização e uma subseqüente aceitação, por parte da pessoa e de todos que constituem aquele universo de instituição total, desta nova posição social, a de interno:

> (...) o novo internado percebe que está despojado de muitas de suas defesas, satisfações e afirmações usuais, e está sujeito a um conjunto relativamente completo de experiências de mortificação: restrição de movimento livre, vida comunitária, autoridade difusa de toda uma escala de pessoas, e assim por diante (*op cit*, p.127).

Nestas condições somos capazes de compreender o processo de mortificação do eu, já que em tais locais torna-se praticamente impossível que uma pessoa mantenha uma concepção de si similar a que tinha quando estava em seu ambiente usual.

E, mais, haveria uma queda na percepção de *status* enquanto pessoa, porque o interno teria o seu eu limitado aos padrões de controle social da instituição. Ou seja, ele deixaria de ser um cidadão para ser um interno de hospital psiquiátrico.

Um outro aspecto que precisa ser considerado na carreira moral do doente mental, segundo Goffman (1988), é o estigma. Este é um termo advindo dos gregos antigos e que foi criado para se referir a alguma marca ou sinal corporal com os quais se buscava ressaltar algo de extraordinário ou mau acerca do *status* moral de uma pessoa.

Existem dois tipos de estigma, aquele que é indisfarçável, como alguma marca física. E aquele que uma pessoa consegue ocultar, como ter sido interna em hospitais psiquiátricos. O primeiro diz respeito à condição de desacreditado de alguém, já o segundo refere-se a de desacreditável.

Socialmente, os estigmas funcionam como um modo de categorizar as pessoas para regulamentar as rotinas de relações sociais. Assim, nos relacionaríamos com pessoas que fazem parte de nossa categoria, que compartilham uma mesma identidade social conosco. Enquanto que as outras pessoas, as diferentes, seriam "marcadas", estigmatizadas enquanto tal, e excluídas de nosso convívio.

Com relação aos doentes mentais quase sempre há a possibilidade de esconder que foram internos em hospitais psiquiátricos, já que eles temem que ao serem "descobertos" o seu *status* social seja diminuído porque a visão de loucura e de loucos em nossa sociedade, ainda é de algo perigoso e inconstante, que põe em risco a ordem social.

Contudo, existem grupos dos quais os estigmatizados podem esperar algum apoio e Goffman (1988) os chama de "informados". Especificamente com relação aos internos em hospitais psiquiátricos, estas pessoas seriam os profissionais que lá trabalham, bem como familiares que ficaram assustados e chocados com a situação de seus entes amados naqueles locais.

Interessante que estes dois grupos foram os precursores dos movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil e em outros países, como veremos em seguida.

Críticas ao Modelo Manicomial

O paradigma hospitalar de atendimento em saúde mental passou a sofrer críticas cada vez mais severas com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945. As experiências durante a guerra levaram a questionamentos acerca do modo pelo qual a psiquiatria lidava com as pessoas ditas como doentes mentais, afinal, as condições dos hospitais psiquiátricos se assemelhavam aos campos de concentração nazistas, e o modo como os internos eram tratados também trazia à memória as vítimas do referido regime (Cirilo, 2006). E aquela era uma época na qual havia uma grande discussão e luta pela preservação dos direitos humanos em todos os espaços sociais.

Outro aspecto que deve ser levado em conta eram os soldados que lutaram naquele conflito e voltaram para seus países com transtornos mentais decorrentes das experiências de guerra. Eram homens que poderiam estar produzindo e reconstruindo suas nações destruídas, mas que se encontravam incapacitados por doenças mentais e afastados da sociedade, internos em manicômios (*op cit).*

Sendo assim, alguns dos primeiros movimentos de reforma psiquiátrica surgiram em países que tiveram papel ativo contra o chamado "Eixo" (Alemanha, Japão e Itália); eles eram conhecidos como "Aliados": Inglaterra, Estados Unidos e França. Destacamos a Itália que conseguiu produzir uma reforma psiquiátrica de extrema relevância, inclusive para a reforma psiquiátrica brasileira. Contudo, isto será discutido mais adiante.

Estes movimentos traziam à pauta, então, uma problematização do objeto da chamada psiquiatria clássica, ou seja, a doença mental para se refletir sobre a saúde mental. Assim, existiriam dois momentos de questionamentos sobre os hospitais psiquiátricos: o primeiro voltado para uma crítica às estruturas asilares psiquiátricas, já que elas seriam os espaços de tratamento e a psiquiatria o saber competente para conduzi-lo e deveriam passar por modificações para voltarem a funcionar terapeuticamente. As Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional são movimentos de reforma representantes deste primeiro estágio.

O segundo momento seria marcado por críticas aos hospitais psiquiátricos enquanto instituições de cura, além da tentativa em estender a psiquiatria ao espaço público, com o objetivo de promover a saúde mental. Os movimentos representantes seriam a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva.

As propostas de Basaglia e sua equipe operariam uma mudança com relação aos dois momentos citados, porque através da negação dos hospitais psiquiátricos eles acabaram por desencadear um movimento político voltado para questões de direito e cidadania dos pacientes e construção de novas categorias e estruturas assistenciais em saúde mental (Amarante, 1995).

Decidimos, então, analisar mais profundamente estes três momentos de críticas aos hospitais psiquiátricos.

Começaremos com a Inglaterra e o movimento das Comunidades Terapêuticas que, posteriormente, chegou aos Estados Unidos e Itália. A idéia era que a reforma deveria acontecer dentro do hospital psiquiátrico, utilizando os recursos físicos e humanos disponíveis, para a elaboração de um plano terapêutico amplo (Schittar *in* Basaglia, 2001).

O surgimento deste movimento de reforma está ligado ao estado deprimente no qual os internos nos hospitais psiquiátricos se encontravam no momento posterior à Segunda Guerra Mundial, além da necessidade de mão-de-obra para a reconstrução do país. Assim, o hospital psiquiátrico que deveria ter a função de tratar os doentes mentais para voltarem a ser produtivos na sociedade, não estava cumprindo seu papel e, pior, agravava o estado dos internos (Amarante, 1995).

Quem primeiro deu nome a este movimento foi T. H. Main, em 1946, para se referir ao trabalho que vinha realizando com os psicólogos Wilfred Bion (1897 – 1979) e Reichman em um hospital psiquiátrico inglês. Contudo, quem o consagrou foi o psiquiatra Maxwell Jones ao utilizá-lo para reportar um conjunto de experiências de melhorias que vinha promovendo em um hospital psiquiátrico também na Inglaterra, em 1959.

Maxwell Jones, o principal representante das Comunidades Terapêuticas, ao incorporar referências da terapêutica ativa ou terapia ocupacional criada por Hermann Simon na década de 1920, propõe que o trabalho é uma atividade fundamental a ser desenvolvida pelos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos. Eles não mais passariam os dias sem fazer nada, agora desenvolveriam alguma atividade já que através dela haveria a promoção da sociabilidade pela produção. Ou seja, eles se tornariam ativos em seu processo de reabilitação.

Ele também propôs que os pacientes fossem atendidos em pequenos grupos porque desta forma seus problemas e propostas de soluções seriam escutados e debatidos mais facilmente, o que promoveria a ressocialização (*op cit*).

Jones ainda promoveu benfeitorias no espaço e na dinâmica de funcionamento asilar, através de reformas nas instalações físicas e da adoção de medidas administrativas democráticas, nas quais se estimulou a liberdade de comunicação, a análise de tudo o que acontecia na comunidade em reuniões diárias entre a equipe, os internos e seus familiares, a busca da destruição da relação tradicional de autoridade, na qual o médico e a equipe médica seriam os detentores do saber e do poder, e o uso de ocasiões de festas, por exemplo, para a promoção da reeducação social (Schittar *in* Basaglia, 2001).

Segundo Schittar (*in* Basaglia, 2001), a Comunidade Terapêutica acabou por se transformar em mais um "instrumento" terapêutico para a prática dos psiquiatras e as equipes dos hospitais psiquiátricos, principalmente quando adotou a técnica sócio-psicológica do *problem solving* (resolução de problema, em uma tradução livre). Esta técnica, baseada na teoria do "campo social" de Kurt Lewin (1890 – 1947), afirmava que qualquer conflito pode ser resolvido se todos os membros de um grupo participarem da discussão e chegarem a um consenso. As questões difíceis poderiam ser solucionadas através da "manipulação" do grupo, com uma atitude tolerante e compreensiva de um líder esclarecido que busque sempre atingir um "bom" objetivo, no caso, o médico psiquiatra e a cura da doença mental.

> O ciclo parece ter-se fechado. Aquilo que surgiu como uma exigência de renovação fundamental das instituições psiquiátricas revela-se, na melhor das hipóteses, tanto na prática como na teoria, como um novo tipo de instituição, mais moderna, mais eficiente, mas na qual as relações de poder parecem permanecer as mesmas (*op cit*, p. 146).

Já nos Estados Unidos, além da implantação das Comunidades Terapêuticas, houve a criação da chamada Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, cujo principal representante é o psiquiatra Gerald Caplan, que afirmava ser possível não apenas tratar as doenças mentais, mas interferir nas situações que as causariam para promover a saúde mental.

Caplan afirmava que esta seria a Terceira Revolução Psiquiátrica, sendo a primeira promovida por Pinel e a segunda a elaboração do Inconsciente de Sigmund Freud (1856 – 1939), porque suas propostas ofereceriam uma forma para intervir nas causas das doenças mentais (Amarante, 1995).

Há na formulação de Caplan uma mudança do objeto da psiquiatria, ou seja, busca-se a promoção da saúde mental através de um preventivismo das situações que desencadeariam doenças mentais.

Historicamente, a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária foi elaborada em um momento difícil para os Estados Unidos, que estavam lutando no Vietnã, com muitos soldados voltando mutilados e sofrendo de diversos transtornos mentais advindos das experiências vivenciadas no conflito, além de um grande aumento de usuários de drogas e do aparecimento de "*gangs*" de jovens tidos como desviantes. Assim, a partir do lançamento do livro "Princípios de Psiquiatria Preventiva", de Caplan em 1963 e de um decreto assinado pelo Presidente John F. Kennedy, também em 1963, a Psiquiatria passou a ter como um dos objetivos a redução da doença mental nas comunidades (*op cit*).

Um dos marcos teóricos da proposta de Caplan é o modelo da história natural das doenças no qual se entende como linear o processo de saúde/enfermidade, ou seja, antes do surgimento de um transtorno mental existiriam momentos de crise possíveis de tratamento, para que se prevenisse a doença mental.

Estes momentos de crise seriam decorrentes da incapacidade de adaptação social individual e deveriam ser evitados, através de uma prevenção primária, na qual o médico psiquiatra manipularia variáveis do meio social para que ocorresse uma melhor adaptação do indivíduo. Para Caplan, então, a prevenção primária seria o lidar com uma crise que ainda não aconteceu, mas que pode vir a ocorrer por causa de características do indivíduo e de seu ambiente, para que assim a doença mental possa ser evitada:

> Em resumo: alguns indivíduos podem possuir características responsáveis por seu adoecimento. Além disso, saúde mental é adaptação dos indivíduos. Caberia ao psiquiatra a manipulação de algumas circunstâncias de vida da população para efetivar tal adaptação (Lara, 2006, p. 38).

Contudo, o que parece ficar implícito nesta idéia de prevenir a doença mental é uma ideologia eugenista porque, na prática, o que a Psiquiatria Preventiva fazia era buscar por "suspeitos" de possíveis transtornos mentais nas comunidades ditas como mais vulneráveis, ou seja, as das minorias étnicas norte-americanas (negros e orientais) e as mais pobres. Assim, através do tratamento destas pessoas mais propensas a passarem por crises buscava-se produzir uma sociedade melhor adaptada (*op cit*). Leia-se: adaptada como uma sociedade sem elementos contestadores do momento pelo qual

os Estados Unidos passavam. E, mais, uma sociedade na qual o médico psiquiatra seria o profissional competente para tratar deste objeto tão preocupante que era a loucura.

Esta prática foi considerada pela Organização Mundial de Saúde - OMS como modelo e deveria ser implementada em países de terceiro mundo, nos anos 1970. Mas, nos Estados Unidos, ao invés de diminuir os casos de "loucura", a Psiquiatria Preventiva acabou por aumentar a população atendida, já que, agora, a pessoa não deveria esperar pelos momentos de crise para buscar por atendimentos psicológicos e/ou psiquiátricos (Cirilo, 2006).

Este fato nos remete à questão contemporânea da "medicalização" da vida social ou, como denominado por Benilton Bezerra Jr. (*in* Plastino, 2002), biossociabilidade. Esta é uma expressão utilizada para se referir às relações sociais nas quais a saúde e a busca por esta através de profissionais competentes é exibida como um espetáculo. Os critérios de mérito e reconhecimento individuais são pautados em regras e práticas ligadas à autovigilância fisiológica, modos de ocupação do tempo e ideais de desempenho físico. Assim, as pessoas passariam a se comportar de forma a exibir uma imagem saudável, ou seja, como sujeitos independentes, responsáveis, confiáveis e possuidores de vontade e auto-estima. "Recusar esse imperativo ou simplesmente deixar de privilegiá-lo em relação a outros é expor-se à reprovação moral e ao sentimento de desvio, insuficiência pessoal ou fracasso existencial" (Bezerra Jr. *in* Plastino, 2002, p. 234).

Voltando à Psiquiatria Preventiva, uma das críticas feitas é que, ao adotar conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista para tentar compreender um indivíduo enquanto unidade biopsicossocial cria-se uma contradição teórica. Para a sociologia a prevenção seria possível através da distinção entre sintoma e causa da doença mental. Já para a psicologia behaviorista não é possível fazer tal distinção porque a doença mental só existiria quando o comportamento desajustado se apresenta, não sendo possível uma prevenção porque não haveria uma relação de sucessividade temporal entre sintoma e causa. Então:

> Agir terapeuticamente sobre o comportamento desadaptado não significa prevenir, e sim curar. Como, então, conciliar a proposição sociológica da prevenção com as explicações teóricas do behaviorismo, se todas duas estão contidas na mesma noção de unidade bio-psico-social? A resposta é simples: a Psiquiatria Preventiva não se preocupa em resolver a contradição; faz como se ela não existisse (Costa, 1989, p. 25 *in* Amarante, 1995).

Apesar destas críticas, foi a partir das idéias de Caplan que a psiquiatria viu-se questionando se a origem da doença mental poderia ser restrita apenas ao corpo, o que implicaria em não ser mais possível recorrer apenas ao método das Ciências Naturais para explicar a saúde mental (Amarante, 1995).

Na França, o movimento Psicoterapia Institucional, assim como as Comunidades Terapêuticas, afirmava que a reestruturação dos hospitais psiquiátricos seria a melhor forma de superação das críticas recebidas pela psiquiatria neste período.

O principal representante deste movimento é Tosquelles (1912 – 1994), que foi trabalhar na França, no Hospital Psiquiátrico Saint-Alban, durante o período da Segunda Guerra Mundial, ao fugir da ditadura do General Franco na Espanha (Amarante, 1995).

Nos primeiros momentos, os objetivos de Tosquelles eram salvar da morte os internos do hospital, já que as condições dele e nele eram críticas, além de oferecer condições de curabilidade para os mesmos. Todavia, o Saint-Alban também se transformou em um espaço de resistência ao nazismo e, posteriormente, partindo de um referencial marxista e com o apoio da Resistência Francesa, passou a ser um local de denúncia e luta contra a segregação e os maus tratos contra os internos.

Logo após a Segunda Guerra, Tosquelles inseriu a psicanálise, principalmente as idéias de Lacan, em Saint-Alban, o que fez a terapia se voltar para a instituição, já que se percebeu que seria impossível tratar de alguém dentro de uma estrutura doentia, como a encontrada lá. Assim, a Psicoterapia Institucional tinha como objetivo tratar o meio, para que este pudesse tratar o indivíduo.

Mesmo buscando uma melhoria no ambiente, as propostas de Tosquelles nunca questionaram a função terapêutica do hospital psiquiátrico. E mesmo com a introdução da psicanálise, nunca se chegou realmente a questionar a função da psiquiatria (*op cit*).

Ainda na França, em 1945, foi criada a Psiquiatria de Setor, que afirmava que os manicômios eram espaços alienantes e incapazes de lidarem com a doença mental:

> Sua proposta tinha como objetivo oferecer uma alternativa ao doente entre a doença e a instituição psiquiátrica, assim seus defensores pensavam em levar a psiquiatria à população, nos locais habituais de convivência (Cirilo, 2006, p.31).

Desta forma, os hospitais psiquiátricos não seriam mais do que um local de passagem para os doentes mentais, uma etapa transitória do tratamento. E, mesmo

assim, ele seria dividido, sendo cada interno alocado em locais nos quais os seus companheiros seriam pessoas advindas de sua comunidade. E, com a criação de espaços terapêuticos complementares ao manicômio houve a transferência do dispositivo de atendimento para a comunidade, quando antes ele era uma exclusividade do hospital psiquiátrico (Amarante, 1995).

O surgimento da Psiquiatria de Setor também remonta às condições dos hospitais psiquiátricos após a Segunda Guerra Mundial, quando um grupo de psiquiatras visitou manicômios franceses e reivindicou a imediata transformação daquelas instituições, já que elas não ofereciam condições terapêuticas para os internos.

A partir dos anos 1960, essa política foi adotada como oficial, já que a existência de asilos era muito cara para o governo e os mesmos tinham se tornado incapazes de lidar com novos transtornos mentais engendrados pelas sociedades capitalistas.

Mas essa experiência não foi além dos hospitais psiquiátricos porque acabava por conciliar o hospital com os serviços existentes fora deles, além de não ter promovido nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria (*op cit*).

A partir dos anos de 1960, os questionamentos do sistema de hospitais psiquiátricos transcenderam a esfera psiquiátrica e atingiram as estruturas sociais que os sustentavam, levando a uma problematização acerca da neutralidade científica. Já que as propostas de:

> (...) transformação da assistência psiquiátrica encontram-se imersas em contextos sócio-históricos precisos e, portanto, datadas e matizadas por jogos de interesse, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividade (Amarante, 1995, p. 48).

Nesta época houve um questionamento acerca da neutralidade pautada em uma acepção positivista da medicina e na crença de que apenas através de um tratamento médico-hospitalar chegar-se-ia a uma cura para a "loucura", porque o que deveria ser um espaço para a prática de medicina voltada às pessoas afetadas por transtornos mentais se tornou um local de sofrimento físico, psíquico e de segregação social (Basaglia, 2001).

Um dos movimentos mais importantes de reforma psiquiátrica foi o italiano, liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia (1924 – 1980). Um dos "seguidores" de Basaglia, o também italiano Franco Rotelli prestou consultoria através da Organização

Mundial de Saúde (OMS) ao Brasil nos anos 1980, contribuindo assim para a reforma em saúde mental em nosso país (Rotelli & Amarante, 1992).

Esta experiência italiana também pode ser compreendida enquanto um confronto com o hospital psiquiátrico, com o modelo inglês das comunidades terapêuticas e com a política de setor francesa, mas apreendendo destas experiências o caráter de busca pela democratização das relações entre todos que constituem a instituição hospitalar e a comunidade (Amarante, 1995).

A situação das instituições psiquiátricas, encontrada na Itália dos anos 1960 por Basaglia e descrita no livro "A Instituição Negada" (1968) relatava uma realidade de violência. A negação de tal local representou uma luta pelos direitos humanos dos pacientes e, dialeticamente, da equipe de profissionais e da sociedade.

Trata-se da elaboração de outras formas pautadas na ética para o atendimento, através da construção de uma nova política em saúde mental que deslocasse a ênfase do "processo de cura" para o de "invenção de saúde" (Hirdes, 2001). Para alcançar este objetivo, seria preciso o "desmantelamento" do aparato manicomial e a demolição da hierarquia do saber médico como o único legítimo, o que recairia no enriquecimento das competências profissionais e na mobilização de técnicos e pacientes para a construção de formas de cuidado/atenção em saúde mental.

Então, se para a psiquiatria clássica o foco era a doença mental, para Basaglia e sua equipe é o homem que ocupa este local, levando-se em conta a sociedade na qual ele está e o modo pelo qual ela lida com o sofrimento e a diferença para, desta forma, buscar condições que permitissem que o sofrimento individual e social pudessem ser redimensionados (Amarante, 1995). Ou seja, não se afirma que não exista a loucura, mas esta é entendida enquanto sofrimento social de um sujeito, e percebida como dor, angústia, mal-estar, que não seria compreendido pela psiquiatra e, por isto, acabaria sendo categorizado enquanto doença mental (Amarante, 1994).

Voltando a experiência descrita por Basaglia no livro citado acima, a primeira atitude tomada por ele e sua equipe foi a negação dos hospitais psiquiátricos pelos profissionais. Assim, em reuniões, eles decidiram que começariam por um gesto que parece simples (a abertura física de grades e portas que permitiram o livre circular dos internos), mas que encerra o simbolismo da negação da segregação daquelas pessoas, almejando a desconstrução do estigma de paciente/doente mental.

A cada atitude de negação do aparato manicomial tomada pelos profissionais e pelos internos havia reuniões, assembléias e discussões que serviam para analisar o

resultado. Cada ato de negação era tratado e analisado como um projeto no qual todos estavam engajados.

Esta negação ia além de uma crítica ao modelo manicomial e chegava às estruturas sociais que legitimavam tais locais. Para Basaglia e sua equipe a existência de hospitais psiquiátricos se dava porque havia a necessidade de excluir uma parcela de pessoas tida como diferentes, loucas, que fugiam à norma do que é aceito. Assim, coube à psiquiatria clássica a criação de conceitos de sintomas e doenças a respeito destas pessoas. Logo, a psiquiatria não seria uma ciência, porque ela não compreenderia a loucura, mas sim uma ideologia, porque ela justificaria a exclusão daquelas pessoas estigmatizadas (Amarante, 1994).

De uma forma resumida podemos afirmar que a proposta de Basaglia ofereceu quatro eixos para as transformações das instituições psiquiátricas: uma luta contra as estruturas psiquiátricas repressivas e de custódia, que vai dos hospitais até as formas de atendimento das equipes; a luta contra as estruturas psiquiátricas de institucionalização da doença; uma luta contra a institucionalização do sofrimento através da doença; e uma luta contra o sofrimento como uma necessidade no mundo capitalista (Amarante, 1995).

Assim, desinstitucionalizar o interno em manicômios não é apenas desospitalizar esta pessoa. Desospitalizar implica em modificações que levam a extinção de instituições hospitalares psiquiátricas, já desinstitucionalizar é "(...) entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos" (*op cit*, p. 53).

Em 1978, o parlamento italiano votou e aprovou a Lei 180 que proibiu a internação em hospitais psiquiátricos, tornando obrigatória a criação e construção de serviços substitutivos para o atendimento em saúde mental e desvinculou o estatuto jurídico do doente mental do conceito de periculosidade e da perda dos direitos civis, o que ocorria automaticamente quando do diagnóstico de doença mental.

Mesmo com falhas, esta lei é um marco e é conhecida como "Lei Basaglia", porque suas resoluções foram inspiradas pelo trabalho de negação dos manicômios realizado por ele no Hospital Psiquiátrico de Gorizia (*op cit*).

Com relação à reforma psiquiátrica italiana, é interessante constatar que ela foi a única à, efetivamente, buscar o desmantelamento e a negação das internações em hospitais psiquiátricos como forma de se tratar pessoas diagnosticadas como doentes mentais, ou seja, ela negou a exclusão da loucura. Ela, inclusive, foi além, buscando

criar toda uma nova forma de atendimento/atenção e uma outra nomenclatura para esta nova forma de atendimento em saúde mental.

Contudo, a Itália fez parte do "Eixo" e, durante a Segunda Guerra Mundial estava sob o jugo do regime fascista, aliado do nazismo. Como, então, este país conseguiu criar tal modelo de cuidados em saúde mental?

A explicação talvez seja que o que Basaglia encontrou no hospital de Gorizia o lembrasse do que tinha visto durante os anos de guerra. É importante frisar que ele foi prisioneiro nesta época, por fazer campanha contra o regime político totalitarista vigente em seu país (Amarante, 1994). E, impregnado por esta experiência e por vê-la, de certa forma, reproduzida em hospitais psiquiátricos, ele tenha questionado quão terapêutica ela seria. Concluindo que a única forma ética de atendimento em saúde mental seria construída com a desconstrução da instituição total, do manicômio.

