



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

**PERCEPÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS EM REGIME
INTENSIVO NO CAPS II DE – MURIAÉ/MG**

ANA MARIA LUCIANO LIGEIRO DA MATA

Caratinga - MG
Setembro de 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

**PERCEPÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS EM REGIME
INTENSIVO NO CAPS II – MURIAÉ/MG**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário de Caratinga, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade para obtenção do Título de Mestre.

Caratinga - MG
Setembro de 2008

Sistema de Bibliotecas - UNEC
Ficha Catalográfica

616.89075
M4251p
2008

MATA, Ana Maria Luciano Ligeiro da.

Percepções sobre transtornos mentais em usuários em regime intensivo no CAPS II de Muriaé/MG. Ana Maria Luciano Ligeiro da. Centro Universitário de Caratinga – UNEC: Mestrado Acadêmico em Ciência da Reabilitação. 2008.

130p; 29,7 cm.

Dissertação (Mestrado – UNEC – Área: Meio Ambiente e Sustentabilidade)

Orientador: Prof. DSc. Meubles Borges Júnior.

Co-orientadores: Prof. DSc. Marcos Alves Magalhães.

1. Centro de Atenção Psicossocial.
2. Loucura
3. Percepção

I. Título II. Prof. DSc. Meubles Borges Júnior.

ANA MARIA LUCIANO LIGEIRO DA MATA

**PERCEPÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS EM REGIME
INTENSIVO NO CAPS II DE – MURIAÉ/MG**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário de Caratinga, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade para obtenção do Título de Mestre.

Aprovado em.....dede 2008.

Prof. D. Sc. Meubles Borges Júnior
Orientador

Prof. D.Sc. Marcos Alves de Magalhães
Co-orientador

Prof^ª D.Sc. Miriam Abreu Albuquerque

Prof. D.Sc. Adelson Luís Araújo Tinôco

Dedico este trabalho ao meu pai, de onde estiver, tenho certeza que está olhando por mim; à minha mãe, ao meu marido e à minha filha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus todos os dias pela minha vida, pela minha família, pelo meu trabalho e pelos meus amigos e, nesse momento, mais do que nunca.

Aos meus professores e mestres pelo conhecimento que adquiri através de suas aulas, suas exposições e informações.

Ao meu orientador Prof. Dr. Meubles, a quem aprendi confiar, gostar, respeitar e admirar pela sua orientação, seu carinho e sua amizade e por que não dizer, pelas suas broncas... que me fizeram atentar pela importância do conhecimento...

À Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé, através do Secretário Dr. Marcos Guarino de Oliveira

A todos os funcionários do CAPS – Muriaé, pela participação na pesquisa

De maneira muito especial agradeço a todos os usuários, participantes e não participantes da pesquisa que, sem dúvida, foram a chave deste trabalho e mais ainda, por me mostrarem que a vida é muito maior, muito mais complexa; e que além da noite e do dia, existem outras luzes, outras sombras, outras coisas que merecem ser interpretadas, cada qual à sua maneira. Muito mais do que a simples existência, os usuários do CAPS me mostraram que a essência da vida é tudo aquilo que a gente vive – dentro ou fora da loucura, que a diferença é a linha limítrofe da existência de cada ser humano...

A todos os meus amigos que sempre estiveram ao meu lado, especialmente à Ângela e Irma que sempre se fizeram presentes nesta caminhada.

A todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Assim, quero de coração agradecer a todos, diferentes ou não... gênios ou não... importantes ou não...

Muito obrigada a todos!!

BIOGRAFIA

Ana Maria Luciano Ligeiro da Mata, filha de Cleber de Andrade Ligeiro e Edmeé Luciano Ligeiro, nasceu em 29 de janeiro de 1959 em Muriaé-MG.

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, em 1981.

Pós-Graduação *Lato Sensu* em Administração Hospitalar, pela Faculdade de Minas – FAMINAS, Muriaé-MG, 2003.