Como já insinuamos, as propostas de Basaglia foram extremamente importantes para os questionamentos e construções da reforma psiquiátrica brasileira, o que discutiremos em mais profundidade agora.

Reforma Psiquiátrica Brasileira

Antes de abordar mais profundamente a reforma psiquiátrica brasileira é preciso problematizar o termo reforma. Seguindo Amarante (1995), no âmbito desta dissertação de Mestrado usaremos reforma psiquiátrica para designar um processo histórico de questionamentos e formulações críticas e práticas que têm como objetivo não apenas refletir acerca da ineficácia terapêutica do modelo clássico psiquiátrico de atendimento em saúde mental, mais também a construção de novas formas de atendimento dos ditos loucos que prescindam da psiquiatria clássica e das instituições hospitalares.

Contudo, é importante ressaltar que a expressão "reforma psiquiátrica" já foi utilizada de forma superficial para indicar aqueles movimentos que pretendiam melhorar as condições dos hospitais psiquiátricos para resgatar a função terapêutica dos mesmos, como a Psiquiatria de Setor, por exemplo. Tais movimentos partilhavam da idéia de ser a psiquiatria a ciência portadora do conhecimento válido em saúde mental e os hospitais psiquiátricos os locais verdadeiramente adequados para tratarem dos doentes mentais (*op cit*).

Assim sendo, é preciso ter em mente que o plano institucional da reforma, como a entendemos aqui, é, sim, o das políticas públicas, com o objetivo de oferecer à população um atendimento de qualidade em saúde mental, pautado no respeito a seus direitos e cidadania. Teríamos, então, como eixo da reforma psiquiátrica "(...) o direito de demandar e de ter uma resposta adequada, eficiente e suficiente na rede pública de atendimento" (Delgado, 2001, p. 153).

A expressão reforma psiquiátrica implicaria em uma nova forma de tratar e acolher a pessoa dita doente mental, através da negação da internação e do isolamento como formas de atendimento e da construção de espaços relacionados às condições políticas, econômicas, históricas e culturais que caracterizam as diferentes regiões brasileiras, possibilitando, assim, o exercício de práticas singulares (Oliveira & Fortunato, 2007).

No Brasil, as críticas ao modelo hospitalar de tratamento das pessoas diagnosticadas como doentes mentais começou por volta de 1978. Se, na Europa a situação dos manicômios fazia com que as pessoas lembrassem dos campos de concentração nazistas e fascistas, no Brasil o estado degradante dos hospitais psiquiátricos trazia à mente os calabouços e celas dos cárceres da Ditadura. Sendo assim, desde o início a luta em saúde mental confundiu-se com o processo de redemocratização de nosso país, já que buscava restaurar, nestes dois âmbitos, a cidadania de sujeitos tutelados, uns politicamente e outros psiquiatricamente. "A violência das instituições psiquiátricas é entendida no bojo da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, cidadãos de toda espécie" (*op cit*, p. 95).

O estopim do processo da reforma psiquiátrica brasileira foi a chamada "Crise da Dinsam". A Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental) era uma parte do Ministério da Saúde e, em abril de 1978, houve uma greve dos médicos que culminou com um pedido de demissão de 260 estagiários e profissionais. O motivo foi um registro, feito por três médicos, no livro de ocorrências do plantão do pronto socorro denunciando irregularidades administrativas e de atendimento da população ocorridas no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. Tal registro levou a público a calamitosa situação do hospital. Isso mobilizou profissionais de outras unidades o que resultou na referida greve.

Este é o momento do nascimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). E as denúncias e reivindicações neste período estavam centradas nos maus tratos e descaso da sociedade com os internos em manicômios, além da busca de

melhores condições de trabalho e salários. Este caráter humanitário das denúncias fez com que o movimento permanecesse atraindo a atenção da mídia por cerca de oito meses.

Essa greve teve um impacto tão grande na mídia, na população e na categoria dos trabalhadores em saúde mental não apenas pela paralisação das prestações de serviços médicos, mais principalmente por causa do conteúdo político das características da assistência que era prestada à população nas instituições psiquiátricas.

Em outubro de 1978 ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, na cidade de Camboriú, em Santa Catarina, ele foi uma oportunidade para a organização nacional desses movimentos de questionamentos das condições dos hospitais psiquiátricos e do trabalho dos profissionais em saúde mental. Esse encontro ficou conhecido como o "Congresso da Abertura", porque foi a primeira vez na qual os movimentos em saúde mental participaram de um encontro de setores considerados mais conservadores, como o da medicina psiquiátrica, além de ter estabelecido uma frente ampla a favor das mudanças. O congresso, desta forma, acabou por caracterizar-se por uma discussão político-ideológica, tendo se voltado não apenas para as políticas de saúde mental, mais também para questionamentos acerca do regime político nacional.

Assim, a situação de opressão encontrada nos hospitais psiquiátricos fazia eco com a situação política de ditadura em nosso país e discutir uma seria discutir a outra, já que era o governo repressor quem alimentava a política de saúde mental e se utilizava, inclusive, dos manicômios como locais de tortura e prisão para os ditos subversivos (Amarante, 1995).

Ainda em 1978 ocorre o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro. A realização dele permitiu a vinda ao Brasil dos principais idealizadores das correntes de pensamento crítico em saúde mental, como Franco Basaglia, Robert Castel e Irving Goffman. Basaglia, inclusive, denunciou o caráter elitista do evento (realizado no luxuoso hotel COPACABANA PALACE, no Rio de Janeiro) e da psicanálise.

Após esse congresso, outros debates aconteceram, já que se encontravam no país conferencistas de renome internacional. Basaglia, por exemplo, palestrou em universidades, sindicatos e associações, e sua influência é uma peça fundamental na construção do pensamento crítico e dos objetivos do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Em janeiro de 1979 aconteceu na cidade de São Paulo o I Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, que colocou em discussão uma nova identidade profissional que passasse pela busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade através da criação de sindicatos e associações de movimentos sociais. Neste encontro houve um repúdio oficial do uso das instituições psiquiátricas enquanto locais de repressão e do estigma dos internos em asilos psiquiátricos (Amarante, 1995).

Em novembro de 1979 ocorreu na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença de Franco Basaglia e Robert Castel. Os debates giraram em torno dos planos de reformulação da realidade assistencial brasileira em saúde mental.

Em 1980 ocorreu o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, no qual foram discutidos os problemas sociais relacionados à doença mental, além da política nacional de atendimento em saúde mental e as alternativas que poderiam ser construídas. Nele também foram denunciadas as atrocidades ocorridas nos hospitais psiquiátricos como o uso exagerado de terapias de eletro-choque e de medicamentos e a situação desumana na qual se encontravam os internos.

Na cidade de Salvador, Bahia, no mês de agosto de 1980 aconteceu o III Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria e as discussões foram centradas na questão da defesa dos direitos dos pacientes de instituições psiquiátricas.

É, então, constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional para apurar o real estado das instituições psiquiátricas brasileiras e a assistência que elas ofereciam à população, além de rever a legislação penal e civil que tratavam do doente mental e de vincular os serviços de saúde aos movimentos sociais "(...) que lutam não só pela liberdade de organização e participação políticas como também pela democratização da ordem econômico-social" (Amarante, 1995, p. 63).

Desta forma:

> A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (Tenório, 2002, p. 28).

Em 1987, os profissionais de saúde mental deram início a um movimento por uma sociedade sem manicômios, criando o "Dia Nacional da Luta Antimanicomial",

tendo sido escolhido inicialmente o dia 13 de maio por ser a data da aprovação da "Lei Basaglia" na Itália e também da abolição da escravatura. Atualmente, a data é comemorada no dia 18 de maio. O que era uma mobilização dos trabalhadores da área tornou-se um movimento social pelo fim dos manicômios (Figueiredo & Rodrigues, 2004).

Este foi um dos pontos da consolidação da reforma psiquiátrica brasileira na década de 1980, ou seja, o engajamento de outros setores da sociedade no movimento. Agora, a "causa" não era apenas dos trabalhadores em saúde mental, mais também dos usuários dos serviços, de seus familiares, amigos e de simpatizantes (Tenório, 2002).

Os outros dois aspectos de consolidação foram a luta por mudanças legislativas no que diz respeito aos serviços públicos de saúde mental, inclusive com uma busca pela diminuição da assistência manicomial privada financiada com dinheiro público, além do surgimento de novas experiências de atendimento em saúde mental bem-sucedidas.

Ainda em 1987, antes mesmo da apresentação do projeto, surgiu na cidade de São Paulo um novo serviço de atendimento em saúde mental, de caráter público e financiado pelo governo, que recebeu o nome Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira que, anos depois, tornou-se o modelo institucional para os outros CAPS brasileiros. Inclusive, a sigla CAPS foi criada pelos usuários deste serviço sendo posteriormente adotada em todo o país (Goldberg *in* Pitta, 1996).

Neste serviço, o foco saiu da doença para a pessoa doente e de como ela poderia ser atendida em seu território. O termo território não é apenas a área geográfica de residência da pessoa, ele inclui o conjunto de referências socioculturais e econômicas que fazem parte da existência e do projeto de vida de cada um (Tenório, 2002).

Já na cidade de Santos houve uma intervenção pública na clínica Casa de Saúde Anchieta, de administração municipal, por causa das denúncias de mortes, violência e maus-tratos para com os internos, em 1989. Essa intervenção começou com a desapropriação do prédio e do terreno nos quais estava instalada a clínica e, já no primeiro dia, houve a suspensão dos eletro-choques que eram usados como prática punitiva e de coação, foram arrancadas as grades das janelas e as portas das celas fortes, além de terem sido proibidos todos os tipos de violência física e psicológica. Essa intervenção atraiu a atenção pública e fez com que os modos de atendimento em saúde mental passassem a ser discutidos pela população.

Após esse momento de recuperação das características de hospital desta clínica ocorreu um processo de desmantelamento dele através da criação dos Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS).

Os NAPS eram estruturas abertas, regionalizadas, que ofereciam atendimento 24 horas, inclusive internação, e visitas domiciliares para as pessoas que por algum motivo não pudessem ir ao local. O objetivo de tais instituições era oferecer aos usuários uma assistência humanizada, com atendimento de psiquiatras, psicólogos, atividades em grupo e o que fosse necessário para a re-integração social dos antigos internos da Casa de Saúde Anchieta. Além de ofereceram uma assistência psíquica aos que nunca tinham passado por aquele manicômio, no sentido de evitar que eles fossem encaminhados para uma instituição psiquiátrica (*op cit*).

Houve, então, a regulamentação da criação de Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial pelo governo federal através das portarias 189, de 1991, e 224, de 1992. Desta forma, o governo regulamentou e passou a financiar a criação de novas formas de atendimento em saúde mental que prescindiam de hospitais psiquiátricos.

Por toda a década de 1990, a criação de CAPS e NAPS aumentou pelo Brasil, o que expandiu e consolidou um novo modo de se pensar a saúde mental no campo das políticas públicas. E, neste período histórico, houve o início da construção de um novo modo de se pensar a loucura, mudança essa instigada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que, desde a década de 1980, contava com a participação de outras parcelas da sociedade, como já vimos (Tenório, 2002).

Em 2001, houve a aprovação do Projeto de Lei número 10.216 (anexo I), proposto pelo Deputado Paulo Delgado em 1989, que prevê, entre outras coisas, a extinção progressiva dos manicômios.

O texto inicialmente proposto era simples e contava com apenas três artigos: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento das verbas para a criação de outras formas de atendimento em saúde mental que não fossem manicomiais; e, por fim, haveria a obrigação de se comunicar as internações compulsórias às autoridades judiciais, que iriam julgar sua legitimidade (*op cit*).

Assim, com uma proposta de lei simples, eram abolidas duas características do atendimento aos doentes mentais: os manicômios como única forma de tratamento, inclusive como opção única de assistência pública à loucura, e a legitimação do doente

mental como uma pessoa destituída de direitos e deveres. E, mais, essa lei trazia a responsabilidade ao poder público de buscar novas formas de atendimento em saúde mental que passassem pelo respeito à cidadania e aos direitos humanos dos tidos como possuidores de transtornos mentais. "(...) a lei finalmente aprovada – Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 – foi considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista, um passo à frente" (*op cit*, p. 36).

Contudo, no inciso primeiro do Artigo 4°, a nossa atual legislação (vide anexo I) trata da indicação de internação em hospitais psiquiátricos apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e o tratamento oferecido nestas instituições teriam que buscar permanentemente a reinserção social do paciente. No inciso terceiro deste mesmo artigo há a proibição da internação em instituições com características de asilo, ou seja, que não ofereçam assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros, como expresso no inciso segundo.

Ora, a Lei 10.216 não poderia ser mais contraditória, já que reconhece o caráter excludente de instituições hospitalares voltadas para o atendimento psiquiátrico e mesmo buscando outras formas de atendimento, como fica claro no Artigo 2°, legitima a internação em tais locais. E, vai além, porque reconhece a internação em hospitais como um último recurso, quando todos os outros se mostraram insuficientes.

Neste momento, cabem as perguntas: seria esta uma legitimação do saber médico como o competente para lidar com a loucura? Ou teria sido uma concessão necessária ao referido primeiro texto da lei para que houvesse a aprovação da mesma pelos poderes políticos de nosso país? Ou teriam sido estas duas conjecturas: uma concessão necessária porque a loucura é sim da competência dos médicos e o que os serviços substitutivos farão é uma "triagem" dos verdadeiramente loucos daqueles que apenas tiveram um "momento de crise"?

As respostas não serão encontradas nesta dissertação. Cremos que só a história, apenas os próximos eventos referentes à reforma psiquiátrica em nosso país, poderão responder a estes questionamentos.

Assim sendo, voltando às políticas originadas pela reforma psiquiátrica, foram criadas novas formas de lidar com o sofrimento mental. Além, é claro, de buscarem-se maneiras de tratar as pessoas egressas dos "falidos" hospitais psiquiátricos, em serviços substitutivos aos mesmos (Hirdes, 2001).

Os serviços substitutivos têm como idéia central a desinstitucionalização, ou seja, a retirada dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, oferecendo tratamento intensivo e de qualidade a estas pessoas e seus familiares, por um tempo tão longo quanto o da progressão da doença, e sem afastá-los de suas famílias e sociedade mais ampla (Rosa, 2003).

Para tal, haveria a queda dos muros dos hospitais, da reclusão e da mudança de foco da doença mental para a saúde mental:

> O fato é que a pretensão de detonar um processo de desinstitucionalização não se garante pela simples criação de um serviço aberto e mais humanitário do que aquele que se esconde por detrás dos muros do Hospital Psiquiátrico. A tarefa é mais complexa e trata-se, de fato, de transformar concepções e relações (*op cit*, pág. 316).

Um dos pilares que fundamentam a criação dos serviços substitutivos é o conceito de cidadania, que implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social, e o acesso aos bens materias e culturais da sociedade (Amaral & Durman, 2004).

Esta definição de cidadania exposta acima pode ser tida, também, como uma construção sócio-histórica advinda deste processo de elaboração de uma nova forma em se lidar com a loucura. Já que, segundo Benilton Bezerra Jr. (2002), o aparente paradoxo entre cidadania e loucura foi firmado no surgimento da psiquiatria, como já foi discutido, através da normatização biológica entre razão/desrazão, o que levou à dicotomia inclusão/exclusão dos pacientes mentais. “Descrever a loucura como negatividade de uma razão que se impõe como normativa é condenar o louco à condição de excluído daquilo que definiria a própria humanidade do homem” (*op cit*, p. 118).

Historicamente, este suposto paradoxo entre cidadania e loucura estaria presente em nossa tradição racionalista de pensar e falar sobre o mundo, que afirmaria a cidadania ser a plena posse da razão. O louco seria aquele excluído da razão e, consequentemente, da cidadania.

Assim, ao se elaborar formas de atendimento em saúde mental que não impliquem na hospitalização e exclusão dos loucos, encontramos a cidadania como construção cultural, que não estaria baseada necessariamente nos pressupostos racionalistas. E que não percebe a loucura e a cidadania como um paradoxo (*op cit*).

Por fim, segundo Rosa (2003, p. 319), os serviços substitutivos devem:

> (...) oferecer diversos espaços terapêuticos, possibilitando aos usuários o estabelecimento de vínculos, o acolhimento, as trocas, as relações, as ligações, o aprendizado e as construções necessárias para que efetive seu projeto de tratamento. Tal projeto deve ser repensado constantemente, uma vez que as necessidades dos usuários transformam-se no decorrer do tempo e o serviço procura contemplar esses diversos níveis de necessidade.

Tendo reconstruído, então, a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira exporemos, em seguida, os principais serviços substitutivos aos manicômios advindos dela. Contudo, antes de fazermos isso é importante dizer que especificamente acerca da reforma psiquiátrica no Estado de Pernambuco encontramos pouquíssimos dados de como este movimento começou e se expandiu.

Em uma busca a base de dados on-line de teses e dissertações da Universidade Federal de Pernambuco, já citada na introdução, encontramos uma tese de doutorado e uma dissertação de mestrado voltadas para o contexto do surgimento de serviços substitutivos, mas sem dar ênfase na história da reforma psiquiátrica em Pernambuco. Todavia, através desta dissertação de mestrado encontrada (Fonseca, 2006), descobrimos que o serviço substitutivo residência terapêutica começou a funcionar em 2002 na cidade de Recife.

Tivemos acesso também a uma outra dissertação de mestrado, Lyra (2002), que relata os mecanismos de resistência às mudanças propostas pela reforma psiquiátrica no Hospital Ulysses Pernambucano, uma instituição psiquiátrica clássica. Importante lembrar que a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica é de 2001, o que torna esta pesquisa um marco histórico deste período de transição.

Com relação ao Hospital Ulysses Pernambucano em janeiro de 2008 ele ainda contava com 200 leitos para internação psiquiátrica, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (http://www.datasus.gov.br, acessado em 14 de janeiro de 2008). Além de estar em meio a uma polêmica, já que o terreno e o prédio no qual o hospital está instalado, no Bairro da Tamarineira, pertencem a uma ordem religiosa que, prevendo o fechamento da instituição psiquiátrica nos próximos anos, articulou a venda do espaço para um grupo que pretendia construir um centro comercial no local. Contudo, os moradores do bairro, profissionais em saúde mental e usuários e ex-usuários do Hospital Ulysses Pernambucano se mobilizaram contra tal projeto. O desfecho de tal situação ainda não está claro.

Voltaremos agora para uma discussão mais aprofundada de quais e quantos são os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos existentes no Brasil.

Serviços Substitutivos aos Manicômios

Atualmente, no Brasil, existem três serviços substitutivos realmente em funcionamento. São eles: as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

As residências terapêuticas são casas alugadas com recursos públicos e divididas por pacientes antes internos em hospitais psiquiátricos e que não têm a opção de voltar ao convívio familiar. Estes pacientes recebem atendimento na rede de saúde mental existente no município, já que as residências precisam estar vinculadas a um centro de atenção psicossocial ou a algum ambulatório em saúde mental. Há 479 residências terapêuticas em funcionamento no Brasil, destas 324 estão na Região Sudeste, 62 na Região Sul, 20 na Região Centro-Oeste e 73 na Região Nordeste, sendo que 13 no Estado de Pernambuco (dados obtidos no site do Ministério da Saúde, acessado em janeiro de 2008).

O Programa de Volta para Casa é destinado às pessoas que, mesmo internadas em hospitais psiquiátricos por um longo período, possuiriam vínculos familiares que permitissem o retorno a esta família de origem. É importante salientar que, segundo a legislação brasileira, um período de dois anos em hospitais psiquiátricos já é considerado como de longa permanência; e que, como incentivo a esses pacientes e a suas famílias, foi criado o auxílio-reabilitação psicossocial, no valor de duzentos e quarenta reais (R$ 240,00).

Este benefício tem a duração de um ano, podendo ser renovado caso seja necessário aos propósitos da reintegração social do paciente; receberão aqueles pacientes que, egressos de hospitais psiquiátricos, tenham necessidade de um auxílio financeiro, bem como consintam em se submeter às regras do programa, ou seja, buscar a atenção continuada em saúde mental, que lhe fica garantida na rede de saúde local ou regional. A suspensão do pagamento do auxílio se dará quando o beneficiado for reinternado em hospital psiquiátrico, ou quando forem alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente, que serão referendados pelo técnico em

saúde mental responsável diretamente pelo atendimento desta pessoa. Segundo dados do Ministério da Saúde, até 2007 foram atendidos 2741 beneficiários pelo auxílio-reabilitação psicossocial. Não obtivemos dados do total de pessoas beneficiadas pelo Programa de Volta para Casa no Estado de Pernambuco.

Contudo, não podemos descartar os eventuais perigos deste benefício financeiro no contexto de pobreza em que vive grande parte dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. Inclusive o psiquiatra do centro de atenção psicossocial no qual realizamos a pesquisa, quando do grupo focal, mencionou que muitas famílias "sabotam" o tratamento de usuários porque este benefício é a única fonte de renda que possuem. Não questionamos ou propomos a suspensão do auxílio-reabilitação psicossocial, mas nos perguntamos se não haveria uma forma dele continuar a existir e, concomitantemente, não representar uma ameaça à reabilitação psicossocial do beneficiado, quando deveria ser um incentivo?

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem o serviço substitutivo com o maior número de unidades. São serviços de atenção diária, inseridos na comunidade, que oferecem desde atendimento clínico até atividades que promovam a reabilitação psicossocial. Existem três tipos de CAPS, classificados segundo a sua capacidade de atendimento: o CAPS I atende a uma região de referência de até 50000 habitantes; o CAPS II atende a um território de até 100000 habitantes; e o CAPS III que funciona 24 horas por dia e pode responder à demanda de uma região de até 150000 habitantes. Há ainda os CAPSi que prestam atendimento às crianças e adolescentes, e os CAPSad para as pessoas que possuem transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas.

Uma equipe mínima de atendimento de um CAPS é composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de enfermagem (dados obtidos no site do Ministério da Saúde, acessado em fevereiro de 2007).

Para uma perspectiva de como o investimento em CAPS é muito maior do que nos outros serviços substitutivos citados acima, o site do Ministério da Saúde do Brasil, também em janeiro de 2008, afirma que existem 1123 CAPS no país. Destes 508 são CAPS I, 341 são CAPS II, 38 são CAPS III, 83 são CAPSi e 153 são CAPSad.

No Estado de Pernambuco existem 33 CAPS, sendo 8 CAPS do tipo I, 14 CAPS II, 1 do tipo III, 3 CAPSi, e 7 CAPS ad, o que dá uma média de 0,35 CAPS por

100000 habitantes. Foi em um destes CAPS II que realizamos a pesquisa descrita nesta dissertação de Mestrado.

Contudo, mesmo com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (vide anexo I), que homologou a extinção gradativa dos manicômios, a existência de leitos em hospitais psiquiátricos ainda é uma realidade. Segundo dados obtidos no site do Ministério da Saúde do Brasil, em janeiro de 2008, existem 38.842 leitos psiquiátricos no Brasil, distribuídos em 224 hospitais psiquiátricos. Deste total, o Estado de Pernambuco fica com 3.063 leitos, em 16 hospitais psiquiátricos. Pode-se, todavia, constatar uma queda no número de vagas em tais instituições, já que em 2002, em todo o país, havia 240 hospitais psiquiátricos com 50.805 leitos.

Voltando aos serviços substitutivos, a idéia central de tais estabelecimentos voltados para a saúde mental é a quebra da noção de institucionalização imposta pelos manicômios. Não há mais muros e os usuários não são internos nem pacientes, mas ativos em seus projetos terapêuticos. Propõe-se, desta forma, superar a exclusão que marcava os tratamentos psiquiátricos hospitalares através do resgate da cidadania, e do reconhecimento, enquanto sujeitos, destas pessoas (Rosa, 2003). Agora, a cidadania não é restrita aos ditos sãos, não constituindo a loucura uma categoria de exclusão.

Com relação aos egressos de longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, a atual legislação brasileira homologou que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação grave de dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, tendo assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

A reabilitação psicossocial poderia, então, ser compreendida como um processo de restituição do poder contratual do usuário dos hospitais psiquiátricos (Fonsêca, 2005). Ou seja, a restituição da cidadania destas pessoas. Contudo, seria preciso tomar cuidado, como ressaltou Fonsêca em sua dissertação de Mestrado, para que a reabilitação psicossocial não seja apenas uma simples adaptação aos modos de funcionamento do mundo fora dos manicômios. A citada pesquisadora também chamou a atenção para a diversidade de conceitualizações e práticas dos profissionais referentes à mesma, o que será agora aprofundado por nós.

A Questão da Reabilitação Psicossocial

Antes de discutir a reabilitação psicossocial, é preciso explicitar quais motivos a fizeram ser um assunto relevante para a discussão científica e a prática em saúde mental, a ponto de estar regulamentada na lei brasileira (vide anexo I) no Artigo 5°:

> O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

E, o que se pode apreender, deste artigo, é que a reabilitação psicossocial seria um procedimento reservado para aqueles portadores de transtornos mentais tidos como "crônicos", que foram vítimas de longos períodos de internação em manicômios, a ser realizado por um técnico em saúde mental competente, no intuito de devolver à vida em sociedade um paciente que passou pelo processo de institucionalização. Ou seja, seria uma prática de atenção em saúde mental voltada para aqueles que ainda estão nos leitos remanescentes dos manicômios, ou que estão prestes a saírem destes.

Voltando aos motivos que tornaram a reabilitação psicossocial um assunto cientificamente importante, segundo Hirdes (2001), a primeira razão a ser levada em conta é a diminuição progressiva dos pacientes internos em hospitais psiquiátricos em alguns países ocidentais, como a Itália e a Inglaterra, a partir dos anos de 1960, devido aos movimentos de reforma psiquiátrica. Assim, haveria a necessidade da criação de alternativas terapêuticas, fora dos hospitais psiquiátricos, para estas pessoas.

Houve, também, uma busca pelo reconhecimento dos direitos dos pacientes ainda internos, o que demandou a elaboração de outras formas de atendimento dentro dos hospitais, que fossem além do uso dos medicamentos e coerção física.

E, por fim, a "descoberta" psiquiátrica de que doenças como a esquizofrenia e a psicose não seguem uma carreira até a completa deterioração das funções físicas e psíquicas dos pacientes. Ou seja, essas pessoas poderiam ser tratadas e o manejo das variáveis família e comunidade seriam imprescindíveis.

Sendo assim, a reabilitação psicossocial surgiu como uma alternativa para tais situações em contextos sócio-históricos que buscavam não apenas a humanização de

instituições psiquiátricas, mas que partiriam do pressuposto de que os “loucos” não deixam de ser cidadãos quando diagnosticados como possuidores de algum transtorno mental.

E, especificamente com o movimento de reforma psiquiátrica na Itália, havia essa necessidade de se elaborar um conjunto de formas de atendimento em saúde mental que seriam aplicadas nos serviços substitutivos que vinham surgindo com o desmantelamento dos manicômios. Situação similar a do nosso país com as conquistas advindas da reforma psiquiátrica, como a criação dos centros de atenção psicossocial e a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Por fim, e como já explicitamos na introdução, existem poucos trabalhos brasileiros sobre o tema. E, no estado de Pernambuco, encontramos apenas uma dissertação de mestrado focada na reabilitação psicossocial enquanto poder contratual, aqui entendido como a capacidade em realizar trocas e negociações no cotidiano através da definição de interesses e relações para a própria vida de usuários de serviços de residência terapêutica da cidade de Recife (Fonseca, 2006). Desta forma, esta escassez de pesquisas acerca de um tema tão relevante em nosso contexto de reforma psiquiátrica e serviços substitutivos incipientes foi um dos motivos que nos levaram a realizar este trabalho.

A Problemática da Nomeação

Algo que também precisa ser destacado é a problemática da nomenclatura. Por estar em elaboração, advinda da desospitalização e desinstitucionalização dos pacientes e profissionais em saúde mental, existem dificuldades no uso do termo reabilitação psicossocial ou de qualquer outro. Hirdes (2001) usa, em seu livro, reabilitação psicossocial e reabilitação psiquiátrica como sinônimos. Preferimos o primeiro por acreditarmos que este processo não poderia se dar em um espaço de instituição total.

Já Delgado (*in* Tundis & Costa, 1987) usa ressocialização para designar a reabilitação, a recuperação da identidade psíquica e social, como um termo específico para os pacientes internos em hospitais psiquiátricos, os doentes mentais. E, citando Basaglia, para ele seria impossível que a ressocialização viesse a acontecer em um ambiente de instituição total, como o dos manicômios, porque tais locais eram e são caracterizados como segregadores e estigmatizantes, como já discutido neste trabalho.

Nesta dissertação optou-se pelo uso da expressão reabilitação psicossocial já que esta é usada na legislação brasileira sobre a reforma psiquiátrica, referencial que norteia esta pesquisa.

Segundo Pitta (1996), no Brasil o termo reabilitação seria (ou é?) carregado de preconceitos e prejuízos, porque etimologicamente o prefixo latino "re" evocaria a idéia de repetição. "Habilitação" seria o ato ou efeito de se tornar hábil e/ou capaz de alguma coisa através de um conjunto de conhecimentos, aptidões e capacidades. E, ainda, habilitar teria um valor jurídico para a obtenção de um direito ou demonstração de uma capacidade, como ao se "tirar a habilitação" para dirigir automóvel.

Ao se juntar o prefixo "re" com a palavra habilitação, criando assim a "reabilitação", evocar-se-ia um sentido de recobrança de crédito, estima ou bom conceito perante a sociedade.

No caso do uso em saúde mental seria uma recuperação de faculdades psíquicas de incapacitados, o que implicaria em um sentido "ortopédico" de reabilitação. Já esta acepção remeteria aos serviços brasileiros de reabilitação de pessoas que passaram por algum trauma ou acidente, prevalecendo, desta forma, um modelo mecânico de concerto de fraturas, em uma busca por uma "normalidade" fisiológica. Ou, no caso, "normalidade" psíquica.

O termo psicossocial foi criado em movimentos de crítica ao modelo médico reducionista que focava apenas o âmbito biológico, desconsiderando, assim, os aspectos e contextos sociais e culturais do processo saúde-adoecer. Desta forma, surgiu a medicina integral, trazendo uma visão de homem biopsicosocial ao universo médico.

Foi, então, através da Psiquiatria Comunitária, influência da reforma psiquiátrica norte-americana já discutida nesta dissertação, que o termo psicossocial chegou ao campo das reformas psiquiátricas, a partir de 1960.

Em 1980, o termo psicossocial começou a ser usado como nomenclatura para novos dispositivos institucionais, como os centros de atenção psicossocial, por exemplo, que buscam romper com o paradigma hospitalar psiquiátrico como única forma de atendimento em saúde mental (Pinto, 2006).

Ao se juntar os dois termos, surgindo assim a reabilitação psicossocial, poderia haver uma evocação de uma técnica que buscaria uma "retomada da normalidade" perdida por pessoas diagnosticadas com transtornos mentais (Pitta, 1996). Isto implicaria em um reducionismo no atendimento em saúde mental já que os médicos seriam os mais indicados a cuidar destes "desvios" fisiológicos ao empregarem técnicas

reabilitadoras, como o uso de algum medicamento que restituiria a normalidade fisiológica da mente (Benetton *in* Pitta, 1996).

Benetton (*in* Pitta, 1996, p. 149), acaba por propor o abandono do termo reabilitação psicossocial porque:

> (...) o termo "reabilitação" precisa ser desvinculado de estados de exceção e precisa, ao mesmo tempo, ter e manter compromissos de fato com o desenvolvimento de vida, qualquer vida, no sentido da trama do cotidiano que implica na aceitação de tudo o que é habitual.

Ou seja, o termo reabilitação psicossocial não deveria ser utilizado no sentido de, por exemplo, casos de pessoas diagnosticadas como psicóticas que voltariam a ser o que eram antes da doença. Isto nunca aconteceria, já que a pessoa, ao passar pela reabilitação psicossocial, não voltaria ao que outrora tinha sido por causa da experiência da doença, mas poderia tornar-se capaz de ter e manter uma vida, com capacidades e aptidões readquiridas. Contudo, nunca seria como se ela não tivesse, em sua história, experienciado algum transtorno mental.

Universo Teórico da Reabilitação Psicossocial

Adentrando o universo teórico da reabilitação psicossocial, Saraceno (*in* Pitta, 1996) afirma que a reabilitação psicossocial seria uma prática a espera de uma teoria e que, por isto, acaba por se apoiar em ideologias, tais como aquela que afirma ser necessário capacitar os descapacitados, ou que os fracos devem ser apoiados, já que a sociedade por ser má os delegou à marginalidade.

Para ele, a prática da reabilitação psicossocial seria muito mais refinada do que qualquer teoria atualmente existente, já que estas estariam sempre fundamentadas em uma concepção hipocrático-médica advinda da clínica, na qual os profissionais são os detentores dos conhecimentos necessários para a realização da reabilitação psicossocial, enquanto os pacientes seriam isto, pacientes. Este autor, citado em Benetton (*in* Pitta, 1996), diz que, antes de qualquer coisa, a reabilitação psicossocial seria um processo de restituição, construção e reconstrução de direitos políticos, legais e sociais para o cidadão.

Ou seja, a reabilitação psicossocial é diferente de tratamento. Já que o tratamento seria a remoção de sintomas, enquanto que a reabilitação estaria muito mais

voltada à aquisição de habilidades funcionais que permitiriam que o sujeito vivesse da forma mais independente possível (Marques *in* Pitta, 1996).

A reabilitação psicossocial também não seria apenas mais uma técnica empregada por profissionais especializados em saúde mental, dentro e fora do contexto hospitalar. Segundo Saraceno (*in* Pitta, 1996), a própria construção histórica atual em saúde mental, com a desinstitucionalização dos internos em manicômios e a busca pela criação de serviços substitutivos a estes, aponta para ela como uma exigência e necessidade éticas. "E, portanto, deve pertencer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental." (*op cit,* p. 13-14). Para este autor, a reabilitação psicossocial é muito mais do que uma tecnologia criada para passar um usuário de serviços em saúde mental de um estado desabilitado para um habilitado a viver em sociedade.

Desta forma, por ser a reabilitação algo que busca lidar com a questão da saúde mental de forma global já implicaria em uma mudança de perspectiva do que viria a ser um serviço em saúde mental. Assim, não haveria os profissionais reabilitadores, mas sim equipes com profissionais em diversas especialidades criando e trabalhando em serviços de reabilitação psicossocial. E, ainda, não seria algo restrito à relação técnico de referência e usuário, mas envolveria todos os usuários e profissionais, as famílias dos usuários e a comunidade (*op cit*).

Logo, reabilitar estaria intrinsecamente ligado a questão da cidadania. Ainda segundo Saraceno, não haveria a necessidade da existência de esquizofrênicos pintores ou que fizessem cinzeiros, mas sim de cidadãos. A pintura e a confecção de objetos artesanais, por exemplo, seriam técnicas que começariam o processo de reabilitação. A grande questão seria o exercício da cidadania. Caso contrário estas técnicas classificar-se-iam apenas como entretenimento.

Pegando a origem italiana desta palavra temos entretenimento como diversão, mas a sua origem latina significa manter dentro. Ou seja, o que diferencia um serviço de atendimento em saúde mental que emprega técnicas reabilitadoras como o teatro ou a pintura, de um que promove a reabilitação psicossocial é o exercício da cidadania por parte dos usuários:

> A construção da plena cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que operam contra, ou operam a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social. Tudo o que está contra isso, está contra a reabilitação. Tudo que está a favor disso, é uma variável que coopera para reabilitação (*op cit*, p. 17-18).

As Questões Conceitual e Prática

No que diz respeito à questão conceitual há uma diversidade de conceitualizações de práticas referentes à reabilitação psicossocial em saúde mental, principalmente na literatura de países como a Inglaterra e a Itália. Sendo as conceitualizações de origem anglo-saxônica possuidoras de um caráter funcionalista mais evidente em comparação com as italianas. Contudo, existem poucos trabalhos brasileiros que lidem com este tema (Hirdes, 2001).

Para Delgado (*in* Tundis & Costa, 1987) a ressocialização, que seria a reabilitação, a recuperação da identidade psíquica e social de doentes mentais, pode ser compreendida como um conjunto de estratégias terapêuticas elaboradas em um contexto de atendimento em saúde mental não excludente desenvolvido para a reconstrução da cidadania das pessoas internadas por longos períodos em hospitais psiquiátricos.

Segundo Hirdes (2001), uma definição produzida por profissionais e pesquisadores de vários países, conhecida por "Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial", afirma que:

> (...) reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade para indivíduos – que são prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental – alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. Isto implica ambos os indivíduos – profissionais e usuários – melhorando competências e introduzindo mudanças ambientais para criar uma vida com a melhor qualidade possível para pessoas que experimentaram uma desordem mental, ou têm uma deteriorização mental que produz um certo grau de inaptidão (*op cit*, p. 65).

Desta forma, temos como condições para o desenvolvimento da reabilitação psicossocial a individualização dos serviços, ou seja, o projeto terapêutico tem que ser construído para um indivíduo específico. Também teria que se acreditar no potencial individual para a mudança e o desenvolvimento, além do aumento das competências com a aquisição de novas habilidades. A ênfase do programa de reabilitação psicossocial estaria na força de vontade e nas habilidades individuais e não na redução de problemas ou sintomas. O contexto específico é de fundamental importância já que serviria de suporte para o aprendizado de novas competências. Há, ainda, a necessidade

de criação de um vínculo íntimo e de confiança com os profissionais, contudo, quem tomaria as decisões acerca do atendimento, inclusive sobre a duração, seria o cliente ([*]).

A partir da definição citada acima e das condições para o desenvolvimento da reabilitação psicossocial, claramente de influência norte-americana, além de marcada pela diversidade de opiniões e modos de atuar, pode-se entender a reabilitação psicossocial como um processo que se dá em um determinado contexto sócio-histórico-cultural e seria irrealizável dentro de hospitais psiquiátricos. Já que a vida nos manicômios seria pautada por uma lógica da psiquiatria, legitimada na suposta cientificidade positivista, que se auto-regula e auto-reproduz em detrimento de aspectos sócio-histórico-culturais provenientes de uma sociedade mais ampla. Por exemplo, dentro de um manicômio seria importante o controle dos horários, mas não o acesso dos internos a bens culturais.

Por isso a reabilitação psicossocial constitui um processo que é extremamente complexo e difícil de conceitualização, já que existem diversas culturas e todas são ricas em possibilidades, que devem ser construídas cotidianamente. Não há, então, uma fórmula certa e pronta para ser aplicada no que se refere a este modo de lidar em saúde mental (Hirdes, 2001).

Segundo Pitta (1996), em um sentido instrumental, a reabilitação psicossocial seria um conjunto de programas e serviços desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas considerados severos e persistentes em saúde mental, através da ênfase em aspectos mais "sadios" do organismo e vida destas pessoas e com uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional no potencial residencial, social, recreacional e educacional ajustado com as demandas individuais de cada indivíduo e seu contexto sócio-histórico-cultural.

Ainda segundo esta autora, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1987 definiu a Reabilitação Psicossocial como "(...) o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitadores da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (Pitta, 1996, p. 21)".

Para tal, a OMS definiu categorias de danos que serviriam para classificar as atuações em reabilitação psicossocial. A primeira, *impairment*, se refere a uma alteração, deteriorização e/ou diminuição da função psicológica, social, anatômica ou

---

[*] Em nossas pesquisas apenas esta autora, Hirdes (2001), utiliza o termo cliente. É muito mais comum o uso do termo usuário para designar as pessoas que freqüentam serviços substitutivos em saúde mental.

fisiológica, que seria determinada por algum dano orgânico ou funcional e as formas de tratamento envolveriam medicamentos, psicoterapia, fisioterapia e qualquer outra especialidade necessária.

Disabitily seria a restrição ou carência de habilidades para o desempenho de atividades socialmente necessárias advindas do dano (*impairment*). As formas de tratamento seriam a laborterapia, o treinamento em habilidades sociais e a reabilitação vocacional.

Já no caso do *handicap*, ou seja, das desvantagens advindas de uma alteração – *impairment* – ou de desabilidades – *disabitily* – resultantes de uma alteração de longo prazo do estado "normal" de uma pessoa, o tratamento seria mais complexo e chegaria a envolver alternativas residenciais e programas de suporte comunitário nas áreas de trabalho, educação, transporte e lazer (*op cit*).

Esta autora também realça a importância de uma construção ética dos serviços de saúde mental reabilitadores psicossociais, que precisam levar em conta quando de sua construção quem seriam estas pessoas tidas como desabilitadas. Seriam pessoas que vivem em uma sociedade desigual e intolerante com a diferença, que teriam apenas a chance de uma vida "louca" sem jamais ter conseguido se "habilitar"? Ou seja, voltamos para a questão da ética e da cidadania.

Segundo Pinto (2006), ao terminar a análise dos dados de sua dissertação de mestrado sobre a reabilitação psicossocial em um centro de atenção psicossocial da rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro, a reabilitação psicossocial poderia ser entendida como uma técnica de intervenção, de medicalização do social, de biopoder, de controle do corpo e este seria o grande risco que ela representaria. Isto se daria quando ela assumisse um caráter controlador e não transformador no e do atendimento em saúde mental.

Voltando para Pitta (1996) e ainda dando prosseguimento à questão levantada por Pinto (2006), poder-se-ia afirmar que se existir uma técnica de reabilitação psicossocial esta teria que aproveitar todas as outras técnicas existentes no intuito de estabelecer melhores negociações entre as chamadas necessidades dos usuários e as oportunidades/recursos existentes no contexto de vida dele. Sendo importante que este termo não se torne apenas um novo jargão usado para referendar velhas práticas em saúde mental que apenas mudariam de contexto de atendimento, mas que ainda estariam pautadas em relações de poder nas quais as pessoas possuidoras de razão subjugariam os ditos loucos (Foucault, 2002). Ou seja, a reabilitação psicossocial em tais situações

reproduziria uma prática que teria mudado apenas de espaço, saindo dos muros e grades dos manicômios para as salas e serviços dos CAPS. Como possivelmente ocorreu no serviço analisado por Pinto (2006).

CAPS como Espaços Promotores da Reabilitação Psicossocial

Goldberg (*in* Pitta, 1996) afirma que a noção dos centros de atenção psicossocial como locais que promoveriam a reabilitação psicossocial foi construída aos poucos, durante o processo histórico de constituição destes serviços substitutivos. Isso se deu porque eles são caracterizados enquanto uma modalidade de assistência pública em saúde mental individual e coletiva, com equipes interdisciplinares, extra-hospitalar, crítico-social, democrático e em busca da criação de uma ética e política competentes em saúde mental (Sampaio & Santos, *in* Pitta, 1996).

E, mais, os CAPS estariam em busca de romper com aquele segundo sentido de entretenimento, o de manter dentro, que foi o que caracterizou o paradigma hospitalar de atendimento em saúde mental, além de problematizar a questão da cidadania dos ditos "loucos".

Oliveira & Fortunato (2007), partindo de um referencial teórico que dialoga também com obras do filósofo francês Michel Foucault buscam desconstruir a loucura como objeto de estudo e tratamento pautado em uma verdade científica. Segundo as autoras, a escolha por Foucault foi devido ao fato de que ele, com o livro "A História da Loucura", levantou a possibilidade de se compreender a loucura e os saberes e práticas em saúde mental não apenas a partir do pensamento racional, aquele advindo das idéias de Descartes e aprofundadas pelo Iluminismo, e tão caro ao mundo Ocidental.

Assim, a loucura diria respeito a diversas questões acerca da vida, da suposta verdade advinda da ciência moderna, além de problematizar esses registros de verdade e a separação entre loucura e razão. Ou seja, a loucura seria algo construído e não um conceito fechado, provado, de uma determinada teoria científica, seja ela a Psiquiatria ou a Psicanálise, por exemplo.

Seguindo este raciocínio, problematizar a reabilitação psicossocial é, também, pensar sobre a desconstrução de práticas silenciadoras de atendimento em saúde mental (hospitais psiquiátricos, o uso excessivo de medicamentos, etc) e a construção de práticas realmente voltadas para as necessidades de pessoas com problemas em saúde

mental. Seria a criação de novas modalidades de atendimento "(...) fundamentadas não mais no objeto fictício 'doença', mas na 'existência-sofrimento' do paciente e na sua relação com a sociedade" (Oliveira & Furtado, 2007, p. 158).

Desta forma, o processo de desinstitucionalização e a criação de serviços substitutivos aos manicômios que buscam a promoção da reabilitação psicossocial seriam uma negação não apenas dos hospitais psiquiátricos e da exclusão mais, também, a busca de se negar a política de abandono, sucateamento e de desassistência dos serviços públicos brasileiros. Isso se daria porque a criação e constante questionamento desses serviços substitutivos demandam uma responsabilidade e interesses políticos e um diálogo com a sociedade, que parecem estar em falta em nossa realidade.

E, ainda, a reabilitação psicossocial não faria sentido fora de um contexto pautado na ética e na busca da cidadania dos ditos "loucos". Oliveira e Fortunato (2007) entendem como ética uma objetividade social dependente das ações humanas, em um determinado local e momento histórico-cultural, e voltada para tudo tido como belo, justo e adequado. Ou seja, as formas de atendimento em saúde mental advindas deste momento de reforma psiquiátrica em que nos encontramos seriam aquelas que privilegiassem um diálogo e a construção de saberes pautados não em paradigmas racionalistas, mas em pensamentos abertos e flexíveis.

Com relação à cidadania, esta deve ser entendida como um conjunto de direitos e deveres dos cidadãos, inclusive o direito de ser diferente e de ser respeitado em sua diferença (*op cit*). Assim, afirmar que um louco é cidadão seria o contrário de dizer que um cidadão é louco, já que a primeira forma implica em reconhecer que o "louco" é um sujeito possuidor de direitos e deveres. Enquanto que a segunda o exclui da cidadania, ao fazer uma polarização entre razão/desrazão e que apenas os ditos racionais poderiam ser cidadãos de uma sociedade de direito.

Uma outra questão-chave é a dos profissionais destes serviços que promovem a reabilitação psicossocial. Eles precisariam ter um entendimento de suas práticas profissionais como uma construção/reconstrução permanente, além de atuarem questionando se suas formas de promoção da reabilitação psicossocial fazem as pessoas mais felizes ou livres. Isto porque, ao se depararem com a loucura, estas equipes construídas com profissionais de diversas áreas, precisam entender que o adoecer psíquico é um fenômeno complexo e que o sujeito precisa ser percebido em uma perspectiva multidimensional (de cidadania, biológica, lingüística, histórica, cultural e social).

E, partindo desses pressupostos haveria uma ampliação da noção conceitual de reabilitação psicossocial:

> A definição passa a ser complexa, multifacetada e processual. Reabilitar implica trabalhar com o "olhar" voltado para o sujeito, e não para a doença; trabalhar com o sofrimento, a fragilidade, e não com a incapacidade; e buscar a produção de novas subjetividades, e não a cura (Oliveira & Furtado, 2007, p. 159).

Sendo assim, o nosso objetivo geral foi investigar o processo de reabilitação psicossocial considerando o discurso e a prática de técnicos de referência de um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, no caso um centro de atenção psicossocial – CAPS, da Região Metropolitana de Recife.

E os nossos objetivos específicos foram investigar as acepções de reabilitação psicossocial de uma equipe de técnicos de referência de serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos; analisar as práticas de atendimento/atenção empregadas pelos técnicos de referência de um centro de atenção psicossocial no sentido de atuarem de acordo com este novo paradigma de atendimento em saúde mental, advindo da reforma psiquiátrica brasileira e sua legislação regulamentadora; e verificar o ajustamento/coerência entre acepções e práticas dos técnicos de referência quanto ao trabalho de reabilitação psicossocial dos usuários do centro de atenção psicossocial.

3. A PESQUISA

Este capítulo tratará da pesquisa que realizamos com o objetivo de apreender o processo de reabilitação psicossocial segundo os discursos e práticas dos técnicos de referência de um serviço substitutivo aos manicômios, no caso um centro de atenção psicossocial do tipo II.