Pós-Graduação *Lato Sensu* em Programa Saúde da Família, pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, 1999.

Pós Graduação *Lato Sensu* em Educação na Área de Saúde – Enfermagem, pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/UFJF, Juiz de Fora-MG, 2005.

Aperfeiçoamento em Saúde Mental: Políticas Públicas e Instituição, pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

Sócia-Diretora do Centro de Capacitação Profissional – CECAP, para técnicos em Enfermagem, anexo à Casa de Caridade de Muriaé – Hospital São Paulo, Muriaé-MG, 1987 / atualmente.

Enfermeira responsável técnica pelo Programa de Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRS, da Casa de Caridade de Muriaé – Hospital São Paulo, Muriaé-MG, 2007 / atualmente.

Enfermeira-membro executora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH e Comissões, da Casa de Caridade de Muriaé – Hospital São Paulo, Muriaé-MG, 1993 / atualmente.

Assessora Administrativa da Secretaria Municipal da Saúde de Muriaé-MG, 2008 / atualmente.

LISTA DE ABREVIATURA

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APA – *American Psychiatric Association*
B – Irmão
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID – Código Internacional de Doenças
CTI – Centro de Terapia Intensiva
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM – Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EMATER – Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural
EUA – Estados Unidos da América
IAI – Instituto de Assuntos Interamericanos
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
MES – Ministério da Educação e Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NOB – Norma Operacional Básica
PRONTOCOR – Pronto Socorro do Coração
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPS – Organização Pan-Americana da Saúde
P – Profissional
PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental
PSF – Programa Saúde da Família
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SILOS – Serviços Locais de Saúde
SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais
SUDS – Serviços Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
U – Usuário

RESUMO

MATA, Ana Maria Luciano Ligeiro da. **Percepções sobre transtornos mentais em usuários em regime intensivo no CAPS II de Muriaé/MG.** Centro Universitário de Caratinga-MG, setembro de 2008. Orientador: Prof. D.Sc. Meubles Borges Júnior. Co-orientador Prof. D.Sc. Marcos Alves de Magalhães.

Objetivou-se nesse estudo, compreender a percepção atribuída ao modelo de assistência a portadores de transtorno mental do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – “Adélia Bizzo Xaia” em Muriaé-MG, pelos profissionais dessa instituição e pelos usuários, buscando-se a inclusão e aceitação desses no convívio familiar e comunidade local e identificar como o meio ambiente influencia na saúde mental, além de caracterizar o perfil e patologias mais incidentes. A problematização refere-se à necessidade de compreender o modelo de atendimento e manutenção dos indivíduos com transtornos mentais atendidos e assistidos, uma vez que estes, não conseguem se (re)inserir no convívio com a família e a sociedade como um todo, considerando-se suas limitações na convivência. Este estudo tem caráter descritivo, qualitativo e busca-se um entendimento sobre os procedimentos de atendimento aos usuários. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados questionário e entrevista semi-estruturada, além da observação participante com alguns usuários no período de janeiro de 2007 a junho de 2008. Dos 45 usuários em regime intensivo, foram inquiridos 20 (44%) por meio de sorteio e 6 profissionais que trabalham nessa unidade, sendo um médico-psiquiatra, uma psicóloga, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, um monitor de oficina e um auxiliar de serviços gerais. Concluiu-se que a percepção dos usuários foi positiva em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS; chegando a referirem-se como sua segunda casa e às vezes como sua primeira; a loucura continua ainda hoje como um enigma que desperta uma variedade de sentimentos, concepções e buscas, onde o homem se limita apenas a buscar uma compreensão ainda difícil de alcançar; existe um distanciamento entre o discurso e a prática, indicando diferentes modos de lidar com a “loucura” por parte dos profissionais, gestores, instituições (CAPS) e famílias; os usuários não estão inseridos na dinâmica da comunidade, família, associações de qualquer classe e até do próprio CAPS.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial, loucura, percepção.

ABSTRACT

MATA, Ana Maria Luciano Ligeiro da. ***Perceptions of mental disorders in the intensive users in the CAPS II of Muriaé / MG.*** Centro Universitário de Caratinga-MG, setembro de 2008. Adviser: Prof. D.Sc. Meubles Borges Júnior. *Committee members.* Prof. D.Sc. Marcos Alves de Magalhães.

The objective of this study is to understand the perception given to the type of assistance to individuals with mental disorder of the Center for Psychosocial Care (CAPS) - "Adélia Bizzo Xaia" in Muriaé-MG, by that institution and the professional users, seeking to inclusion and acceptance of those living in family and local community and identify how the environment influences the mental health, in addition to profile and characterize the disease further incidents. The problem concerns the need to understand the model of care and maintenance of individuals with mental disorders seen and assisted, as these can not be (re) enter in contact with the family and society as a whole, considering limitations in their lives. This study, here is descriptive, qualitative and search is an understanding on the procedures of service to users. Is used as data collection instrument questionnaires and semi-structured interview, and participant observation with some users from January 2007 to June 2008. Of the 45 users on an intensive, respondents were 20 (44%) through the draw and 6 professionals working in that unit, and a physician-psychiatrist, a psychologist, a nurse, a technician, nursing, a monitor and a workshop assistant general services. It was concluded that the perception of users was positive in relation to work in CAPS; reaching refer yourself as his second home and sometimes as the first, the madness is still an enigma today as it awakens a variety of feelings, ideas and searches, where the man is limited only to get an understanding difficult to achieve, there is a gap between the discourse and practice, suggesting ways to deal with "madness" by the professionals, managers of the institutions (CAPS) and families; users are not included in the dynamics of community, family, associations of any class until the very CAPS.

Key words: Center for Psychosocial CAPS, folly, perspective.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
I INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 –NATUREZA HUMANA E TRANSTORNOS MENTAIS	09
1.1 Relação homem e natureza	10
1.2 O homem e seu aspecto materialista	13
1.3 O homem e seu aspecto religioso	15
1.4 Desvios psicossociais e relação com o meio ambiente	21
1.5 Imaginário dos profissionais de saúde sobre transtornos mentais	26
CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS E BEM-ESTAR SOCIAL	29
2.1 Papel do Estado brasileiro em relação às políticas públicas	29
2.2 Bem-estar social	32
2.3 Exclusão social	35
2.4 Políticas públicas sociais	40
<i>2.4.1 Políticas públicas na área da saúde e reforma psiquiátrica</i>	43
CAPÍTULO 3 – CENTRO DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA	53
3.1 Definições e conceitos sobre doença e doença mental	54
3.2 Historicidade dos serviços de enfermagem-psiquiátrica	57

CAPITULO 4 – PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO CAPS II-MURIAÉ EM RELAÇÃO TRANSTORNO MENTAL.....	69
4.1 Percepção dos usuários do CAPS-Muriaé em relação ao transtorno mental	69
4.1.1 <i>Ocorrência de patologias</i>	70
4.1.2 <i>Relação entre transtorno mental e gênero</i>	74
4.1.3 <i>Percepção dos usuários sobre transtornos mentais.....</i>	75
4.1.4 <i>A religiosidade em pacientes psiquiátricos</i>	78
4.1.5 <i>A relação da família com o portador de transtorno mental</i>	79
4.1.6 <i>Influência do meio ambiente em usuário portadores de transtorno mental</i>	82
4.2 Perfil dos profissionais do CAPSII-Muriaé	84
4.2.1 <i>Significado do trabalho e sua influência na vida pessoal</i>	86
4.2.2 <i>Percepção dos profissionais do CAPS II em relação aos transtornos mentais dos usuários</i>	87
4.2.3 <i>Percepção dos profissionais sobre o usuário do CAPS II</i>	90
5 CONCLUSÃO	91
6 SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES	93
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	107
ANEXO I: Autorização e Conselho de Ética.....	108
ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Pesquisa (Usuários e Funcionários)	109
ANEXO III: Questionário dos Usuários (Identificação, necessidades humanas básicas, exames clínicos e psíquicos)	102
ANEXO IV: Entrevista Semi-Estruturada com Funcionários	119