Desta forma descreveremos os critérios para a escolha dos sujeitos, apresentaremos o centro de atenção psicossocial onde realizamos a pesquisa e descreveremos os procedimentos de coleta de dados.

Metodologia

Como conseqüência da escolha pela Psicologia Sócio-Histórica como referencial teórico, a metodologia empregada na coleta de dados será qualitativa, já que ela parte do pressuposto de que as pessoas agem segundo suas crenças, percepções e valores (Alves, 1991). Isto não implica que uma pesquisa realizada através de método quantitativo não seja capaz de apreender estas crenças, percepções e valores.

Contudo, em nossa concepção de Psicologia percebemos os sujeitos como constituídos e constituintes na relação com os outros, ou seja, o indivíduo se constituiria enquanto humano através da intermediação do mundo realizada pelas relações com outros indivíduos. Assim a produção de significados é algo fundamental em todas as esferas de vivência. E, além de significar, este sujeito também experimenta e age neste mundo. Seria na cultura, então, mediada por outros indivíduos, que nós nos tornaríamos humanos (Bock, Gonçalves & Furtado, 2002).

O que implica em nossa pesquisa que, para compreender o processo de reabilitação psicossocial, que também depende do técnico de referência, precisamos exteriorizá-lo e apreendê-lo através de alguns procedimentos, tais como as observações, o grupo focal e as entrevistas.

A articulação teoria-prática é construída na relação com a história e com a cultura, intermediadas em nossa relação com os outros, e ela expressa o modo pelo qual o sujeito processa as suas vivências em um determinado momento. No caso, a forma pela qual o técnico de referência consegue codificar a reabilitação psicossocial.

Caberia ao pesquisador, então:

> (...) o esforço analítico de ultrapassar essa aparência (essas formas de significação) e ir em busca das determinações (históricas e sociais), que se configuram no plano do sujeito como motivações, necessidades, interesses (que são, portanto, individuais e históricos), para chegar ao sentido atribuído/constituído pelo sujeito (Aguiar *in* Bock, Gonçalves & Furtado, 2002, p.131).

Conseqüentemente, a análise de dados será realizada através da constituição dos chamados Núcleos de Significação, que seriam construídos a partir de uma organização das falas dos sujeitos em termos de temas, conteúdos e questões levantadas, por serem estes os que são mais freqüentes e/ou geram mais emoções, envolvimentos e motivações.

Isto não implica em uma análise fragmentada ou descolada da realidade, já que ao construirmos os Núcleos de Significação tivemos como objetivo organizar os nossos dados e não isolá-los. Porque isolar um fato é retirar o sentido deste (*op cit*), é fazer uma ciência atomista como a realizada pelos pressupostos positivistas. Cremos que, para compreender o nosso objeto de estudo, a reabilitação psicossocial, precisamos considerá-lo como um processo, no conjunto de suas relações.

A análise destes Núcleos de Significação foi, então, articulada com o contexto sócio-histórico-cultural no qual as falas foram constituídas para, desta forma, haver a construção de um sentido, no caso, os discursos e as práticas dos técnicos de referência de um serviço substitutivo aos manicômios, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, a respeito da reabilitação psicossocial.

Critérios para a Escolha dos Participantes

Os participantes da pesquisa compunham uma equipe de profissionais de um centro de atenção psicossocial do tipo II, de um município da Região Metropolitana do Estado de Pernambuco. Esta equipe era formada por 14 técnicos de referência (TR), dos quais quatro são assistentes sociais, dois psiquiatras, uma terapeuta ocupacional, quatro psicólogas, duas enfermeiras e uma farmacêutica.

A escolha por estes sujeitos para a pesquisa se deu porque segundo Rotelli, Leonardis & Mauri (2001) historicamente os principais atores dos processos de desinstitucionalização dos internos em hospitais psiquiátricos seriam os técnicos que trabalhavam dentro destas instituições. Já que eles transformariam não apenas estas

instituições totais através da abertura dos aspectos físicos das mesmas, mais também com mudanças nas relações e regras, através do exercício ativo de seus papéis terapêuticos.

> Em outras palavras, os técnicos de saúde mental ativam toda a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais etc... (*op cit*, p. 31).

No Brasil, como já vimos, foram denúncias de maus tratos contra pacientes feitas por médicos que trabalhavam em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro que deram início ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e aos questionamentos e propostas que vieram a se constituir como fundamentais para a elaboração da Reforma Psiquiátrica em nosso país.

Mas, afinal, no que se configura a função de um técnico de referência em saúde mental, que se apresenta como uma ocupação que independe da formação do profissional?

Segundo Silva (2007), a constituição dos técnicos de referência em saúde mental é algo recente, advindo da proposta de desinstitucionalização dos internos em hospitais psiquiátricos. Desta forma, com a criação de serviços substitutivos e não complementares aos antigos hospitais, os funcionários em saúde mental começaram a sentir necessidade de terem maior responsabilidade em seus trabalhos e o foco passou a ser administrar o indivíduo em tratamento.

Antes de explorar mais profundamente essa questão de administração atribuída ao técnico de referência é preciso problematizar o termo referência, que é usado desde a primeira experiência de implantação de um serviço de saúde mental pautado nos pressupostos da reforma psiquiátrica, o CAPS Luís Cerqueira em São Paulo, em 1987, no sentido da necessidade da instituição se tornar uma referência, de criar vínculos e laços sociais duradouros e regulares para com o usuário diagnosticado como psicótico porque, só assim, ele aderiria ao tratamento.

Já na literatura internacional, o surgimento do técnico de referência remonta ao chamado *case manegement* (gerenciamento de caso, em uma tradução livre). Ou seja, a uma proposta de criação de equipes que coordenariam o uso de diversos recursos em saúde, inclusive de assistência social e enfermagem, aos usuários.

No Brasil, a figura do técnico de referência em saúde mental está ligada, como já foi dito, à tomada de maior responsabilidade por suas atividades pelos profissionais

dos serviços substitutivos, bem como à necessidade de administrar o trabalho em equipe e as possibilidades de serviços oferecidos pelas novas instituições de atendimento em saúde mental advindas das transformações iniciadas pela reforma psiquiátrica:

> Enfim, como referenciar? Decide-se que a referência deve acontecer em um grupo, de modo que, mais do que um "técnico de referência", devem-se constituir "grupos de referência". Ou seja, referência torna-se uma função a ser construída em equipe, e não a um técnico a quem encarregar exclusivamente pelo cuidado (Silva, 2007, p. 218).

Assim, trazendo o exemplo do CAPS II onde ocorreu a pesquisa, cada usuário tem o seu técnico de referência, aquele que está "mais próximo para conversar" quando o próprio usuário ou a família necessita, como os próprios TRs disseram. Contudo, cada caso de usuário admitido na instituição é discutido pela equipe de técnicos de referência semanalmente, onde novas propostas terapêuticas de cuidado são pensadas em equipe.

Voltando à questão administrativa desempenhada pelos técnicos de referência pode-se afirmar que ela está voltada para a articulação entre os diversos serviços oferecidos pelo CAPS e às necessidades individuais dos usuários. Um exemplo seria a elaboração do Projeto Terapêutico Individual (PTI) que é discutido e elaborado pelos TRs e seus usuários e, depois, discutido com a equipe onde novas propostas são sugeridas e levadas para os usuários. Ou seja, ele não é algo fechado, mas sim algo em constante construção para se tornar coerente com as necessidades de cada indivíduo usuário dos serviços do CAPS.

Quando da realização das observações tivemos a oportunidade de fazer parte de uma das assembléias entre os usuários, seus familiares e amigos e os funcionários da instituição. A discussão era sobre a criação ou não de um "fumódromo" (um espaço específico para que os fumantes não incomodem os não fumantes), já que o CAPS é um centro de saúde e o cigarro é um vício, algo que provoca doenças.

Um dos usuários, que fuma cerca de dez maços de cigarro ao dia, externou a vontade de parar ou diminuir a quantidade de cigarros que fumava. Neste momento, uma das TRs, que não era a TR específica dele, absorveu esta idéia e disse que ele poderia, sim, ser encaminhado para um serviço público que está voltado para as pessoas pararem de fumar, além da necessidade dele trabalhar isto em psicoterapia, já que algumas pessoas fumavam demais, ou amavam demais por exemplo, por motivos que nem sempre ficavam claros para elas próprias (Diário de Campo - 11 de outubro de

2007). Neste exemplo simples observamos que o trabalho de referência não ficou específico ao técnico de referência de cada usuário.

Podemos, então, afirmar que o técnico de referência busca favorecer o atendimento em saúde mental na área geográfica de moradia do usuário e ele é o agente e o agenciador do cuidado, através do atendimento à demanda de cada um, mas também ao organizar o atendimento. Organização esta que envolve encaminhar o usuário a especialistas quando necessário, na coordenação do suporte social, com a escuta à família e na busca de parcerias com a comunidade, e no acompanhamento da trajetória de vida, com a elaboração de grupos e cursos dentro e fora da instituição (*op cit*).

Os Contatos Iniciais com o CAPS

O contato inicial com o CAPS se deu através de um telefonema, no qual a pesquisadora foi atendida por um dos funcionários do corpo administrativo da instituição. Ele informou sobre o endereço do Centro de Atenção Psicossocial II e com quem deveria falar para obter a autorização para realizar a pesquisa.

No dia seguinte, telefonou-se novamente para o CAPS e falou-se com a gerente terapêutica, que pediu para que fosse levada uma cópia do projeto de pesquisa, o que foi feito. Ela informou que este projeto seria apresentado na reunião semanal com todos os técnicos de referência e, dependendo do que fosse acertado, a pesquisadora deveria ir pessoalmente apresentar o projeto para eles.

Assim, na semana seguinte, fui convidada a apresentar o projeto e todos os técnicos concordaram com a realização da pesquisa no centro de atenção psicossocial. É importante frisar que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos.

Com relação à documentação necessária, além do projeto de pesquisa foi entregue à administração um ofício da Universidade Federal de Pernambuco assinado pela coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, onde apresentava a pesquisa e a pesquisadora e uma solicitação de carta de anuência (vide anexo III). Obtive, também, três cópias da carta de anuência da instituição (vide anexo IV), uma tendo ficado no próprio centro de atenção psicossocial, outra foi enviada para o Comitê de Ética e uma permanece com a pesquisadora.

Apresentação do CAPS II

A priori, pretendia-se realizar a pesquisa em um centro de atenção psicossocial do tipo III porque esse modelo de CAPS possui uma equipe de técnicos de referência maior, além de funcionarem 24 horas por dia e sete dias por semana. Contudo, por diversos desencontros e problemas burocráticos a pesquisa acabou por se realizar em um CAPS do tipo II, ou seja, alocado em um distrito com uma população de até 100000 pessoas. Este CAPS específico foi escolhido por estar na região mais populosa do Estado de Pernambuco.

A escolha em se trabalhar no serviço substitutivo CAPS é decorrente deste ser o que mais cresceu em número de unidades desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o que significa que são os centros de atenção psicossocial que mais se consolidaram como alternativa aos hospitais psiquiátricos, como já discutido em nossa dissertação.

Os centros de atenção psicossocial devem oferecer uma ação de cuidado em saúde mental que se configure como psicossocial, ou seja, que esteja no limite entre o individual e o social. Esta forma de atendimento é decorrente das propostas advindas da reforma psiquiátrica (Oliveira & Passos, 2007).

Então:

> O objetivo do CAPS, assim, pode ser descrito da seguinte forma: constituir uma rede de suporte social ao louco, suficientemente consistente e coesa, algo que venha a se transformar em uma pluralidade de atores e instâncias sociais substitutiva do asilo, na própria comunidade local (Silva, 2007, p. 209).

Desta forma, a rede social se configura fundamental em saúde mental e pode ser entendida como uma dinâmica de colaboração entre usuários e profissionais do serviço e a comunidade mais ampla neste contexto de políticas e serviços públicos de assistência à pessoa dita louca fora de hospitais psiquiátricos (Vieira Filho & Nóbrega, 2004).

O sistema de redes deveria funcionar tendo como ponto de partida os serviços substitutivos aos manicômios e outras unidades de saúde, como postos de saúde, sempre buscando a criação de circuitos integrados de atendimento em saúde mental com ênfase nas funções terapêuticas e sócio-assistenciais, no território do usuário (*op cit*). Assim, a desconstrução da repressão e exclusão social dos ditos loucos também seria importante

para a ativação da rede social, já que a comunidade desempenharia papel importante na constituição destas relações de colaboração.

É importante ressaltar que a pesquisadora e sua pesquisa foram bem recebidas neste centro de atenção psicossocial II, porque este momento foi considerado como importante pelos técnicos de referência, fazendo com que eles revisem a própria prática. Como uma das técnicas mencionou: este foi um momento de "espelho" para eles, no qual poderiam questionar suas atividades enquanto profissionais em saúde mental e a eficácia terapêutica das mesmas (Diário de Campo – 9 de agosto de 2007).

O centro de atenção psicossocial do tipo II onde foi realizada a pesquisa aqui descrita é o único do município e fica localizado na região conhecida como Grande Recife, a mais populosa do Estado de Pernambuco.

Ele está alocado em uma construção que outrora foi uma residência familiar, constituída de três andares e tendo, ainda, uma piscina e uma área verde ampla. Na adaptação para a criação do CAPS, o andar térreo que costumava ser a garagem tornou-se um espaço com salas, sendo uma delas com ar-condicionado, televisão e aparelho de DVD para a realização de alguns grupos terapêuticos. Neste andar também fica a farmácia que é um local que foi reservado para a distribuição gratuita dos medicamentos para os usuários.

No primeiro andar há a recepção para as pessoas que chegam ao CAPS, sendo este espaço no mesmo ambiente de uma sala ampla, com cadeiras, poltronas e sofás, onde os usuários, visitantes, familiares, técnicos e funcionários interagem de modo mais descontraído. Neste andar também há a sala do gerente administrativo. Há, ainda, dois quartos para o repouso dos usuários, sendo um feminino e outro masculino, uma cozinha, sala para atendimento individual e banheiros. No segundo andar, onde eram os quartos da antiga casa, há salas onde são realizados grupos e a sala de reuniões dos técnicos.

A casa é ampla e possui grades nas janelas, o terreno é cercado por muros altos. Contudo, este detalhe arquitetônico está diretamente relacionado com o cuidado da família que morava lá devido a violência crescente no município. Segundo uma das técnicas há a proposta para a remoção destes símbolos físicos mais característicos de uma instituição total como os hospitais psiquiátricos, do que de um serviço substitutivo como um centro de atenção psicossocial (Diário de Campo – 4 de outubro de 2007). Para contrastar com esses detalhes estruturais, o grande portão da casa fica constantemente aberto. Quase como uma "afronta" aos muros altos.

A fundação deste CAPS data de 2004. Nesta mesma casa chegou a funcionar o ambulatório em saúde mental do município e, quando da criação do CAPS, os dois serviços aconteciam no mesmo espaço. Esta situação durou cerca de um ano, quando a prefeitura removeu o ambulatório para um outro local.

O serviço de atendimento em saúde mental do CAPS II está organizado basicamente em grupos, contudo os usuários têm encontros com os seus respectivos técnicos de referência constantemente. Para que estes encontros sejam facilitados os dias de idas dos usuários aos CAPS são distribuídos de uma forma que os torne mais freqüentes.

Assim que um possível usuário é encaminhado para o CAPS ele passa por uma "triagem". Os técnicos de referência se revezam nestes momentos e, nem sempre, o técnico que faz a triagem será o técnico de referência do usuário, já que a distribuição dos TR se dá pela disponibilidade deles. Há, sim, um excesso de usuários por técnicos já que, como dito anteriormente, este é o único CAPS do município. Quando da realização da pesquisa eram, em média, sete usuários para cada técnico de referência.

Segundo funcionários da parte administrativa 90% da demanda do CAPS é de pessoas encaminhadas por um grande hospital geral também da Região Metropolitana de Recife. Os outros 10% estão distribuídos, não de forma eqüitativa, entre demanda espontânea, ou seja, pessoas que procuram o serviço por conta própria e por pessoas encaminhadas por postos de saúde e por programas de saúde da família (PSFs) do município (Diário de Campo – 28 de agosto de 2007).

Assim que passam pela triagem e são admitidos no CAPS, os usuários, seus familiares e amigos participam do Grupo Acolhimento, momento no qual um dos técnicos de referência explica sobre as normas do centro de atenção psicossocial, tais como a alta administrativa que é o desligamento do usuário depois de três faltas não justificadas, a questão da alimentação que é restrita aos usuários, da necessidade de ficar claro se o usuário pode ou não ir sozinho para o local, dos horários de funcionamento e da importância da participação das famílias.

Com relação a essas famílias de usuários, há ainda o Grupo Família voltado para o acolhimento das mesmas, através da possibilidade da troca de experiências entre elas e da criação de um espaço de fala de suas angústias e sofrimentos.

Há grupos de Adesão Medicamentosa que são facilitados pelos dois psiquiatras e pela farmacêutica do CAPS e que reúne os usuários para tirarem suas dúvidas sobre os medicamentos e seus efeitos e reações adversas, além de ser um

momento de reflexão acerca da necessidade de tomada de responsabilidade dos usuários por seu projeto terapêutico e de análise do estigma que ainda existe envolvendo as pessoas que usam os "remédios para doidos", como um dos usuários colocou no momento de um desses grupos que participei (Diário de Campo – 19 de outubro de 2007). Os psiquiatras também atendem individualmente, principalmente para fazerem a adequação dos medicamentos às necessidades dos usuários.

O CAPS oferece momentos de atendimento individual de psicoterapia, realizado pelas psicólogas da instituição, e o Grupo Sentimento que se constitui como um espaço para os usuários elaborarem o que vêm sentindo, inclusive como usuários de um serviço de atendimento em saúde mental.

O grupo Terapia Ocupacional, através de atividades aparentemente simples como colagens, levanta questões que envolvem a vida em sociedade, como os direitos das mulheres, os sonhos, planos, projetos e a vida em família dos usuários.

Os grupos Musical, Contos e Cultural, através de atividades envolvendo músicas, histórias, filmes e diversas outras produções culturais levantam questões de como os usuários se sentem, de como o que é tido como normal é algo que precisa ser problematizado em nossa sociedade, bem como questões de inclusão e exclusão social.

Há, ainda, os grupos Educação em Saúde e Cidadania voltados para a questão do que é ser cidadão, e de como um diagnóstico de transtorno mental não implica em exclusão do usuário desta categoria.

Os grupos Projetos de Vida estão voltados para a elaboração do usuário de perspectivas e projetos para a sua vida, envolvendo a inserção ou re-inserção no mercado de trabalho, o estudo, etc. Estes projetos são discutidos tendo-se em mente o que o usuário deseja fazer, mesmo que esse desejo seja de não fazer nada, como colocou uma das técnicas de referência em uma de suas falas no grupo focal.

Por fim, existem as assembléias que envolvem os usuários, seus familiares e amigos e todos os funcionários do centro de atenção psicossocial quando são discutidos aspectos de funcionamento do CAPS. Há, ainda, mensalmente a comemoração dos aniversariantes do mês e, semanalmente, a reunião dos técnicos de referência.

Com relação aos grupos, os usuários não participam de todos eles, já que isso depende do que foi acordado entre esse usuário e o seu técnico de referência quando da construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI).

Quando do início da realização de nossa pesquisa nesta instituição, em agosto de 2007, o centro de atenção psicossocial passava por uma re-estruturação em seu

atendimento. Segundo a Portaria n°336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (vide anexo II), que estabelece e define as características das diversas modalidades de CAPS, todos os usuários deste serviço substitutivo deveriam ser classificados de acordo com o número de dias da semana que freqüenta o local, segundo suas necessidades. Assim, haveria o usuário do intensivo, que iria todos os dias da semana ao CAPS. Os do semi-intensivo iriam constantemente, de acordo com o seu projeto terapêutico. E os não-intensivos teriam um número de idas ao CAPS reduzido, como duas a três vezes ao mês.

A questão era, segundo a terapeuta ocupacional, que também é a gerente terapêutica do CAPS, ou seja, a pessoa que organiza o atendimento e faz a mediação entre o serviço substitutivo e as esferas políticas do município, que tal obrigatoriedade de classificação dos usuários implicava em uma exigência de freqüência que, algumas vezes, não fazia sentido em um local de atendimento em saúde mental que busca o resgate da cidadania das pessoas. O que refletia em queixas e desmotivações por parte dos usuários. Como ela esclareceu durante a entrevista: *"Quando eu cheguei aqui me incomodou muito ver os usuários todos os dias, o dia todo, muitos fora dos grupos e diziam mesmo, verbalizavam que 'não estavam com saco' de tá fazendo grupo A, grupo B e grupo C. E aí eu fui entender, e aí a equipe me falou que era a questão das modalidades. Quem era do intensivo tinha que ter uma carga horária maior do que quem era do semi e de quem era do não, que vinha uma vez a duas vezes no mês. Essa carga horária tá na portaria dos CAPS. E aí eu comecei a questionar: 'Mas, assim, seria o CAPS voltado para o usuário ou o usuário tem que se adaptar ao CAPS?'"*.

Desta forma, podemos dizer que o CAPS fazia aquela função de entretenimento, no sentido de manter o usuário dentro de algum local para passar o tempo, que já discutimos anteriormente. Mas, isto foi questionado pela gerente terapêutica e por outros técnicos de referência, no que resultou em uma nova proposta de atendimento ao usuário, na qual ele iria aos grupos que, juntamente com seu técnico de referência, fossem mais adequados às suas necessidades terapêuticas, independente de isto significar que ele irá apenas uma vez na semana ou todos os cinco dias semanais de funcionamento do CAPS, porque o importante agora são as necessidades deste usuário, inclusive com relação à alta. Novamente segundo a terapeuta ocupacional: *"Então, onde você dentro do seu perfil, dentro do seu adoecer, da sua possibilidade de melhora, quais seriam os grupos que iam te ajudar a remitir os sintomas e melhorar e te dar alta no futuro. Porque eles traziam nas falas deles, principalmente nos grupos de terapia ocupacional, que eles precisavam sair do intensivo, pro semi, do semi pro não,*

e só quando eles chegavam no não que eles diziam que tavam em alta. E aí eu achava isso meio estranho e até meio doentio. Oxe! Você tem que passar por essa escala pra chegar a uma alta?!?"

Os Sujeitos da Pesquisa

Podemos dizer que todos os técnicos de referência do centro de atenção psicossocial participaram da pesquisa, já que com as observações realizadas na instituição a pesquisadora teve contato com os 14 TRs.

Contudo, destes 14, seis foram voluntários para participarem do grupo focal. E, destes seis, dois foram voluntários para serem entrevistados. Entrevistas estas que tiveram como objetivos aprofundar a discussão acerca da reabilitação psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica e discutir alguns aspectos levantados no grupo focal.

Os seis técnicos que participaram do grupo focal foram: um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, uma assistente social, uma farmacêutica e uma enfermeira. A partir daqui, eles serão referidos pelas suas formações, para proteção de suas identidades, como foi acordado. Posteriormente entrevistamos o psiquiatra e a terapeuta ocupacional, que foram dois dos técnicos de referência que participaram do grupo focal.

A enfermeira reportou que pensou em trabalhar com saúde mental, especificamente em hospitais psiquiátricos, porque havia estagiado no Hospital Ulysses Pernambucano, a Tamarineira, e gostou da experiência. Chegou, inclusive, quando recém-formada, a distribuir currículo pelos manicômios da cidade, mas acabou sendo contratada para trabalhar com nefrologia ([*]). Foi quando o município no qual o centro de atenção psicossocial se encontra abriu concurso para a contratação de pessoal para este serviço que devidamente concursada foi chamada para assumir o cargo.

O psiquiatra contou que se interessou pela loucura e pela psiquiatra desde os anos de graduação em medicina, o que o levou a se voltar para o trabalho nessa área. Ele já trabalhou em hospitais psiquiátricos e, atualmente, por ser militar, atende na ala psiquiátrica de um hospital das Forças Armadas Brasileira, além do trabalho no CAPS. Anteriormente, ele já havia trabalhado em um outro CAPS do Grande Recife.

---

[*] A nefrologia é a especialidade médica que lida com as doenças do sistema urinário, especialmente nos rins.