ANEXO V: Tabelas de identificação dos usuários e dos funcionários.....	122
ANEXO VI: Observação Participante.....	128

INTRODUÇÃO

A busca de novos modelos assistenciais em saúde mental, que no século XIX era baseada na exclusão do sujeito do convívio social, com a sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos, apresenta sinais de esgotamento diante da redemocratização política advinda dos próprios trabalhadores dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental buscou e criou propostas contra o modelo manicomial, sendo este o marco para a criação de uma rede informal que buscava articular propostas e ações contra o modelo manicomial. Em 1987, aconteceu a I Conferência de Saúde Mental, e as duas outras foram sucedendo e ampliando a sua área de atuação, pois envolveu outros setores da sociedade civil (ESPINOSA, 2000). Nessas conferências os saberes e as práticas psiquiátricas eram questionados a partir de experiências inspiradas nos modelos italianos de Franco Basaglia, surgindo novas formas de “convívio” entre a sociedade e a loucura, constituindo-se num processo de desinstitucionalização e de desconstrução de discursos que reduziam a loucura à doença (AMARANTE, 1998).

Apesar dessas iniciativas buscando a integralidade da assistência, participação da comunidade, planejamento de ações de saúde voltadas para o meio ambiente como forma de prevenção às doenças e, até mesmo com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, os profissionais da área da saúde mental vêm enfrentando novos desafios e barreiras no assistir, em função do caráter repressor que sempre norteou as ações em relação ao portador de transtorno mental.

A partir dessas conferências, surgiram serviços substitutos aos manicômios, dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS's são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico, psicológico e terapêutico, tendo como característica principal a busca pela integração desses pacientes em um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Assim sendo, problematiza-se esta temática, com a seguinte indagação: *qual a percepção dos diferentes atores sociais envolvidos com a temática “saúde mental” (portadores de transtorno mental, médico, psicólogo, equipe de enfermagem, assistente social, monitor de oficina e auxiliares de serviços gerais)?*

Entende-se que tal indagação é pertinente, pois, de acordo com as exigências contidas na reforma psiquiátrica (AMARANTE *et. al*, 2005), existe a necessidade de implementar e garantir os direitos básicos dos portadores de transtornos mentais, como por exemplo, garantir a assistência aos pacientes egressos de hospitais manicomial, criar e sustentar uma rede extra-hospitalar adequada (CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, programas de suporte social, etc.). Além disso, determina a reforma psiquiátrica a defesa e promoção dos direitos humanos aos usuários do CAPS e seus familiares. Em tese os usuários são considerados sujeitos-de-direito, mas, as legislações brasileiras ainda os qualificam como incapazes e muitos são considerados perigosos.

O papel da enfermagem em saúde mental é um processo interpessoal onde o profissional atua não apenas na assistência, mas na promoção, prevenção à doença e enfrentamentos de situações de riscos, ajudando-os a se readaptarem e a se reinserirem no convívio familiar e social.

Objetivou-se nesse estudo, avaliar o modelo de assistência a portadores de transtorno mental, prestado pelo CAPS “Adélia Bizzo Xaia”, de Muriaé-MG. Especificamente, objetivou-se identificar a percepção dos profissionais e usuários do CAPS em relação à “loucura”, identificar como o meio ambiente influencia na saúde mental, caracterizar o perfil e patologias mais incidentes dos usuários, identificar o significado atribuído ao CAPS pelo usuário e, caracterizar o atendimento do serviço do CAPS em termos da infra-estrutura e pessoal.

Justifica-se esse estudo, pela necessidade que se identificou quanto ao atendimento e manutenção dos indivíduos com transtornos mentais e assistidos pelo CAPS, considerando-se suas limitações na convivência social.

Esses indivíduos, a partir do momento que são levados ao CAPS, precisam de atendimento mais especializado, de “tratamento” multiprofissional, envolvendo psicólogo, assistente social, médico e equipe de enfermagem, sendo este último que mais tem contato direto com eles.

As ações de políticas públicas destinadas ao portador de transtorno mental transpõem a simples produção de bens e serviços, é algo que vai mais além, atrela-se à solidariedade, buscando a transformação e consolidação do “sujeito-louco” em “sujeito-cidadão”.

Entretanto, para que isso seja possível, faz-se necessário a construção de um “novo pacto social” embasado em parâmetros legais.

Caracterização da Área de Estudo

O município de Muriaé-MG está localizado entre as BR-116, BR-135 e BR-482 na Zona da Mata Mineira (Figura 1). Geograficamente, o município tem 834,3 km², com uma população residente de 94.368 habitantes (IBGE, 2007).

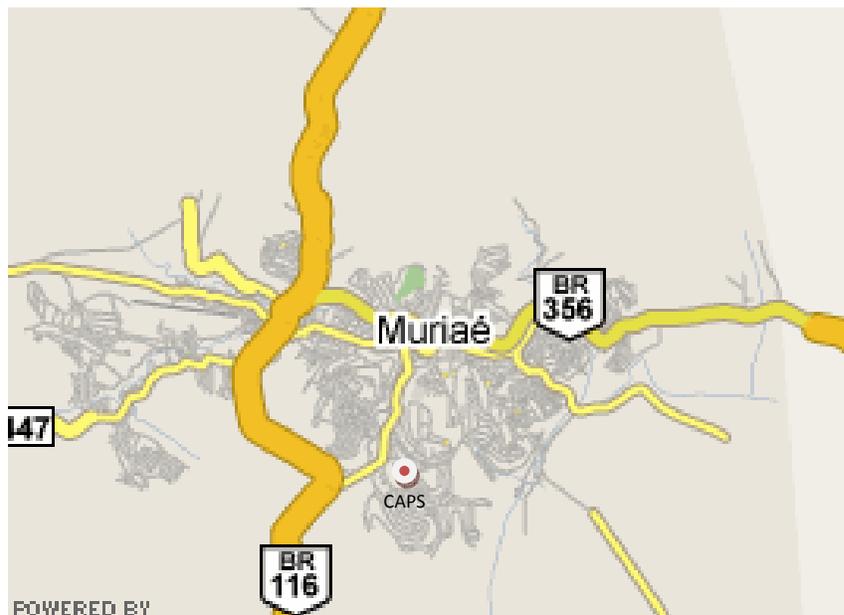


Figura 1 – Localização do CAPS no Município de Muriaé-MG
Fonte: www.brasilocal.com/minas_gerais/muriae

Segundo dados fornecidos pela Secretária Municipal de Saúde (em maio de 2008), o município de Muriaé dispõe de uma rede de atenção à saúde abrangendo os níveis primário, secundário e terciário. Nível primário são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), como o PSF; o secundário oferece atendimento especializado, como o CAPS, as policlínicas e alguns hospitais; e, o terciário atende os níveis primários e secundários, atendendo ainda a clientela de alta complexidade e urgência e emergência, como é o caso da Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo, Casa de Saúde Santa Lúcia e Pronto Socorro do Coração (PRONTOCOR), todos com Unidades de Terapia Intensiva. O município dispõe de 24 UBS com cobertura de 73% pelo Programa Saúde da Família (PSF), uma rede hospitalar de 5 hospitais, sendo 1 hospital filantrópico e 4 particulares, tendo como destaque o Hospital do Câncer de Muriaé – Fundação Cristiano Varela.

Dentro da rede de atenção à saúde, o estudo se concentrou no CAPS II, instituição criada por membros da comunidade local que fundaram uma Associação, dentre eles havia um médico-psiquiatra, uma psicóloga e um administrador de empresa. Essa Associação uniu-se à igreja católica – Matriz Sede de Muriaé – a qual deu apoio para implantação de uma Unidade de Assistência Psicossocial