A terapeuta ocupacional chegou a trabalhar em um manicômio judiciário e, quando o município em questão abriu o concurso, ela fez e passou. Atualmente, ela acumula as funções de única terapeuta ocupacional e de gerente terapêutica do centro de atenção psicossocial. Anteriormente, ela já havia trabalhado em um outro CAPS do Grande Recife, coincidentemente o mesmo no qual trabalhou o psiquiatra.

Tanto a assistente social, quanto a psicóloga e a farmacêutica são funcionárias concursadas do Centro de Atenção Psicossocial. As duas primeiras tiveram experiência profissional na Tamarineira.

Instrumentos de Coleta de Dados

De acordo com Aguiar (*in* Bock, Gonçalves & Furtado, 2002, p. 139):

> Só ao levar em conta a realidade social poderemos explicar um movimento que é individual e ao mesmo tempo social/histórico. Nossa tarefa consiste, portanto, em apreender a forma como nossos sujeitos configuram o social, um movimento que sem dúvida é individual, único e ao mesmo tempo histórico e social.

Por isso, nossa coleta de dados foi realizada através de três instrumentos advindos das pesquisas qualitativas: observação, grupo focal e entrevistas. Isto foi devido a acreditarmos que tais instrumentos nos possibilitariam apreender os sentidos expressos por nossos sujeitos com relação à reabilitação psicossocial.

E, como para nós o instrumento é uma forma de levar os nossos sujeitos a construírem uma fala acerca de nosso objeto de pesquisa, decidimos utilizar estas três técnicas porque elas nos permitiram obter uma variedade de dados acerca do nosso objeto de pesquisa e do contexto no qual ele se desenvolve, que é o de um serviço substitutivo aos manicômios, criado com as conquistas advindas da reforma psiquiátrica brasileira. Esta fala de nossos sujeitos, os técnicos de referência, não é uma mera resposta a nossas perguntas, ela é uma construção histórica acerca do objeto pesquisado (*op cit*). Por isso, os instrumentos aqui utilizados, são percebidos como um momento de comunicação entre a pesquisadora e os técnicos de referência.

Primeiro foram realizadas observações no centro de atenção psicossocial escolhido para a pesquisa. A observação permite a visualização do comportamento dos profissionais dos CAPS em seu contexto temporal-espacial de atuação, além de nos

permitir observar como se dá o funcionamento deste serviço substitutivo na prática (Alves-Mazzotti & Gerwandsznajder, 2004).

Existem críticas com relação ao uso deste instrumento, já que a presença do pesquisador no campo poderia vir a interferir nos comportamentos do grupo observado. Contudo, acreditamos que as relações que foram desenvolvidas entre a pesquisadora e o grupo dos técnicos de referência e de todos os funcionários e usuários do CAPS no qual se deu a pesquisa não são diferentes das relações que se constituem em nossa sociedade. Ou seja, acreditamos que não exista um instrumento de pesquisa que não interfira no contexto de coleta de dados, mas para nós, o instrumento é exatamente isso, uma forma de levar nossos sujeitos a construírem respostas acerca de nosso objeto. Como, em sociedade, as relações que desenvolvemos são formas de obtermos, a partir, com e para o outro, uma compreensão acerca do mundo em que vivemos.

Desta forma, o uso da observação foi de extrema importância porque permitiu uma compreensão acerca do funcionamento de um centro de atenção psicossocial do tipo II e das relações estabelecidas entre a clientela, seus familiares e os profissionais em saúde mental.

Foram realizados 15 dias de observação da rotina do CAPS, considerando algumas atividades como os grupos terapêuticos, uma reunião semanal dos técnicos de referência e uma comemoração dos aniversariantes do mês. E, em um diário de campo, as situações observadas foram relatadas da forma mais fiel. Porque, quando da construção dos núcleos de significação, estes dados nos permitiram compreender mais amplamente a reabilitação psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica e principalmente perpassando a rotina dos técnicos desse serviço.

Os principais temas que guiaram as observações foram a estrutura física do local, a rotina dos usuários e dos técnicos de referência, a atuação dos profissionais enquanto técnicos de referência, as atividades terapêuticas, o posicionamento assumido pelos técnicos de referência com relação aos usuários, os encaminhamentos realizados pelos técnicos de referência em equipe e a questão da rede em saúde mental.

Estas observações sempre foram acompanhadas de conversas informais que serviam para esclarecimentos, com o objetivo de se compreender melhor o significado das ações observadas. As observações foram registradas em um diário de campo, o que facilitou a análise dos dados.

Como acordado com a equipe do centro de atenção psicossocial, escrevi três relatórios reportando as atividades de observação desenvolvidas na instituição. Nestes

relatórios dizia quais dias tinha ido realizar as observações, de quais grupos tinha participado e qual o horário no qual tinha estado no CAPS. É importante frisar que a elaboração destes relatórios se constituiu como uma análise prévia das observações.

Após as observações foi realizado um grupo focal com estes profissionais para se discutir a reabilitação psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira e do serviço substitutivo no qual eles atuam. A escolha pelo grupo focal se deu porque ele apresenta elementos de discussão em grupo, mas tendo um "foco", no caso a reabilitação psicossocial, o que permitiu identificar aspectos, tanto individuais quanto grupais, acerca do atendimento/atenção que os profissionais técnicos de referência empregam no CAPS no sentido de promoção do processo de reabilitação psicossocial (Romero *in* Scarparo, 2000).

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados advinda das Ciências Sociais e é empregada quando se deseja identificar opiniões, sentimentos e formas de entender a realidade por parte de um grupo que a constitui. Assim, algumas perguntas previamente elaboradas norteiam a discussão, que é facilitada pelo pesquisador, e no caso de nossa pesquisa também contamos com um auxiliar.

É importante além destas perguntas e questões previamente elaboradas, que os grupos focais sejam audiogravados ou filmados para posteriores análises, porque a quantidade de dados levantada durante um encontro é muito grande para que sejam registradas apenas através de anotações do facilitador e do auxiliar.

Muitos autores sugerem que um grupo focal não tenha duração maior do que duas horas porque um tempo tão longo desgastaria o grupo e poderia ocorrer um "esvaziamento" da discussão, já que ela não traria mais dados relevantes e ficaria girando em torno dos mesmos temas. Com relação ao número de encontros de grupos focais, isto dependeria do objetivo.

Podemos, então, definir grupo focal como: "(...) uma técnica de pesquisa qualitativa, realizada através de um grupo de interação focalizada, que permite ampla e profunda discussão entre os componentes sobre o tema em foco" (Romero *in* Scarparo, 2000, p.60).

Um dos critérios para a constituição de um grupo focal é que os sujeitos tenham fortes elos de identificação. No nosso caso, o grupo foi constituído por seis técnicos de referência de um centro de atenção psicossocial que conta com 14 TRs, o que se configurou como o ponto em comum essencial para a formação do grupo. E,

mais, como esses TR já trabalham em equipe no serviço substitutivo podemos dizer que o nosso grupo focal foi uma amostra significativa deste grupo maior.

Os sujeitos que constituíram o grupo foram voluntários. Assim, o critério para eles participarem foi a vontade. Realizamos apenas um grupo focal porque acreditamos que ele foi suficiente para responder aos nossos objetivos.

O grupo focal teve cerca de 70 minutos de duração e contou com a facilitação da pesquisadora, auxiliada pelo psicólogo Gustavo Barros Costa. Foi preparada uma lista com seis perguntas que guiaram a condução do grupo.

A primeira pergunta foi: "Algum participante trabalha ou já trabalhou em um hospital psiquiátrico?" Buscávamos, com esta pergunta, contextualizar a trajetória profissional de nossos sujeitos, o que também implicava em expor este processo de reforma psiquiátrica pelo qual passa o nosso país, já que muitos dos profissionais que trabalham em serviços substitutivos atuaram ou atuam em hospitais psiquiátricos.

A segunda pergunta: "Para vocês o que é reabilitação psicossocial?", tinha por objetivo discutir teoricamente o nosso objeto de estudo. Já as perguntas: "Que práticas de vocês estão voltadas para a reabilitação psicossocial?" e "E como ocorre a reabilitação psicossocial?", tinham como objetivos discutir, respectivamente, a atuação com relação à reabilitação psicossocial e a questão da terapêutica.

As duas últimas perguntas: "O que vocês acham da criação de serviços substitutivos aos manicômios, como o CAPS?" e "Para vocês o que representa trabalhar em um serviço substitutivo aos manicômios?", tinham como objetivo discutir as opções de atendimento em saúde mental elaboradas para substituir os hospitais psiquiátricos.

Segundo Gondim (2002), o grupo focal para a coleta de dados em pesquisas qualitativas ocuparia uma posição intermediária entre a observação e as entrevistas. Sendo assim, com a análise do grupo focal ficaram algumas questões em aberto que foram aprofundadas com a realização de duas entrevistas, com dois dos técnicos participantes do grupo focal.

Os diversos tipos de entrevistas são os instrumentos mais utilizados para a obtenção de dados em pesquisas qualitativas (Gewandsznajder & Alves-Mazzotti, 2004). Optamos pela entrevista semi-estrutura porque tínhamos um roteiro prévio com seis questões, que precisavam ser contempladas no momento do encontro entre a pesquisadora e o TR voluntário.

Quatro das perguntas foram feitas tanto para o psiquiatra quanto para a terapeuta ocupacional. Foram elas: "O que é rede em saúde mental?", "Qual é a

formação de um técnico de referência?", "Para você o que é cidadania?", "Você acha que pode ocorrer uma espécie de internamento em CAPS?".

Para o psiquiatra perguntamos qual seria a diferença entre habilitação e reabilitação psicossocial, e não perguntamos para a terapeuta ocupacional por acreditarmos que ela deixou seu posicionamento a respeito disso bastante claro durante o grupo focal.

Para a terapeuta ocupacional, que também acumula a função de gerente terapêutica, perguntamos acerca da re-estruturação do serviço pela qual o CAPS passou em 2007. Na verdade, esta era uma dúvida levantada durante as observações e que não tivemos a oportunidade de questionar à profissional antes, por isso, aproveitamos o momento da entrevista.

Com a utilização destes três instrumentos, voltados para a coleta de dados de um grupo, no caso o de técnicos de referência de um centro de atenção psicossocial, a nossa pesquisa se constitui como um estudo de caso.

Segundo Alves-Mazzotti (2006), o uso dos estudos de casos é amplo e não se restringe à Psicologia e Psicanálise, sendo utilizado em outras áreas de conhecimento como a Sociologia, a Administração, etc. E o tipo de estudos de casos mais comum é aquele que focaliza apenas uma unidade investigada, seja ela uma pessoa ou uma organização, como é o nosso caso no centro de atenção psicossocial. Contudo, existem estudos de casos múltiplos, como aqueles nos quais várias instituições, por exemplo, são estudadas simultaneamente.

Os estudos de casos se caracterizam pelo interesse em casos individuais e não nas técnicas de coletas de dados empregadas. Estas, inclusive, podem ser qualitativas, como em nossa pesquisa, e/ou quantitativas. Assim, o caso pode ser entendido como uma unidade delimitada na qual as partes são integradas.

A pesquisa relatada nesta dissertação se constitui em um estudo de caso instrumental, ou seja, aquele no qual o caso pode possibilitar a compreensão de algo mais amplo, no caso o processo de reabilitação psicossocial, porque ele visa fornecer dados sobre isto. Mas, estudos de casos instrumentais também podem ser utilizados para contestar uma idéia amplamente aceita, ao mostrar que um caso específico não se enquadra nela (Alves-Mazzotti, 2006), o que não ocorre em nossa pesquisa, porque para nós o importante é aumentar a compreensão acerca do processo de reabilitação psicossocial.

Os estudos de casos podem ser usados para diversas finalidades sendo uma delas para explorar fenômenos pouco investigados porque isto exigiria um estudo mais aprofundado de poucos casos, o que poderia resultar na criação de hipóteses para novos estudos, como cremos que se aplica a nossa investigação.

O que define uma pesquisa enquanto estudo de caso é quando ela busca compreender fenômenos sociais complexos através da observação de características significativas e contextos sócio-histórico-culturais de eventos da vida real (*op cit*), o que ocorre em nosso trabalho, já que tentamos compreender o processo de reabilitação psicossocial através da análise da prática e do discurso de técnicos de referência de um CAPS.

Cada caso é único, como o é o de nosso grupo com relação às acepções e práticas de reabilitação psicossocial em um centro de atenção psicossocial, contudo, em pesquisas qualitativas que partem dos pressupostos da Psicologia Sócio-Histórica a importância não estaria na possibilidade de generalizar os dados para outras situações ou sujeitos supostamente semelhantes. A generalização não seria possível porque, com o nosso tipo de pesquisa, tentamos entender como se dá o processo teórico, prático e metodológico de nosso objeto de estudo, a reabilitação psicossocial. Desta forma, a nossa contribuição, além de ser para a produção científica, seria de uma possibilidade explicativa da realidade.

O que, considerando-se o contexto de produção teórica, metodológica e de construções de novas práticas de atendimento em saúde mental deflagrado pela reforma psiquiátrica brasileira, pesquisas como a de um objeto como a reabilitação psicossocial, podem levantar questionamentos importantes para a elaboração deste movimento que busca outras formas de se entender e cuidar a loucura, pautadas na cidadania dos ditos loucos.

Organização dos Encontros para a Coleta de Dados

Antes de relatarmos os encontros realizados para a coleta de dados, precisamos informar que tanto o grupo focal quanto as entrevistas foram audiogravados, com permissão prévia dos participantes, para posterior transcrição e análise dos dados.

Como já dissemos, foram realizados 15 dias de observações no centro de atenção psicossocial, tanto durante o turno da manhã quanto no turno da tarde. E,

posteriormente, os dados observados eram anotados em um diário de campo, o que facilitou a análise dos mesmos.

Depois das observações foi realizado o grupo focal em uma tradicional quinta-feira de reunião semanal dos técnicos, data escolhida por eles, que se propuseram a começar e terminar a reunião antes para poderem participar do grupo, que contou com a presença voluntária de seis técnicos de referência e foi audiogravado, com a permissão deles. Especificamente: um psiquiatra, uma psicóloga, uma farmacêutica, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e uma assistente social.

O grupo começou com a pesquisadora apresentando o seu auxiliar, depois cada técnico de referência se identificou e o grupo focal teve início com a pergunta sobre se alguém já havia trabalhado ou trabalhava também em um hospital psiquiátrico. Após a realização do grupo focal foi feita a transcrição da gravação para posterior análise dos dados.

Contudo, após este momento do grupo focal, sentimos a necessidade de realizar uma entrevista com dois dos participantes do grupo focal para aprofundarmos algumas questões. Estas entrevistas foram realizadas individualmente e, com a autorização dos entrevistados foram audiogravadas, para posterior transcrição. Importante mencionar que, tanto com o grupo focal quanto com as entrevistas, os técnicos de referência leram, concordaram e assinaram o termo de Consentimento Livre e Informado (Anexos V e VI).

Em seguida, os dados das observações, do grupo focal e das entrevistas foram analisados através da constituição de Núcleos de Significações.

Questões Éticas

Antes de realizar as observações, fui ao centro de atenção psicossocial e obtive a anuência da instituição para a realização das mesmas.

E, antes da realização do grupo focal e das entrevistas informei aos sujeitos dos possíveis riscos e benefícios que poderiam ocorrer ao aceitarem participar da pesquisa, bem como informei que suas identidades serão protegidas. Eles também foram plenamente informados sobre os objetivos da pesquisa, sua metodologia e para que instituição e com que propósitos ela foi realizada, já que estas informações são

essenciais para que haja uma compreensão dos procedimentos e dos direitos e deveres de cada um implicado na mesma.

Os termos de consentimento livre e informado (anexos V e VI) foram apenas uma formalização desse processo de consentimento informado, fundamental para qualquer pesquisa pautada na ética.

É importante ressaltar que o termo de consentimento livre e informado é, também, uma exigência dos órgãos regulamentadores de ética em pesquisas científicas, além de ser um respaldo legal para os pesquisadores e os sujeitos pesquisados.

Como os sujeitos permitiram, houve a audiogravação do grupo focal e das entrevistas, em mp3 player, para posterior transcrição, o que facilitou o trabalho da pesquisadora. Contudo, reforcei para os mesmos que o anonimato e a confidencialidade estão garantidos. Ou seja, estou usando os dados obtidos acerca da reabilitação psicossocial, mas a identidade dos sujeitos será sempre protegida.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, não recebendo nenhuma crítica.

4. ANÁLISE DOS DADOS

A nossa pesquisa parte do pressuposto de uma metodologia qualitativa. Mas, para nós, o modo qualitativo de fazer ciência é uma busca em se construir conhecimentos em Psicologia através da teorização de uma realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica (Altenfelder, 2004).

Desta forma, com relação aos instrumentos de coleta de dados demos preferência aqueles que nos permitiram obter informações que permitirão empreender uma análise construtiva e interpretativa da realidade do objeto de estudo no contexto sócio-histórico de um centro de atenção psicossocial.

Sendo assim, a nossa unidade de análise é a palavra. Mas não usaremos uma palavra, no sentido gramatical. Analisaremos a palavra com significado que é encontrada nas falas de nossos sujeitos de pesquisa.

E, para organizar a fala dos sujeitos, durante o grupo focal, as entrevistas e as observações realizadas no CAPS usamos a proposta dos Núcleos de Significações, já discutida nesta dissertação.

Todo este processo será descrito a partir de agora.

Primeiras Etapas

Começamos a análise dos dados obtidos na pesquisa através de uma leitura cuidadosa do diário de campo, que contém os relatos das observações realizadas no centro de atenção psicossocial. Foi observado, além do modo de funcionamento do serviço, a movimentação nos grupos, a atuação dos técnicos de referência, a dinâmica existente entre os TRs em uma das reuniões semanais, e os momentos de festa e descontração, em um “aniversariantes do mês”, além de uma assembléia, momento no qual são problematizados o serviço substitutivo e as atividades desenvolvidas nele.

Depois, lemos diversas vezes a transcrição do grupo focal, nos atendo aos principais temas levantados pelos técnicos de referência. Por fim, lemos, também diversas vezes, as transcrições das duas entrevistas realizadas nos atendo aos temas levantados pelos técnicos.

Tomamos como fio condutor destas leituras dos dados o nosso objetivo geral de pesquisa que é a investigação acerca do processo de reabilitação psicossocial considerando o discurso e a prática de técnicos de referência de um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, no caso um centro de atenção psicossocial – CAPS, da Região Metropolitana de Recife.

Construção dos Núcleos de Significação

Como já explicitamos, os Núcleos de Significação são uma proposta de organização e análise de dados de pesquisa advinda da Psicologia Sócio-Histórica. No Brasil, um grupo de professores da Pontifícia Universidade Católico de São Paulo a utiliza em suas pesquisas (Bock, Gonçalves & Furtado, 2002).

Ao lermos e relermos o material produzido pelos três instrumentos de pesquisa destacamos os aspectos que julgávamos ser mais relevantes não apenas pela freqüência com que foram discutidos ou que foram geradores de maior emoção e motivação no grupo focal, nas entrevistas e nos relatos das observações, mais também pelo fato de serem pouco abordados e que são relevantes para a compreensão da reabilitação psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica, estes foram os nossos pré-indicadores e eram em número de 56. Nesta fase da pesquisa trabalhamos com os dados obtidos pelos três instrumentos isoladamente.

Com esta primeira análise verificamos que havia muitas semelhanças entre os pré-indicadores encontrados para os dados obtidos nas observações, no grupo focal e nas entrevistas. Conseguimos, então, agrupar os dados através da similaridade dos temas encontrados. Assim, constituímos seis indicadores, que nos permitiram pensar nos possíveis núcleos de significação de nossos dados.

Após uma re-leitura dos dados e dos indicadores, levando em conta os nossos objetivos, constituímos três núcleos de significação que, acreditamos, nos permitiram compreender o processo de reabilitação psicossocial a partir do grupo de técnicos de referência. Tivemos que descartar alguns dos pré-indicadores porque eles não se referiam a assuntos diretamente relacionados com os nossos objetivos, mesmo sendo interessantes, já que, a constituição dos núcleos de significação é um esforço de articulação dos dados mais relevantes encontrados em uma pesquisa.

Os três núcleos de significação foram nomeados da seguinte forma:

1. O serviço substitutivo
2. Profissionais em saúde mental
3. A reabilitação psicossocial

Passaremos, agora, à análise propriamente dita, na qual, através da articulação dos diversos dados obtidos e do contexto sócio-histórico, tentaremos explicitar o que um grupo de técnicos de referência em um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos entende por reabilitação psicossocial e qual a influência desta em suas práticas.

Núcleo de Significação 1 – O serviço substitutivo

Pretendemos, com este núcleo de significação, apreender como a equipe de profissionais entende a criação de um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, no caso um centro de atenção psicossocial do tipo II, neste contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Acreditamos que, ao apreendermos este aspecto, seremos capazes de entender os significados e sentidos que este grupo de técnicos de referência atribuem ao processo de criação de serviços substitutivos, o que seria a reforma psiquiátrica em nosso país e qual a visão de nossa sociedade com relação à loucura, aos loucos e aos profissionais que trabalham diretamente com eles.

Sendo assim, começaremos com as diferenças existentes, para esta equipe de técnicos de referência, em se trabalhar em um hospital psiquiátrico e um centro de atenção psicossocial.

Cinco dos profissionais que participaram do grupo focal tiveram experiências profissionais em hospitais psiquiátricos. A enfermeira, a assistente social e a psicóloga estagiaram no outrora maior manicômio do Grande Recife, o psiquiatra trabalhou por vinte anos em um hospital psiquiátrico e a terapeuta ocupacional trabalhou em um manicômio judiciário. Para todos eles, inclusive para a farmacêutica, que não chegou a trabalhar em hospitais psiquiátricos, existem diferenças visíveis entre estas duas instituições.

Para a psicóloga a diferença básica é que quando uma pessoa é atendida em um CAPS ela permanece em contato com a sociedade, pois o tratamento não inviabilizaria que o indivíduo continuasse a tomar conta de outros aspectos de sua vida.

Não seria como nos manicômios, cuja proposta era que o louco fosse retirado da sociedade e levado para um local no qual seria tratado para, só então, voltar ao mundo.

Já para a terapeuta ocupacional, que chega a citar Goffman e o seu livro "Manicômios, Prisões e Conventos", além dos aspectos arquitetônicos como as grades, os muros e as celas-fortes uma das diferenças entre o serviço substitutivo e um manicômio judiciário, local no qual trabalhou, seria a questão da periculosidade do louco. Naquele local extremo, que não é hospital nem presídio, a loucura e o perigo supostamente decorrente da primeira devem ser afastados da sociedade, enclausurados e punidos. Segundo ela, lá o louco era: *"(...) um apenado, uma medida de segurança, um alma sebosa. Ele é uma pessoa que tá ali pra ser encarcerado, pra ser punido. A coisa da punição."*

Com relação à nomeação, esta informante não usa os termos manicômios e hospitais psiquiátricos como sinônimos, como optamos fazer nesta dissertação, seguindo as indicações das bibliografias consultadas. Já que para ela, os manicômios seriam aqueles locais para onde seriam enviados os loucos que cometeram crimes. Enquanto que os hospitais psiquiátricos seriam instituições destinadas para atender aos loucos não-criminosos: *"Apesar de serem locais totalmente fechados, como diz Goffman, com regras a serem seguidas, com normas, né, que a sociedade ensinou e você não aprendeu, o peso da justiça ainda é muito forte. A lei. A lei é muito forte. Então... Não é que manicômio não seja como os hospitais tradicionais. Mas tem um peso da justiça."*

Um outro aspecto trazido pelo psiquiatra como diferença entre os hospitais psiquiátricos e um centro de atenção psicossocial é o modo como o usuário deste último serviço é visto pela equipe de profissionais. Agora ele não é mais um louco, e sim um paciente que precisa ser valorizado enquanto cidadão. Ele, ao mencionar os questionamentos de psiquiatras em um congresso disse, durante o grupo focal: *"E se hoje a gente se preocupa com os efeitos colaterais de anti-psicóticos é porque o doente é na verdade um cidadão, é uma pessoa que tem emoções como todas as outras, que tem sentimentos como todas as outras e que precisa viver com qualidade como todas as outras, né."*

Interessante que este mesmo técnico de referência, que tem formação médica, trouxe como uma das diferenças e das vantagens em se trabalhar em um CAPS a questão das equipes multidisciplinares e de como é enriquecedor discutir os casos com profissionais que têm outras visões acerca da loucura e dos loucos. Seria esta uma

desconstrução da antiga visão de que a loucura teria que ser tratada pela medicina e pelos médicos porque eles seriam os únicos que deteriam os conhecimentos necessários para tal? Será esta uma tendência de psiquiatras que trabalham no contexto de um serviço substitutivo aos manicômios?

Contudo, durante a entrevista, a terapeuta ocupacional mencionou que os dias de maior movimento lá no CAPS são aqueles nos quais os médicos psiquiatras estão. Para ela isto ocorre porque ainda há uma crença, por parte dos usuários do serviço substitutivo, de que os médicos são aqueles que curam os loucos: *"(...) dia de médico é inquestionável, né. A questão do poder médico, do saber médico, né, ainda é muito forte (...)"*.

Uma questão que precisa ser retomada foi a trazida pela terapeuta ocupacional acerca da percepção da sociedade de que os loucos seriam perigosos. Para ela, as pessoas pensam que em um manicômio judiciário o louco seria perigoso, porque teria a questão da criminalidade e da justiça. Mas, segundo a enfermeira, durante o grupo focal, há sim um estereótipo de que o louco é uma pessoa perigosa, porque em um outro hospital voltado para nefrologia no qual também atua, quando há pacientes diagnosticados com transtornos mentais a equipe médica e de profissionais vai realizar o atendimento receosa: *"É assim, é o estereótipo clássico, aquele paciente ele é doido, cuidado. Aí ele já sai com cuidado. Eu trabalhei com quatro pessoas, todo mundo já entra mal-humorado, já entra com aquela postura de cuidado. É um inferno."*

E se esta é a visão do louco, a de quem escolhe trabalhar com assistência em saúde mental não é diferente, segundo esta informante. Ou seja, seriam loucos também, porque ninguém em plena posse de sua razão iria escolher trabalhar com loucos perigosos.

Ainda segundo a enfermeira, o motivo de seus colegas médicos e enfermeiros de outra área pensarem desta forma é que há um completo desconhecimento da lei da reforma psiquiátrica brasileira. E a estratégia que eles encontraram para continuarem a atender estes pacientes é o uso da medicação: *"É impressionante, toda a equipe, toda a equipe, aí medica logo pra ficar chapado, senão todo mundo vai ficar ressabiado. É uma coisa impressionante."*

Esta visão do louco e da loucura também se estende a outros espaços sociais. Um modo de percebê-la é como usamos, sem ao menos refletir, termos como "loucos", "doidos", "malucos" e "pirados" para nos referirmos a atitudes irresponsáveis, violentas e inesperadas de pessoas de nosso convívio. Assim, associamos a loucura a

características de comportamento e personalidade indesejáveis e que deveriam ser eliminadas. Como foi externado pela fala da terapeuta ocupacional durante o grupo focal: *"E lá fora a sociedade tá tão preconceituosa, né, porque é uma sociedade preconceituosa e fechada, e aí durante toda a vida a doença mental foi uma coisa de brincadeira, até hoje, 'Tá ficando doido, menino, sei que' ou 'Doido, não sei o que'. A gente sabe que isso acontece."*

Para a enfermeira, durante o grupo focal, uma das formas de diminuir este preconceito e mudar a visão da sociedade acerca da loucura seria através da veiculação em uma novela de televisão (que é um meio de entretenimento de massa em nosso país, considerada uma diversão "menor" e "baixa" por muitas pessoas, inclusive por essa informante) de personagens portadores de transtornos mentais que fossem tratados e respeitados enquanto cidadãos, como houve há cerca de dois anos com portadores da Síndrome de Down. Segundo ela: *"Uma novela, que é muito baixa, uma novela tem um impacto muito grande. Bastou o Jornal Nacional falando do assunto de órgãos pra ter dobrado o número de doações. Agora ninguém trabalha a questão do doente mental na sociedade pro geral."*

Interessante analisar esta fala porque quando os movimentos de reforma psiquiátrica começaram por volta de 1978 com as denúncias de maus-tratos sofridos pelos internos em hospitais psiquiátricos, primeiro no Rio de Janeiro e depois em outras cidades brasileiras, havia o interesse da mídia. Em 2001 quando da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica também houve uma divulgação. O que ocorreu então de lá para cá que fez com que as discussões acerca de novos paradigmas de atendimento aos loucos e de novas formas de entender a loucura não fossem mais de interesse da mídia?

O desconhecimento das leis advindas com o movimento de reforma psiquiátrica e da criação de serviços substitutivos não parece ser exclusividade de profissionais de outras áreas, já que a prefeitura do município no qual está o CAPS também tem uma certa dificuldade em compreender qual é a função da instituição. Para eles, segundo relatos dos funcionários, lá se trata de um "Centro Psíquico", o que quer que isso seja. Afinal, este é o nome que vem no contra-cheque de pagamento de todos os funcionários.

E, como houve um período de cerca de um ano após a criação do centro de atenção psicossocial no qual este e o ambulatório em saúde mental funcionavam na mesma casa, até hoje, cerca de três anos depois da mudança do ambulatório de

endereço, outros órgãos da prefeitura continuam a encaminhar clientela deste para o CAPS (Diário de Campo – 8 de outubro de 2007).

Chegamos, então, à questão da situação do serviço substitutivo no que concerne à esfera municipal. Acreditamos que informar que muitas vezes falta água e material de limpeza seria suficiente para retratar o descaso com a saúde mental. Contudo, achamos que devemos reportar que, certa vez, o município simplesmente não pagou a conta de luz do CAPS e eles ficaram sem energia elétrica, porque a companhia de energia cortou o fornecimento (Diário de Campo – 4 de outubro de 2007).

E como fica o funcionamento do CAPS em situações como essas? Como foi explicado por um dos funcionários: eles fazem uma "cota" na qual cada um dá uma parte do dinheiro necessário para a compra de água, de material de limpeza. Com relação à conta de luz, que era um valor muito alto, eles foram à prefeitura e explicaram a situação, que não sabia do corte e muito menos do atraso do pagamento, o que fez com que este fosse efetuado e a energia elétrica religada (Diário de Campo - 4 de outubro de 2007).

Inclusive estas dificuldades municipais são visíveis no fato de só haver um centro de atenção psicossocial na área, quando pela população existente seriam necessários mais dois CAPS tipo II, um CAPS tipo I, um CAPSad e um CAPSi, segundo os cálculos de um dos funcionários da parte administrativa do CAPS estudado (Diário de Campo – 28 de agosto de 2007).

Durante o grupo focal, o psiquiatra menciona o município como um dos problemas que tem que enfrentar na construção dos projetos de atendimento terapêutico individual dos usuários dos quais é técnico de referência já que precisa levar em conta a distância da residência e o tempo e custo de transporte dele para o CAPS.

Isto acaba por desconfigurar uma das atribuições do serviço substitutivo centro de atenção psicossocial que é o funcionamento com a idéia de território: geográfico mais também de relações de trabalho, ensino, família, cultural. E, ainda precisamos levar em conta que 90% das pessoas atendidas no CAPS são de baixa renda, o que quer dizer que para muitas delas sair de suas casas e pegarem ônibus para chegarem lá significa o gasto de um dinheiro que é considerado como impossível. O CAPS só recebe verba para oferecer a alimentação do usuário, caso haja um acompanhante este precisará arcar com os custos. Com relação ao transporte, o município não destina verba para ser repassada aos usuários.

Desta forma, segundo a psicóloga, haveria uma espécie de conformismo da população com relação ao serviço público que acabaria interferindo na família do usuário e na atenção a este, como se independente do que fosse feito ali no serviço substitutivo aquela pessoa continuaria a ser louca e isto a manteria uma excluída social pelo resto da vida: *"Porque, assim, reproduz esse momento de sociedade que a gente vive, né. De descrédito na política, né, de descrédito no serviço público, né, e de alguma forma de sentir algum conformismo."*

E a terapeuta ocupacional complementou esta fala, e todos os outros técnicos de referência concordaram, dizendo que esta discriminação também se encontra na família, sendo muitas vezes representada por um modo que infantiliza o louco e, aos poucos, vai tornando-o cada vez mais dependente e menos capaz de falar por si próprio. A solução seria: *"É dar oportunidade, é dar autonomia, é deixar a pessoa dizer, a pessoa falar, a pessoa opinar, né."*

Contudo, para ela é preciso sim escutar a família, porque aquela é uma família que sofre e que se trata o seu familiar desta forma é por cuidado. Por isso, os espaços de escuta das famílias, nos grupos, individualmente, em conversas informais, são extremamente importantes. Caso contrário, ela pode vir a se tornar uma sabotadora do projeto terapêutico. Esta informante também fez questão de desconstruir a noção de família nuclear, dizendo inclusive o quão importantes amigos e vizinhos são para o tratamento.

Um outro aspecto que surgiu durante as entrevistas e que complementa a noção de conformismo levantada pela psicóloga quando do grupo focal foi a sociedade e os governantes de nosso país pensarem em saúde mental como uma assistência de menor importância, porque não chamaria a atenção da mídia, refletindo em perda de votos em próximas eleições, tanto quanto casos de cirurgia que não ocorrem por falta de verba. Segundo o psiquiatra: *"Porque é um tipo de assistência que não é caro, porque não é caro, mas que a esfera pública não se preocupa muito. Até porque talvez não incomode tanto quanto a doença física, né, como uma cirurgia que tem que fazer, né... Mas saúde mental não. Dá pra ir enrolando, né. Vai enrolando com a medicação, né."*

Os serviços oferecidos no CAPS geralmente ocorrem em grupos, mas existem espaços e momentos para o atendimento individual. Para a psicóloga esta configuração permite que sejam criados espaços coletivos de convivência na instituição. E estes espaços, que podem incluir as famílias e os amigos do usuário, acabam por se tornar locais de convivência, de criação de laços de amizade e de apoio mútuo. Para o

psiquiatra, durante o grupo focal, estes espaços, que vão além dos grupos terapêuticos acabam por funcionar, também, como um modo de os usuários verem que não estão sozinhos: *"Eles dizem, eu não estou sozinho. O usuário aqui não está só. E o que a gente faz, a gente vê um paciente que chega descompensado, em crise, e eles mesmos se escutam, se ajudam. O remédio, eles têm que tomar o remédio, mas a gente não obriga. Aí no grupo, eles conversam e vêem que melhoram e tal, eu dizer isso pro paciente é uma coisa, mas alguém que tá tomando o remédio é outra."*

Para nós, esta é uma informação que pode vir a confirmar a nossa idéia de existência de zonas de desenvolvimento proximal afetivas, ou seja, espaços de compartilhamento de significados e sentidos de experiências similares através da linguagem, que se dão neste contexto dialógico de usuários de um serviço substitutivo aos manicômios.

A participação em um determinado grupo terapêutico depende da construção do projeto terapêutico individual (PTI) entre o usuário e o seu técnico de referência. Este projeto é levado para ser discutido nas reuniões semanais, onde são sugeridas algumas idéias, que também são discutidas com o usuário. Este projeto não é algo fechado porque é constantemente discutido entre o usuário e o seu TR. Um dos aspectos considerado nas mudanças em um PTI são os laços afetivos construídos entre os usuários. E, mesmo com o tamanho do município, há grupos de usuários que se tornam amigos. A psicóloga, durante o grupo focal, mencionou ser TR de um usuário que construiu um grupo de amigos no CAPS: *"Eu já acompanhei esse grupo que se encontraram aqui, trocaram endereço, marcou e se visitam, e foram pra praia. E eles não são usuários que ainda tiveram alta, né, eles ainda tão aqui."*

E a terapeuta ocupacional complementou esta fala dizendo que estas relações vão além do divertimento, já que eles indicam oportunidades de trabalho e de cursos uns para os outros.

Assim, identificamos que no serviço substitutivo no qual foi realizada a pesquisa houve uma mudança do foco da doença mental, tão típica de hospitais psiquiátricos, para a saúde mental. Como muito bem disse a assistente social uma das funções do serviço substitutivo é: *"(...) tentar mostrar que significa um outro leque de possibilidade. E aí quando a gente traz a questão da cidadania, né. E da busca do projeto de vida deles, aí é um caminho futuramente."*

Mas a questão do projeto de vida parece esbarrar na realidade social que muitas vezes só tem a oferecer ao louco preconceito e exclusão. Estes dois aspectos foram trazidos à tona várias vezes durante o grupo focal.

Um dos modos de se tentar reverter esta situação seria pela busca da criação de uma rede de apoio em saúde mental, segundo o psiquiatra, durante a entrevista, a rede seria: *"(...) um sistema integrado de assistência amplo, né, em saúde mental. Que vai desde o tratamento em si até a reabilitação e readaptação na sociedade, né."*

E esta visão foi sustentada pela terapeuta ocupacional, também durante a entrevista: *"(...) são os serviços que vão dar o suporte, né, porque o CAPS por si só não dá conta da demanda. Então a gente precisa dessa parceria com a rede externa que é pra poder, junto com o CAPS, tentar viabilizar o melhor pra esses usuários."*

Contudo, os dois profissionais mencionaram que o município no qual está localizado o CAPS não possui uma rede social em saúde mental forte, o que dificulta e muito a atuação deles. Como disse a terapeuta ocupacional: *"Tem um serviço aqui, um ali, mas super-lotado."*

Para o psiquiatra, também quando da entrevista, este é um problema nacional e talvez devido ao pouco tempo de criação dos serviços substitutivos ou talvez ao descaso político e social com a saúde mental: *"Acho que no Brasil, a gente tá muito carente disso aí, principalmente na área de saúde mental."*

Contudo, a terapeuta ocupacional faz questão de ressaltar que não é possível culpabilizar a inexistência de uma rede social eficaz como razão para a readmissão de usuários que já passaram pelo serviço. Seria preciso que casos como esses fizessem com que a equipe parasse e questionasse a sua prática: *"E a gente tem que admitir também, sabe, que a gente não dá conta de tudo e ver até onde também essa alta foi terapêutica, né. E até que ponto houve ganhos e perdas e não colocar a culpa no externo só, né."*

A ausência de uma rede acabaria por representar os limites do serviço substitutivo CAPS, já que este faria o seu papel terapêutico, o da reabilitação psicossocial, contudo quando os usuários saíssem de lá esbarrariam em uma realidade na qual não há espaço para o louco. Como disse a enfermeira, em um momento de desabafo durante o grupo focal: *"É tão frustrante você ver quando a gente dá alta no usuário, é como se ele tivesse protegido aqui, e, ao mesmo tempo, eu penso: quanto tempo será que vai levar pra ele voltar. Eu já pensei isso várias vezes, com vários usuários que tiveram alta. Teve um que ele voltava três meses depois, quatro meses*

depois, cheio de currículo na mão. E eu ficava vendo, cada vez ele mais cabisbaixo, né."

E por mais que se busque esta volta do indivíduo para a sociedade, através do entendimento do que é a doença mental, a recuperação de espaços com a família e de reconstrução de relações com a sociedade mais ampla, como enumerado pela assistente social, ele se depararia com a exclusão social, que é decorrente do estigma da loucura mas que também diz respeito à realidade na qual esta pessoa vive de pobreza, de carência afetiva e material. E este seria o cenário no qual o sofrimento psíquico se desenvolveria.

Então, esta pessoa voltaria para ser atendida no CAPS, onde seria tratada e voltaria para a sociedade e novamente enlouqueceria, em um movimento contínuo conhecido como *revolving-door*, porta-giratória, que foi muito bem exemplificado pelo psiquiatra quando do grupo focal: *"Isso a gente se depara no CAPS. Como eu vou trabalhar aqui, claro que com alguns dias devolve o usuário pra sociedade, mas ela não concorda, não suporta e ele acaba voltando pra cá. E então a gente acaba fazendo a mesma coisa do hospital psiquiátrico. Tá em crise, interna, sai... e vai ficar parado até aí, né, não tem aqueles cuidados de tratar. Inicialmente tá em crise, tá com sintoma, manda fazer remédios pras pessoas, depois manda pra aqui mesmo."*

Contudo, para este mesmo técnico de referência, quando da entrevista, algumas vezes há a necessidade de se internar em um local com cuidados constantes uma pessoa com diagnóstico de transtorno mental que seja um risco para si própria e/ou para os outros. Ele não defende os hospitais psiquiátricos, mas afirma haver a necessidade de se ter locais com essa estrutura: *"(...) Mas... às vezes tem que internar mesmo. Eu acho assim, que quem lida com a doença mental tem situações que às vezes você tem que internar a pessoa num local até fechado, que tenha suporte, né, que tenha alguém pra tomar conta do doente. Porque você vai proteger ele e as outras pessoas também, né. Você pega um paciente extremamente agitado, agressivo, não tem como você mantê-lo... Ou talvez o CAPS ou alguma outra estrutura. Quando Delgado escreveu o projeto da Reforma Psiquiátrica a idéia era mesmo extinguir os hospitais psiquiátricos e internar esses casos em hospital geral. Então, às vezes é necessário internar, pode ser num CAPS ou num hospital geral, mas que tenha essa estrutura pro paciente e pras outras pessoas."*

Para o grupo de técnicos de referência aqui estudado a sociedade é quem enlouquece as pessoas e por diversos motivos. O modo de alterar este quadro seria através de uma mudança social na qual ser diagnosticado como portador de um transtorno mental não implique em exclusão. Caso isto não aconteça o serviço substitutivo se tornará um nicho de conforto ao qual o usuário retornará constantemente. Como disse a terapeuta ocupacional durante a entrevista: *"Será que o CAPS não tá fazendo o papel dos hospitais? Só sem a dormida? Por mais que a gente saiba que eles chegam lá fora eles abandonam a medicação, a rede lá fora não tá tão preparada pra receber, a discriminação..."*

Quando do início dos movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil havia uma identificação da situação dos internos em hospitais psiquiátricos com os subversivos nos porões da ditadura, o que fez com que a luta pela cidadania dos loucos se confundisse com a luta pela cidadania de todos os brasileiros. Sendo assim, cabe a pergunta: por que os loucos não conseguem ser percebidos como cidadãos? Será que, como sugerido pela enfermeira, uma novela de televisão conseguiria realizar este feito, ao trazer o assunto de volta à pauta de discussões nacionais?

Núcleo de Significação 2 - Profissionais em saúde mental

Temos como proposta, neste núcleo de significação, discutir a formação e prática dos profissionais de nível superior em saúde mental, no caso desta pesquisa os técnicos de referência de um centro de atenção psicossocial.

Como vimos anteriormente, para os TRs a exclusão social é o cenário onde se produz o sofrimento psíquico, por isso quando os usuários do CAPS voltam para a sociedade e novamente se deparam com a exclusão recaem em sintomas de sofrimento psíquico, o que os faz retornar ao serviço, em um movimento que chamamos de *revolving-door*.

Mas, segundo os profissionais, o CAPS cumpre a sua função de promover uma atenção psicossocial fora do modelo hospitalar de atendimento em saúde. E, segundo eles, um dos motivos para isto é a estrutura multidisciplinar da constituição das equipes. Além do enriquecimento pessoal ao se trabalhar em tais equipes, o psiquiatra ressaltou, quando do grupo focal, que os vários olhares acerca da loucura e do louco enriquecem e

tornam a prática terapêutica mais eficiente: *"Terapia ocupacional, psicologia, serviço social, no caso farmácia... Enfermagem já conhecia a mais tempo, o nosso olhar é ligado a questão bem práticas mesmo, bem mais prático mesmo. É de praticidade, do salvar, do correr mesmo. Interessante que você começa a... a perceber, a conviver com o olhar de um outro profissional, coisa que eu não via antes. Terapeuta ocupacional... Psiquiatria tá ligado a sintoma, e eles não tão ligados a sintomas."*

Ora, uma das características dos manicômios era exatamente a aceitação de que a medicina e os médicos deveriam ser os únicos responsáveis pelo tratamento da loucura porque aquela seria a ciência que deteria as informações mais competentes acerca do assunto. Contudo, como vimos na revisão acerca dos movimentos de reforma psiquiátrica, houve um questionamento desta idéia e novos conhecimentos começaram a ser chamados a darem suas opiniões sobre o tema. Desta forma, profissionais de terapia ocupacional, assistência social e farmacêutica, por exemplo, passaram a trabalhar em serviços substitutivos aos manicômios. Interessante notar como há uma equivalência enquanto profissionais entre o psiquiatra e a enfermeira, quando tradicionalmente o quadro de enfermagem era subalterno aos médicos. Isto ocorre no CAPS que participou de nossa pesquisa, mas está previsto na legislação que trata dos serviços substitutivos (vide anexo II).

Assim, a questão da destituição do poder médico como o único capaz de produzir conhecimentos e discursos acerca da loucura também se reflete nas práticas profissionais. Já que "passar pelo psiquiatra" não é condição para alguém ser aceito no centro de atenção psicossocial. Quando do grupo focal a terapeuta ocupacional ressaltou esta informação: *"A gente tem dois usuários aqui no CAPS, que passam pelo CAPS, e não têm a necessidade de passar pelos médicos. Por que tem que passar, né? A questão da equipe até, né. 'Ah, mas como eu vou botar no PTI, o médico, não sei o quê?' Aí, o psiquiatra disse: 'Não, ela não precisa passar pelo médico.' Aí, nós pensamos no PTI a psicoterapia onde ela organizou algumas coisas..."*

E esta fala foi complementada pela psicóloga que ressaltou como esta imagem de obrigatoriamente o usuário ter que ser atendido por um psiquiatra, mesmo em um serviço substitutivo é advinda da psiquiatria hospitalar: *"Porque, assim, o psiquiatra, tem muito ainda do modelo do hospital psiquiátrico, né."*

Contudo, isto não parece ocorrer constantemente nos serviços substitutivos aos manicômios, já que alguns dos participantes do grupo focal relataram conhecerem centros de atenção psicossocial cujas equipes são engajadas no movimento de reforma

psiquiátrica brasileira, mas que, quando na prática, só admitem usuários que tiverem passado pelo psiquiatra e recebido a aprovação deste: *"Os CAPS, né, buscam a quebra do modelo médico, né, da hierarquia pra ter uma prática entre vários... Mas só que na prática, na realidade do CAPS, a gente vê que se sobressai muito a questão do modelo médico, né. Eu mesmo vejo gente que na luta, na frente da luta contra o modelo manicomial, falava que só admitia o usuário no CAPS se o psiquiatra avaliasse e dissesse que ele era apto pra usar o CAPS. Então, são todas as contradições, né."*

Esta fala foi da psicóloga e ela ressaltou as contradições entre o discurso dos profissionais e as práticas dos mesmos. A terapeuta ocupacional foi além ao reportar que quando trabalhava no manicômio judiciário havia profissionais que também trabalhavam em centros de atenção psicossocial e que as práticas destas pessoas variavam de acordo com o local em que estavam: *"E, assim, o que me incomoda mesmo muito é que eu tinha como experiência lá pessoas que trabalhavam no manicômio judiciário e pessoas que trabalhavam no CAPS. E a postura era completamente dicotomizada. Lá tratava assim porque era um sociopata, uma pessoa criminal... né, o cárcere. E aqui no CAPS ele já entende como cidadão, dando as oportunidades, com espaço pra escutar, né. E eu ficava, olha minha gente como pode ser isso?"*

Seriam estas mudanças de comportamento dos profissionais um reflexo do poder institucional? Por ser um manicômio, um local fechado, os profissionais tivessem que se comportar de acordo? Para a nossa informante a resposta para esta pergunta é afirmativa: *"Com o tempo, né, tem o se encaixar na instituição. Porque... eu acho que tem um pouco da formação mesmo, um pouco da pessoa, né, essa coisa... Porque a instituição é assim, né, a lógica, ela tem toda rigidez de um local híbrido que nem hora é presídio, hora é hospital, hora é presídio, hora é hospital, ela não sabe o que é."*

E o profissional que tentasse criar uma outra forma de atuar, de acordo com os pressupostos da Lei da Reforma Psiquiátrica (vide anexo I) de não-isolamento, não-afastamento da família, respeito à cidadania, seria marginalizado pela equipe, porque não estaria agindo de acordo com o esperado para o local. Esta mesma informante reportou que tentou atuar de forma diferente no manicômio judiciário, mas começou a ser isolada pela equipe, a ser chamada de a "doutora boazinha", o que a levou a desistir do trabalho naquela instituição.

Neste momento, cabe retomar uma análise já feita acerca da nossa legislação da Reforma Psiquiátrica (vide anexo I), quando esta diz que o internamento em leitos hospitalares deve ser realizado quando todos os outros recursos tiverem se esgotado.

Como já nos perguntamos antes, voltamos a questionar: não seria uma legitimação da psiquiatria como o conhecimento capaz de lidar com a loucura? E não seria essa mudança de comportamento dos profissionais uma expressão disto? Já que em um manicômio judiciário estariam aqueles verdadeiramente loucos, que se encaixam no estereótipo de violência, e que já teriam sido "triados" pelos outros serviços. E, a estes só restaria o que a medicina outrora tinha a oferecer: exclusão social, longos internamentos, medicamentos em excesso, institucionalização... Propomos, então, que a discussão sobre a reforma psiquiátrica brasileira volte à pauta, já que a aprovação da mesma em 2001 parece se configurar, cada vez mais, como um primeiro passo importantíssimo, e não como a vitória em uma guerra.

Retomando a fala da terapeuta ocupacional, ela ressalta que a formação é importante para evitar este tipo de comportamento profissional de agir de acordo com o local que esteja.

Durante o grupo focal os profissionais não falaram especificamente sobre a formação profissional deles enquanto técnicos de referência em um serviço substitutivo aos manicômios, mas esta questão foi aprofundada nas entrevistas. Tanto a terapeuta ocupacional quanto o psiquiatra reportaram que não existem programas governamentais ou institucionais de formação continuada e eles atuam enquanto técnicos de referência muito mais pela bagagem profissional e uma postura de busca por novos conhecimentos do que pelas poucas e curtas capacitações oferecidas pelo município. Inclusive, segundo a terapeuta ocupacional, ela nunca chegou a participar de nenhuma: *"Assim, eu não tive nenhuma, né. Eu já peguei a estrutura montada, né. Agora, assim, as meninas trazem que tiveram supervisão, tiveram capacitações em saúde mental quando o CAPS começou. Assim, essa turma mais novata teve uma recentemente, mas eu não pude sair porque tava essa mudança, aí encaminhei outras pessoas. Estamos aguardando essa capacitação sobre CAPS, sobre técnico de referência, sobre tudo, que tá vindo, não sei quando, mas tá vindo."*

E complementamos com a fala do psiquiatra quando da entrevista: *"Mas, na verdade, é um aprendizado, né. Cada um com seu olhar, com a sua bagagem, com a sua formação vai entrando na... é uma aprendizagem como eu tava falando, né. Vai entendendo o que é, né, a função, vai pedindo ajuda. Então a formação do TR é contínua, né, não tem um fim e é empírica, né."*

Apenas um dado que vem corroborar a nossa conclusão de que a equipe de técnicos de referência que fez parte de nossa pesquisa é coerente com relação aos seus discursos e práticas: dos 14 técnicos de referência do CAPS, quatro estão em cursos de especialização e pós-graduação, quatro já passaram por cursos de especialização, e os outros seis estão em processo de escolha de um curso de aperfeiçoamento profissional (Diário de Campo – 25 de outubro de 2007).

Para eles é preciso ter em mente que a atuação profissional também diz respeito a dar autonomia aos usuários, já que muitas vezes a família se recusa a fazer isto por cuidado, como já discutimos no núcleo de significação anterior.

Esta autonomia, que é permitir que a pessoa fale, opine, diga e tenha a sua opinião respeitada mesmo que não seja unânime, parece remeter a uma noção de cidadania na qual os loucos não perdem a sua voz, os seus direitos civis, sociais, políticos e de expressão em esferas públicas ao serem identificados enquanto tal. O que vai de encontro à compreensão de cidadania proposta pelo Iluminismo que polarizava razão/desrazão, cabendo aos despossuídos de razão, aos loucos, a necessidade de tratamento, ou seja, de serem retirados da sociedade e levados para locais supostamente adequados, como quando do nascimento da Psiquiatria e dos manicômios.

Mas esta noção de cidadania está de acordo com as propostas dos movimentos de reforma psiquiátrica e como disse o psiquiatra, durante a entrevista, quando perguntado se a loucura excluiria da cidadania: *"Não, não. A gente viu um texto aqui no CAPS uma vez exatamente sobre isso, né, que no princípio a loucura excluiria. Que o alienado, o louco estaria afastado, não seria um cidadão."* Fala que pode ser complementada pela terapeuta ocupacional, também durante a entrevista: *"De jeito nenhum! De jeito nenhum! A pessoa louca não pode ser excluída desse direito (...)"*

O respeito pela opinião dos usuários é levado para os grupos terapêuticos. Como os profissionais relataram durante o grupo focal, muitas vezes eles têm uma proposta de trabalho, mas ela é alterada porque assim querem os usuários: *"Você está com a atividade estruturada, mas naquele momento o grupo quer outra coisa."*

E isto é levado, inclusive para a dinâmica de funcionamento destes grupos, como dito pela terapeuta ocupacional: *"E é preciso ter cuidado quem coordena grupo. Fechar, não deixar a coisa nas entrelinhas, dar o direito de falar a todo mundo, dar o direito de escuta, o direito de não concordar com a opinião do outro, mas ele tem que respeitar o outro. Eu posso até nem gostar de você, mas eu tenho que lhe respeitar. Eu posso até nem concordar com as suas idéias, mas eu tenho que lhe respeitar, né."*

Desta forma, cidadania também é respeito pelas diferenças de opiniões, de crenças religiosas, de comportamentos, de modos de vestir, de viver. Em suma: cidadania diz respeito a direitos e deveres, e implica também em um respeito à diversidade humana. Algo que não apenas os profissionais em saúde mental deveriam sempre lembrar, mais todos nós também.

Quando perguntados, durante as entrevistas, sobre o que era cidadania para eles, a opinião da terapeuta ocupacional e do psiquiatria nos pareceram complementares. Segundo a terapeuta ocupacional cidadania é: *"Eu vejo cidadania como direitos. E dever também, né. Principalmente dever. Então, direito a acesso a tudo que for de bem-estar, que lhe dê saúde, que lhe dê condições de existir enquanto pessoa. Lógico que com isso os deveres também, né. Os deveres sociais. Mas os direitos a uma moradia digna, a um lazer, a saúde, a acesso a informação, acesso à medicação... então, direito de uma forma geral, assim, enquanto pessoa, enquanto gente, enquanto humano."*

E, segundo o psiquiatra, citando o sociólogo Betinho (1935 – 1997) e o cartunista Henfil (1944 – 1988), personagens importantes da redemocratização brasileira: *"Cidadania... Eu vou relembrar uma coisa que Betinho falou, né, o irmão de Henfil. Ele falou do cidadão, né, que pra ele seria a pessoa mais importante de qualquer sociedade. Ele disse que o mundo seria bem melhor, né, muito mais organizado, né, quando o governador fosse mais importante do que o presidente, quando o prefeito fosse mais importante do que o governador, e quando o cidadão fosse mais importante do que o prefeito. Então o cidadão é cada um com suas demandas, com suas alegrias e suas tristezas e com seus sofrimentos, com seu trabalho, né. É uma unidade, né. Assim como o CAPS é uma coisa única, o cidadão é único também, né. A palavra cidadania vem de cidade, né. E atualmente é diferente porque antigamente na sociedade grega era o cara que tava de fora, que podia ser consultado, né, não eram os escravos, era o mais importante da sociedade. Hoje é diferente, é cada um, né, é cada unidade que forma a família, a sociedade, né."*

Todos os profissionais que participaram do grupo focal relataram um interesse em trabalhar com a loucura. Para alguns isto se deu antes do término da graduação, como com o psiquiatra, a terapeuta ocupacional e a enfermeira. Mas todos relataram gostar de trabalhar em um serviço substitutivo aos manicômios, mesmo que muitas vezes os limites do serviço os façam se sentirem frustrados como exposto pela enfermeira e já discutido no núcleo de significação anterior: *"É tão frustrante você ver*

quando a gente dá alta no usuário, é como se ele tivesse protegido aqui, e, ao mesmo tempo, eu penso quanto tempo será que vai levar pra ele voltar."

Outras vezes o que parece deixá-los desmotivados é o desconhecimento de outros profissionais e da sociedade em geral acerca das propostas da reforma psiquiátrica. Algo que também parece atrapalhar os técnicos de referência em sua atuação é a visão que a sociedade tem da loucura e dos loucos e como esta interfere quando da reabilitação psicossocial de um usuário de serviço substitutivo. E, mais, para muitos a loucura é identificada com a violência, o que gera um medo. Assim, para estas pessoas, só trabalhariam com loucos uma pessoa também louca, "perturbada", o que acaba por criar um estigma com relação aos profissionais do CAPS, como reportado pela enfermeira. Ou seja, as dificuldades em ser um técnico de referência em um serviço substitutivo vão muito além da própria função de TR.

Com relação às terminologias utilizadas pelos profissionais para se referirem aos loucos elas parecem estar voltadas ao linguajar de formação profissional de cada um. Assim, por exemplo, para o psiquiatra, a farmacêutica e a enfermeira, o louco é o doente mental. Já para a assistente social, a psicóloga e a terapeuta ocupacional, ele é o usuário do CAPS (anotações no Diário de Campo).

Núcleo de Significação 3 – A reabilitação psicossocial

Pretendemos com este núcleo de significação fazer um apanhado do que a equipe de técnicos de referência estudada entende por reabilitação psicossocial e quais as suas práticas voltadas para a promoção da mesma junto aos usuários do serviço substitutivo.

Como já vimos, para a equipe as causas do sofrimento psíquico se encontram nas condições de exclusão social em que grande parcela da população brasileira se encontra. Ao ser atendido pelos serviços do centro de atenção psicossocial estes usuários encontrariam um nicho no qual estariam protegidos da exclusão e do preconceito que existem na sociedade. Então, segundo a assistente social, em fala durante o grupo focal, este adoecer, enlouquecer, também está nas relações da pessoa com o mundo: *"Porque tem um contexto, né, que alimenta também o adoecimento... a questão do desemprego, não é, das condições precárias de trabalho e tudo o mais. Então muito do adoecer vem também mais dessas relações com o mundo, não é."*

Assim, este projeto de volta do usuário à sociedade necessita ser também articulado com estas esferas de vida fora do espaço do serviço substitutivo. Ou seja, ao contrário do que a legislação brasileira acerca da reforma psiquiátrica (anexo I) definiu, a reabilitação psicossocial não se constituiria como uma prática voltada para as pessoas que passaram por internação em hospitais psiquiátricos. Porque o preconceito não é apenas voltado para este grupo, mas para todos os loucos.

A questão, então, é a existência de um estigma com relação à loucura e aos loucos e não com a parcela deles que foi institucionalizada. Contudo, acreditamos que para as pessoas que passaram longos anos em instituições psiquiátricas haja uma carga de preconceito maior, decorrente de uma visão da sociedade acerca dos manicômios como locais de depósito para os loucos violentos.

Em uma proposta de reabilitação psicossocial haveria também a necessidade de levar em conta este estigma voltado para o usuário do serviço substitutivo. Porque, para esta pessoa, o que existiria fora do espaço acolhedor de um CAPS seria o "mundão". Esta terminologia acerca da sociedade foi usada pela terapeuta ocupacional durante o grupo focal porque era o termo que os internos no manicômio judiciário empregavam para se referir à sociedade mais ampla. Mas nós pensamos, assim como esta informante, que este termo também se aplicaria aos usuários do CAPS que recebem alta: *"É... eles chamam a sociedade de o mundão. Então, as oportunidades são poucas, os preconceitos são intensos... Conseguir emprego pra quem tem formação já é uma dificuldade, imagine pra quem tem um transtorno mental associado a um delito, ou associado a remédios e outras coisas. Então, muitas vezes você tem que dar este dado de realidade. Não adianta ficar na ilusão: o mundo lá fora vai dar as oportunidades. Vai excluir. Ele vai reincidir, porque a família não suporta, a sociedade não aceita... Aí você já é, né, o doido, aí todo mundo olha pra você achando que você vai agredir a qualquer momento e aí quando você vê, adoece de novo e retorna pro início. Então termina, fica como se fosse uma coisa viciosa, né. Aquele ciclo que não termina, né. Você vem, piora, aí você é atendido pelo CAPS, aí daqui há pouco os sintomas são regredidos, aí você volta pra sociedade, a sociedade vai fechando, fechando, fechando, aí você cai de novo de volta. E é essa roda-gigante e eterna."*

Esta terminologia "mundão" nos parece extremamente desalentadora porque implica em uma sociedade que aparenta ser tão ampla, tão inatingível, tão grande e repleta de aspectos que voltar a viver nela se torna quase uma tarefa "hercúlea".

Da fala desta informante depreendemos também a noção de que a sociedade não está preparada para lidar com a loucura. Então há movimentos contraditórios: os movimentos de reforma psiquiátrica buscam mudar a forma como a nossa sociedade entende e lida com a loucura, mas os dados de realidade mostram que a prática ainda é de exclusão, o que precisa ser também considerado e trabalhado com os usuários.

O psiquiatra, quando do grupo focal, trouxe ainda uma informação que consideramos importante de ser analisada: há famílias que lucram financeiramente com os seus parentes loucos, porque eles são aposentados como inválidos para o trabalho, e, muitas vezes, este benefício é a única fonte de renda. Assim, a reabilitação psicossocial desta pessoa implicaria em dificuldades financeiras, já que eles acreditam que será extremamente difícil um louco encontrar emprego após ter sido considerado enquanto tal: *"Tem paciente que é bom pra família porque muitas vezes esses doentes são a fonte de renda, né. Tem que ter essa consciência de ter cuidado com a família, porque eles querem perpetuar a doença pra não perder o benefício, como um dos usuários aqui."*

Voltamos, então, a ressaltar como o engajamento familiar é de extrema importância para a reabilitação psicossocial dos usuários do CAPS. Tivemos a oportunidade de observar uma assembléia geral do CAPS (Diário de Campo – 11 de outubro de 2007) e conseguimos apreender que os usuários que haviam sido acompanhados de seus familiares, naquele momento de reunião de todos os que fazem a instituição, demonstravam orgulho por terem alguém com quem contar em momentos difíceis. Aqueles familiares e amigos que lá estavam pareciam ser uma prova de que os usuários do serviço eram amados e reconhecidos como pessoas importantes na família e do círculo de amizade, independente de serem loucos ou não. Este sentimento, acreditamos, é uma arma poderosa contra o desalento do preconceito do "mundão" contra a loucura.

Contudo, são poucos usuários que têm suas famílias e amigos como personagens ativos em seus projetos de tratamento. O que os profissionais reportam, tanto no grupo focal quanto nas entrevistas, é uma situação adversa para estas pessoas em suas famílias. Como disse o psiquiatra na entrevista sobre as causas que fazem ex-usuários voltarem a procurar o serviço substitutivo: *"(...) tem algum problema em casa (...)"*.

A assistente social, durante o grupo focal, também destacou a necessidade do engajamento dos usuários do CAPS, já que muitas vezes eles se tornam passivos ao tratamento, colocando-se no local de pacientes, como outrora acontecia em hospitais

psiquiátricos. Para esta informante uma das causas disto seria o conformismo com relação às limitações sociais, como se nada pudesse ser feito para mudar a sociedade que existe. Eles percebem a nossa sociedade como estática, e não em constante mudança. Para esta informante uma das maneiras de se alterar esta situação seria através da criação de associações de usuários de serviços substitutivos, familiares e amigos: *"Não só a família, mas o usuário. A gente sente a dificuldade, né. De discutir e de conseguir, assim, esse engajamento. A gente até consegue alguns avanços, né, mas é pouquíssimo."*

Depois deste breve panorama de algumas dificuldades relacionadas à promoção da reabilitação psicossocial tentaremos defini-la.

Segundo a farmacêutica, em fala durante o grupo focal, a reabilitação psicossocial seria o conjunto de ações e práticas terapêuticas desenvolvidas no espaço do serviço substitutivo em conjunto com os usuários, os técnicos de referência, as famílias e a sociedade mais ampla com o objetivo de volta à sociedade do louco: *"Assim, reabilitação psicossocial, eu acho que entendo como tudo, né? Tratamento medicamentoso, assim, tratamento com família, com a sociedade. Preparar ele pra viver, dentro das limitações dele, na sociedade."*

E o psiquiatra complementou que a reabilitação psicossocial seria, então, o resgate da cidadania destas pessoas. E para ele a cidadania não está pautada na polarização entre razão e desrazão proposta pelos pressupostos Iluministas: *"Pra mim, pode ser resumido em uma frase que é o resgate da cidadania mesmo. Porque, na verdade, mesmo quem é são tem dificuldade pra viver nesse mundo, conviver com a família, com o trabalho, imagine quem tá com problema, né. Eu achei interessante, o doente mental, o paciente com passagem psiquiátrica, não pode nem falar mais alto, não pode nem rir, não pode nem ficar alegre ou triste porque tem alguma coisa errada, né."*

Para este informante, reportado durante a entrevista, haveria uma diferença entre reabilitação psicossocial e reinserção social. Esta última seria uma forma de formatar o usuário do CAPS segundo um modelo pré-definido do que a sociedade considera bom: *"Como eu lhe falei, reinserção social talvez você... você tem um modelo de reinserir a pessoa dentro de uma sociedade que apregoa aquilo. Mas será que aquilo que é o ideal para aquela pessoa?"*

Uma assistente social, não a que participou do grupo focal, quando do grupo acolhimento, ao ser questionada por uma familiar de uma usuária recém-chegada ao

serviço se haveria uma forma de "recuperar" uma paciente crônica, respondeu que não gostava dessa palavra crônica e que quando uma pessoa é acometida por algum transtorno mental nem todas as áreas de sua vida seriam afetadas e que ela poderia ser reabilitada psicossocialmente, mas que o "combustível" para tal seria a vontade da usuária em se engajar em seu próprio tratamento, além do suporte familiar (Diário de Campo – 16 de outubro de 2007).

Já a psicóloga, também durante o grupo focal, diferenciou a reabilitação psicossocial de uma normalização da pessoa segundo os parâmetros do que é aceito socialmente, o que remete a já citada fala do psiquiatra a respeito da reinserção social: *"Eu acho que é um pouco a questão de poder conviver na sociedade com as diferenças, não é. Com a questão das necessidades que cada um tem, não é. E eu acho que isso entra muito numa coisa que acontece que é de tentar normalizar, né, num modelo de sociedade, tá reabilitada aquela pessoa que consegue trabalhar, casar, ter filho, ou seja, é produtiva, né. E muitas vezes não só pela limitação, mas porque não é o desejo daquela pessoa, o que ele quer pra ele. E é importante a gente estar atento a isso, não é. O que é que ele quer pra vida dele."* Desta forma, reabilitação psicossocial seria diferente de reinserção social e caminharia junto com o resgate da cidadania dos ditos loucos.

E esta mesma informante destacou que a reabilitação psicossocial seria uma prática irrealizável dentro de instituições fechadas, como um hospital psiquiátrico ou um manicômio judiciário, por exemplo, porque haveria a necessidade deste contato com a sociedade, com as redes de apoio em saúde mental. Ou seja, o CAPS seria um instrumento de promoção da reabilitação psicossocial importante, mas não o único: *"O único não, mas é importantíssimo, não é? Fundamental, mas não único. Os movimentos sociais... E, aí, assim, são questões muito mais amplas."* Já que para que ocorra a reabilitação psicossocial haveria a necessidade de uma transformação social na qual aprenderíamos a viver e conviver com as diferenças.

Sendo a reabilitação psicossocial compreendida como algo tão amplo, os profissionais que participaram de nossa pesquisa destacaram que todas as suas práticas e ações desenvolvidas no centro de atenção psicossocial seriam partes deste processo.

Destacamos a fala da farmacêutica, durante o grupo focal, que ressaltou a importância da desconstrução do estigma com relação ao uso dos medicamentos psiquiátricos pelos usuários, já que eles têm tanta vergonha de fazerem uso destas drogas que as levam escondidas para as suas casas. Caso contrário visinhos e amigos

poderiam comentar e fazer "brincadeiras" não tão divertidas: *"Tem que ver como eles fazem pra levar o remédio pra casa... Eles trazem uma sacolinha e tem que envolver o remédio nela, pra ninguém saber, ninguém ver."* E ainda há o fato de que qualquer sintoma que estes usuários apresentem associam imediatamente aos medicamentos psiquiátricos.

Sendo assim, a reabilitação psicossocial também passa pela desmistificação do uso de remédios psiquiátricos. O psiquiatra, também durante o grupo focal, relatou que sempre comenta em grupos terapêuticos que diabéticos usam medicação constante e não são vítimas de uma exclusão social.

Um outro instrumento de reabilitação psicossocial seria o trabalho em grupos terapêuticos, que refletiria o funcionamento de nossa sociedade. Como a terapeuta ocupacional falou durante o grupo focal, o motivo de maior parte dos serviços oferecidos no CAPS se constituir desta forma ocorreu: *"Porque nós somos grupo."*

Esta mesma informante também diferenciou a reabilitação psicossocial de habilitação, durante o grupo focal. Segundo a experiência dela em um manicômio judiciário e com alguns usuários do serviço substitutivo haveria esta necessidade de um ensino da vida social prática como os cuidados de si no sentido mais básico que seriam os cuidados corporais, o modo de se alimentar, ou seja, o profissional teria que ensinar estes aspectos porque a vida nunca teria oferecido esta oportunidade. E esta habilitação ocorreria antes da reabilitação psicossocial: *"Agora, o que eu acho interessante também é que muitas vezes, assim, a gente, é um pensamento meu, antes de reabilitar, eu acho que a gente precisa habilitar. Tem pessoas que você tem que habilitar, pela minha experiência lá no hospital, tem pessoas que você tem que habilitar, tem que ensinar coisas que a vida nunca permitiu, que a sociedade eles nunca foram vistos como pessoas."*

Ela, inclusive, mencionou algo que presenciou no manicômio judiciário e que nós consideramos representativo do que seria a habilitação voltada a usuários de serviços de atenção psicossocial: *"Ler, comer, devagar e com garfo e faca. É... lá onde eu trabalhava, é com colher. Lá, onde eu via muito isso, assim, quando eu cheguei no refeitório eu vi uma cena que eu não esqueço nunca, jamais, uma pessoa pegar a comida, bandejão, jogar no chão, agachar e comer como animal, né. E eu fiquei parada observando e fiz o que é isso? Não entendi. O que é isso? É porque não pode usar a colher, porque tudo lá é uma arma? Ou é porque eu não sei comer porque nunca ninguém me ensinou? Que na hora da comida tem que sentar na mesa, colocar a*

comida na bandeja, pegar a colher, abrir a boca, botar na boca. Então, tem que habilitar. Então aqui nós tivemos um caso de ter que habilitar mesmo, de ter que dar essa autonomia pra uma usuária se dirigir e escolher a alimentação, pegar sua própria alimentação, sentar, abrir a sua quentinha, a usar colher, a mastigar os alimentos, né, que a família por super proteção não deixava. Mais fácil pegar a colher e dar a comida na boca, a pessoa como um doente."

Quando da entrevista, o psiquiatra também mostrou compreender a habilitação como essa aprendizagem de habilidades, já a reabilitação seria a recuperação de habilidades perdidas por algum percalço da história de vida da pessoa. O exemplo que ele deu é bem demonstrativo desta opinião: *"É, eu imagino assim: que você reabilitar você vai fazer com que a pessoa re-aprenda uma coisa que ela já sabe, né. É uma pessoa que perdeu algumas habilidades e vai aprender novamente essas habilidades. Habilitar é alguém que não apresentava, adquiriu habilidade, vai aprender, né, a exercer uma função social, profissional, seja qual for. Aprender a comer, a ler, aí passa muito pela questão do terapeuta ocupacional, que é o profissional que vai lidar com isso. Quando você adapta um talher e prende na mão da pessoa para ele comer, por causa de um acidente, né, você vai estar reabilitando, né, vai estar adaptando pra aquela pessoa voltar a comer sozinha, né."*

E, este mesmo informante complementa a noção de reabilitação, desta vez no contexto de saúde mental, com a questão da cidadania do usuário, em uma tentativa de que um termo que, para muitos, implicaria em uma formatação da prática a um modelo pré-definido em parâmetros do que é considerado bom pela sociedade, seja entendido de acordo como a equipe de profissionais atua: *"E psicossocialmente depende muito de cada um, né. Do que cada um quer, porque pra mim, né, eu posso querer uma realização pra mim de uma forma, mas aquilo é ruim pra vida de outra pessoa, né. Então, eu não posso dar pra outra pessoa algo que ela não quer, né. Tem que ver o que a pessoa quer, né, ouvir, que é pra poder oferecer a ele. Então não é um formato, né, um modelo, uma forma de reabilitar. Assim, assim, assim, então vai ser todo mundo daquela forma ali, né. Não, é de cada um. É ouvir, é escutar, entender e oferecer."*

Por fim, voltamos à noção do serviço substitutivo como um nicho de proteção e cuidados para com os usuários, um local no qual eles seriam bem tratados, respeitados em suas opiniões e vontades, em suma, tratados como cidadãos. E esta característica dos serviços substitutivos poderia se tornar um dos entraves na promoção da reabilitação psicossocial já que o usuário não gostaria de deixar um espaço no qual é bem tratado e

criou vínculos. Como a enfermeira falou durante o grupo focal: *"Ele deixa de tomar a medicação... Num movimento contrário porque não quer sair daqui, porque gosta daqui, é bem tratado, né."*

Esta situação, que foi descrita por Goffman no livro "Manicômios, Prisões e Conventos" e já analisada nesta dissertação, nos parece muito semelhante ao que ocorre com algumas pessoas presas que preferem não sair do presídio, como foi muito bem retratado no filme "Um Sonho de Liberdade" ("The Shawshank Redemption", 1994, Estados Unidos), no qual o personagem Elis reporta que alguns presos sofrem de uma institucionalização e que sentem medo ao saírem da prisão. Seria esta uma mera coincidência, entre os presos e os usuários do CAPS, ou seria o que une estas pessoas estigmatizadas pela sociedade: o medo de voltar para ela?

E a solução seria esta transformação social na qual aprenderíamos a viver e conviver com as diferenças. Será que esta proposta, que também é dos movimentos por uma sociedade sem manicômios, além de ser almejada pelos profissionais que participaram de nossa pesquisa, é uma utopia?

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, e não apenas no que se refere especificamente à reabilitação psicossocial, há uma dificuldade em nomear os conceitos e práticas advindos dos movimentos de reformas psiquiátricas. Acreditamos que esta dificuldade pode ser creditada a um certo receio em usar expressões e termos que reforçassem modelos terapêuticos e imagens do louco e da loucura que remetessem à época na qual a psiquiatria era o saber competente e os hospitais psiquiátricos o local tido como ideal para o tratamento da doença mental.

É preciso levar em conta que a Lei da Reforma Psiquiátrica (vide anexo I) foi aprovada em 2001, e mesmo que os movimentos de reforma psiquiátrica brasileira estejam beirando o trigésimo aniversário, a legislação tem por volta de sete anos. Ou seja, é muito recente a aprovação destas leis voltadas especificamente para um novo modo de atenção em saúde mental, o que poderia levar a essa vontade, por parte dos que constroem a Reforma, em usar "nomes" que sejam significativos das mudanças conseguidas e almejadas por esse processo de construção de atendimento em saúde mental. Assim, muitas vezes nos deparamos com conceitos e práticas que têm nomes diferentes, mas seriam similares como a reabilitação psicossocial e a reabilitação psiquiátrica, por exemplo.

Podemos encontrar tal dificuldade em "dar nomes" até nas esferas públicas, já que para o município no qual se encontra o centro de atenção psicossocial do tipo II em que ocorreu a pesquisa, aquele é um "centro psíquico".

Com referência à legislação brasileira, a reabilitação psicossocial seria um procedimento voltado para aquelas pessoas que passaram por um período de internamento em hospitais psiquiátricos, ou seja, para os possuidores de transtornos mentais que foram vítimas de institucionalização em manicômios. Desta forma, seria um conceito referente a uma prática de um período de transição de uma sociedade com manicômios para uma sem. Contudo, para a equipe de técnicos de referência que fez parte de nossa pesquisa, a reabilitação psicossocial seria todo o conjunto de atitudes e práticas terapêuticas desenvolvidas no serviço substitutivo relacionado ao atendimento dos usuários.

A legislação brasileira pode até afirmar que a reabilitação psicossocial é um processo voltado para os pacientes ainda internos nos hospitais psiquiátricos remanescentes, mas para o grupo de técnicos de referência aqui analisado, o fator mais importante não seria a internação em hospitais psiquiátricos, mas a estigmatização das pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental. Ou seja, por serem consideradas loucas elas já passariam quase que automaticamente por um processo de exclusão social, que teria suas bases no preconceito contra a loucura. E, por isso, haveria esta necessidade de uma prática voltada para a reabilitação psicossocial independente da institucionalização.

Algumas das causas para a exclusão social dos ditos loucos seriam, como muito bem explicitou Lyra (2002, p.93) em sua dissertação de mestrado:

> A visão do louco perigoso, de que a loucura é sinônimo de incapacidade e de que a doença tem um curso inexorável e irreversível, compõe a representação imaginária sobre a loucura que em nenhum momento a psiquiatria tenta desmistificar porque essa idéia compõe os argumentos para o exercício de sua prática repressiva.

Sendo assim, mesmo com todas as desconstruções e reconstruções acerca da saúde mental e da loucura e dos loucos desencadeadas pelos movimentos de reforma psiquiátrica em nosso país, a sociedade ainda pensaria neles como seres perigosos e incapazes que deveriam ser afastados do convívio social. Sem contar a questão do saber médico que ainda seria tido como o único competente para lidar com a loucura. Podemos observar este fato no CAPS, quando nos foi relatado que os dias nos quais os psiquiatras estão na instituição são os mais movimentados do serviço.

Em uma tentativa de fechar a questão da reabilitação psicossocial, voltaremos a algo que nos foi reportado nas entrevistas, de que seria preciso ouvir, entender e oferecer o que os usuários desejam, com relação ao projeto terapêutico. Acreditamos que isto implique que este grupo de técnicos de referência entenda uma reabilitação psicossocial bem sucedida como o desenvolvimento do poder de contratualidade por parte dos usuários.

A contratualidade foi muito bem definida por Fonseca (2006) como a capacidade do usuário do serviço substitutivo em desenvolver negociações no cotidiano através da definição de interesses e relações para a própria vida. Ora, é exatamente isto o que os técnicos de referência deixaram diversas vezes explícito em seus discursos e práticas ao atuarem enquanto profissionais em saúde mental através do respeito ao

outro, do reconhecimento dos direitos e deveres dos usuários, e do escutar e entender o que cada um deseja para a própria vida.

Desta forma, a reabilitação psicossocial não poderia ser compreendida enquanto reinserção social porque esta última implicaria, para os técnicos de referência participantes de nossa pesquisa, em uma formatação do usuário do serviço substitutivo aos modelos sociais do que é uma pessoa normal, com razão e membro produtivo da sociedade.

E, obviamente, a reabilitação psicossocial é um processo que não pode ocorrer dentro de instituições fechadas, como os manicômios, já que ela necessita da sociedade mais ampla e das oportunidades que esta oferece aos usuários de serviços substitutivos. E, aí, encontra-se uma grande dificuldade que é a inexistência de uma rede social forte, que ofereça serviços e oportunidades para estas pessoas.

Uma outra questão que nos deixou surpresos foi a falta de uma formação mais consistente dos técnicos de referência por parte das esferas governamentais. Como demonstramos na análise de dados, a atuação desta equipe depende basicamente da postura ética dos profissionais, já que ela também não é referenciada por nenhuma lei ou propostas institucionais.

Contudo, especificamente estes profissionais que participaram de nossa pesquisa parecem ter um discurso que é coerente com suas práticas, porque eles se questionam constantemente se estão atuando de acordo com as propostas da reforma psiquiátrica para a atenção em saúde mental, e um exemplo seria a re-construção do modelo terapêutico do serviço substitutivo, que detalhamos no capítulo 3. Assim, para eles, atuar enquanto técnicos de referência em um centro de atenção psicossocial implica em entenderem a sua prática como construção/reconstrução permanentes.

Esta coerência entre discursos e práticas também diz respeito à reabilitação psicossocial, porque eles atuam no sentido de promovê-la através das famílias dos usuários, das possibilidades empregatícias, educacionais e de lazer do território no qual se encontra o CAPS e, acima de tudo, tendo como foco principal os interesses deste usuário. Aqui entendemos território como o espaço geográfico no qual se encontra o serviço substitutivo e, também, enquanto espaço de relações e trocas com a sociedade.

Sobre o número de profissionais e as atividades oferecidas pelo CAPS podemos afirmar que estão de acordo com o que define a legislação brasileira (vide anexo II).

E, a respeito dos grupos terapêuticos e dos grupos afetivos que acabam por se constituir no serviço entre os usuários, familiares, amigos e profissionais concluímos que eles podem ser entendidos como uma espécie de zona de desenvolvimento proximal afetiva, ou seja, como espaços discursivos de trocas de experiência e apoio, com o objetivo de oferecer suporte social, cultural e histórico a todos que fazem o serviço. Acreditamos que este suporte permitiria que no futuro os usuários fossem capazes de enfrentar as causas do seu sofrimento psíquico, sem passarem pelo "adoecer".

Alguns dos profissionais reportaram que estaríamos vivenciando um momento de conformismo social com relação à loucura, quase como uma volta aos personagens de William Shakespeare loucos, cujo único destino era a tragédia, geralmente a morte, só que sem o barulho dos gritos de Lady Macbeth. Para o psiquiatra, na entrevista, isso se reflete na falta de vontade política em fortalecer a rede social de assistência em saúde mental devido ao fato de que a loucura não chamaria tanto a atenção da sociedade quanto um caso médico cirúrgico.

Esta situação é demonstrativa da forma como a nossa sociedade trata a loucura e os loucos. Concordamos, então, com Amarante (1995, p. 494), quando este diz que:

> Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.

Caso a situação permaneça sem uma discussão social ampla dos próximos passos que a reforma psiquiátrica brasileira deve tomar, uma desconstrução do estigma dos loucos e da loucura, e o fortalecimento da rede social em saúde mental, os serviços substitutivos, como os centros de atenção psicossocial no qual foi realizada nossa pesquisa, podem se tornar locais que oferecem o que Carreteiro (2006) chama de "projetos-doença", ou seja, formas de atenção e acolhimento em saúde mental que seriam aceitos pelo usuário até mesmo como uma maneira de legitimarem a sua cidadania e condições mínimas de vida.

Contudo, esperamos que isto não ocorra, até porque acreditamos que os temas loucura e formas de atenção em saúde mental são suficientemente interessantes e relevantes para serem discutidos por nossa sociedade, nem que seja através de uma novela de televisão com personagens portadores de transtornos mentais, como proposto pela enfermeira durante o grupo focal.

Por fim, gostaríamos de lembrar o que o personagem Gandalf, no livro "O Senhor dos Anéis" (Tolkien, 2001, p. 930) diz sobre o nosso papel no mundo enquanto existentes em um determinado momento sócio-histórico e que nos parece servir muito bem quando pensamos acerca dos próximos passos da reforma psiquiátrica em nosso país:

> Todavia não é nossa função controlar todas as marés do mundo, mas sim fazer o que pudermos para socorrer os tempos em que estamos inseridos, erradicando o mal dos campos que conhecemos, para que aqueles que viverem depois tenham terra limpa para cultivar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira & OZELLA, Sergio. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia - Ciência e Profissão**, v. 26, n.2, Brasília, jun. 2006. Disponível em: <http://www.pepsic.bvs-psi.org.br.> Acessado em 2 de janeiro de 2008.

ALTENFELDER, Anna Helena. **Formação continuada:** os sentidos atribuídos na voz do professor. 188f.. Dissertação (Mestrado em Educação – Psicologia da Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

ALVES, Alda Judith. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Caderno de Pesquisa.** São Paulo, maio de 1991. p. 53-61

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. & GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 2004. 203 p.

_____. Usos e abusos dos estudos de caso. **Caderno de Pesquisa**. v. 36, n. 129. São Paulo, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>. Acessado em 15 de janeiro de 2008.

AMARAL, Pollyana Cristini Gris & DURMAN, Solânia. O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. **Acta Scientiarum Health Sciences**. v. 26, nº 1, Maringá, 2004. p.113-119

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia, **História, Ciência, Saúde**. vol. I, nº 1. Rio de Janeiro: Manguinhos. jul.-oct., 1994. p. 61-77.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno Saúde Pública.** v. 11, nº 3. Rio de Janeiro, jul/set, 1995. p. 491-494,

_____. (Org.). **Loucos pela Vida** – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 143p.

BASAGLIA, Franco (Coord.). **A instituição negada.** 3ª ed. Trad.: Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 326 p.

BAUER, Martin W. In: BAUER, Martin W. & GASKELL, George (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som –** um manual. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 189-217.

BEZERRA JR., Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxo. In: BEZERRA JR, Benilton. & AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 113-126.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JR, Benilton. & AMARANTE, PAULO. **Psiquiatria sem hospício**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina & FURTADO, Odair. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica:** uma perspectiva crítica em psicologia**.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRASIL. Lei 10216.

_____. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

CARRETEIRO, Teresa Cristina. A doença como projeto – uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In: SAWAIA, Bader (Org.). **As artimanhas da exclusão** – análise psicossocial e ética da desigualdade social. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Trad.: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia.** 11ª ed. São Paulo: Ática, 1999.

CIRILO, Lívia Sales. **Novos tempos**: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. 166f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Paraíba.Campina Grande/PB, 2006.

DELGADO, Pedro Gabriel. O tratamento a partir da reforma psiquiátrica. In: QUINET, Antônio (Org.). **Psicanálise e Psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

HOLLANDA, Aurélio Buarque de. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

FIGUEIREDO, Vanda Valle de & RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **REVPSI.** Maringá, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-294X&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de julho de 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **Microfísica do Poder**. Organização, Introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FONSECA, Ana Maria Simões da. **Serviços residenciais terapêuticos**: o poder de contratualidade e o processo de reabilitação psicossocial. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, 2006.

FONSÊCA, Luciana Massad. **O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas:** o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro/RJ, 2005.

FRAZÃO, Iracema da Silva. **Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar:** eu trabalho e não sou doente mental?: o processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2007.

FREIRE, Izabel Ribeiro. **Raízes da Psicologia**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde**. vol. 11, nº 1. Rio de Janeiro: Manguinhos, jan.-abr., 2004. p. 75-91.

GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In: BAUER, Martin & GASKELL, George. **Pesquisa qualitative com texto, imagem e som**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 244-270.

GOFFMAN, Erving. **Estigma –** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Trad.: Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1988. 158 p.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª ed. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2005. 312 p.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**. v. 7, nº 2. Natal/RN, jul/dez, 2002.

HAZIN, I. & MEIRA, L. Múltiplas interpretações para a zona de desenvolvimento proximal. In: CORREIRA, M. **Psicologia e escola** – uma parceria necessária. 1ª ed. Campinas: Alínea, 2004.

HIRDES, Alice. **Reabilitação psicossocial:** dimensões teórico-práticas do processo. 1ª ed. Erechim: EDIFAPES, 2001. 208p.

JACÓ-VILELA, Ana Maria. Ulysses Pernambucano e a assistência ao alienado no início do século XX: preâmbulo para uma história das práticas de atenção psicossocial no Brasil. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; RUSSO, Jane & VENANCIO, Ana Teresa A. (Orgs..). **Psicologização no Brasil:** atores e autores. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. p.107-114.

LARA, Aline Frollini Lunardelli. A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. **Psicologia.** v. 17, nº 1. São Paulo: USP, 2006. p. 35-52.

LYRA, Maria Amélia Alves. Psiquiatria e Exclusão Social – análise de uma instituição asilar no contexto da reforma psiquiátrica. 104 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)- Pós-Graduação em Sociologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, 2002.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de & FORTUNATO, Maria Lucinete. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Revista Vivência**, n. 32. Natal/RN, 2007. p. 155-181.

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo & PASSOS, Eduardo Henrique. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: um problema clínico-político. **Revista Vivência**, n. 32. Natal/RN, 2007, p. 259-274.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** 2ª ed. São Paulo: Editora 34, 2001. 208 p.

PINO, Angel. Cultura e Desenvolvimento Humano. In: PINTO, Manuel da Costa. (Ed.). **Liev Seminovich Vygotsky**. Coleção Memória da Pedagogia, nº 2. Rio de Janeiro: Ediouro / São Paulo: Segmento – Duetto, 2005. p. 14-21.

PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1996. 160 p.

PLASTINO, Carlos Alberto (Org.). **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002. 256 p.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**. v. 8, n. 1. Maringá, jan./jun. 2003. p. 13-22.

ROSA, Elisa Zaneratto. A saúde mental na rede pública: impasses e desafios enfrentados pelo CAPS no percurso pela desinstitucionalização. In: BOCK, A. M. B. T. **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco & AMARANTE, Paulo. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR, Benilton & AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de & MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. 112 p.

SCARPARO, Helena (Org.). **Psicologia e Pesquisa** – perspectivas metodológicas. 1ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2000.

SCHITTAR, Lúcio. A Ideologia da Comunidade Terapêutica. In: BASAGLIA, Franco (coord.), **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

SCHULTZ, Duane P. & SCHULTZ, Sydney E. **História da psicologia moderna.** 1ª ed. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

SHAKESPEARE, William. **Obra Completa**. v. 1. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1995.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O técnico de referência no centro de atenção psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? **Revista Vivência.** nº 32. Natal/RN, 2007. p. 207-223.

TEIXEIRA, Edival. Um materialismo psicológico. In: PINTO, Manuel da Costa (Ed.). **Liev Seminovich Vygotsky.** Coleção memória da pedagogia, n. 2. São Paulo: Segmento – Duetto, 2005.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde.** vol. 9, nº 1. Rio de Janeiro: Manguinhos, jan.-abr., 2002. p. 25-59.

TOLKIEN, John Ronald Reuel. **O senhor dos anéis.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e loucura** – políticas de saúde mental no Brasil**.** Petrópolis: Vozes / ABRASCO, 1987.

VECHI, Luís Gustavo. **Iatrogenia e exclusão social**: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. Natal/RN, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-294X&lng=en&nrm=iso>**.** Acesso em: 20 de julho de 2006.

VEER, René van der & VALSINER, Jaan. **Vygotsky** - uma síntese. 1ª ed. São Paulo: Loyola, 2001.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes & NÓBREGA, Sheva Maia da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia.** v. 9, nº 2. Campinas/SP, 2004. p. 373-379.

VYGOTSKY, Lev Semionovich. **Pensamento e linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ANEXOS

Anexo I – Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1o Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2o Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência

integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10o Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao

representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11o Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12o O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

Anexo II – Portaria de Estabelecimento dos CAPS

Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002

Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b – 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais,

regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com

capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R$52.000.000,00 (cinqüenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

ASS. JOSÉ SERRA

Anexo III – Solicitação de Carta de Anuência

Prezada Técnica Responsável,

Esta pesquisa tem como objetivo que, a partir das investigações acerca das acepções de reabilitação psicossocial e das práticas e ações de atendimento, como as equipes de técnicos dos serviços substitutivos aos manicômios, especificamente dos Centros de Atenção Psicossocial, atuam enquanto profissionais em saúde mental.

O estudo faz parte da dissertação de Mestrado em Psicologia que desenvolvo na Universidade Federal de Pernambuco/Centro de Filosofia e Ciências Humanas/Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFPE/CFCH). Serão utilizadas observações, grupo focal e entrevistas como instrumentos de coleta de dados e as identidades dos entrevistados e da instituição serão preservadas.

Sua colaboração é muito importante. Sem ela não será possível realizar o estudo e, conseqüentemente, contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à reabilitação psicossocial no contexto da recente Reforma Psiquiátrica Brasileira, especificamente em serviços substitutivos aos manicômios, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção,

Gláucia Lorena Guedes dos Santos
Mestranda em Psicologia – UFPE/CFCH/ Programa de Pós-graduação em Psicologia

Anexo IV – Carta de Anuência

Eu, _____,
CPF _____ e RG _____,
técnica responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial Solar dos Guararapes, autorizo a aluna Gláucia Lorena Guedes dos Santos, CPF 05322141456 e RG 6233622 SSP – PE, regularmente matriculada no Mestrado em Psicologia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, a realizar o estudo que faz parte da dissertação de mestrado que desenvolve para o citado programa, acerca das acepções sobre a reabilitação psicossocial com os profissionais em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial.

Estou ciente de que as informações colhidas através desta investigação serão estritamente confidenciais. Porém, estou de acordo com que os dados científicos, desde que não sejam identificados, poderão ser usados em congressos e publicações, pois só assim serão compartilhados com outros centros de estudo.

_____

Técnica responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial

_____

Local e data

Anexo V – Termo de Consentimento Livre e Informado do Grupo Focal

Fui convidado(a) a participar da pesquisa "Reabilitação Psicossocial no Contexto da Reforma Psiquiátrica" para a elaboração de uma dissertação de Mestrado em Psicologia, pela Universidade Federal de Pernambuco.

A pesquisa propõe-se a investigar o conceito de reabilitação psicossocial e as ações e práticas da equipe de profissionais dos serviços substitutivos aos manicômios para a promoção da mesma junto à clientela dos Centros de Atenção psicossocial.

O meu papel na pesquisa será o de, através do grupo focal, fornecer dados e informações úteis para a compreensão da reabilitação psicossocial e das práticas advindas dela.

Fui informado(a) que a presente pesquisa não oferece risco à minha saúde física e/ou mental. Sendo assim, poderei desistir de participar no momento em que desejar, sem que isso me cause nenhum prejuízo financeiro ou moral. Bem como, poderei vetar que trechos do meu discurso sejam usados.

Também fui informado(a) que todas as informações dadas por mim durante a pesquisa serão utilizadas apenas com fins científicos; assim, se houver a publicação delas a minha identidade será mantida em sigilo.

Tendo compreendido tudo o que me foi explicado acerca da pesquisa, de meu papel nela, de meus direitos e de minha responsabilidade, concordo participar de livre e espontânea vontade. Para isso, dou o meu consentimento sem que qualquer constrangimento ou imposição me obrigue a tal.

Recife,..... de.....de 200.....

.....
(Assinatura do participante)

.....
(Assinatura da Testemunha)

.....
(Assinatura da Testemunha)

.....
(Gláucia Lorena Guedes dos Santos, pesquisadora responsável, Endereço: Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Telefone: 91827062)

Anexo VI – Termo de Consentimento Livre e Informado das Entrevistas

Fui convidado(a) a participar da pesquisa "Reabilitação Psicossocial no Contexto da Reforma Psiquiátrica" para a elaboração de uma dissertação de Mestrado em Psicologia, pela Universidade Federal de Pernambuco.

A pesquisa propõe-se a investigar o conceito de reabilitação psicossocial e as ações e práticas da equipe de profissionais dos serviços substitutivos aos manicômios para a promoção da mesma junto à clientela dos Centros de Atenção Psicossocial.

O meu papel na pesquisa será o de, através da entrevista, fornecer dados e informações úteis para a compreensão da reabilitação psicossocial e das práticas advindas dela.

Fui informado(a) que a presente pesquisa não oferece risco à minha saúde física e/ou mental. Sendo assim, poderei desistir de participar no momento em que desejar, sem que isso me cause nenhum prejuízo financeiro ou moral. Bem como, poderei vetar que trechos do meu discurso sejam usados.

Também fui informado(a) que todas as informações dadas por mim durante a pesquisa serão utilizadas apenas com fins científicos; assim, se houver a publicação delas a minha identidade será mantida em sigilo.

Tendo compreendido tudo o que me foi explicado acerca da pesquisa, de meu papel nela, de meus direitos e de minha responsabilidade, concordo participar de livre e espontânea vontade. Para isso, dou o meu consentimento sem que qualquer constrangimento ou imposição me obrigue a tal.

Recife,..... de.....de 200.....

.....
(Assinatura do participante)

.....
(Assinatura da Testemunha)

.....
(Assinatura da Testemunha)

.....
(Gláucia Lorena Guedes dos Santos, pesquisadora responsável, Endereço: Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Telefone: 91827062)

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo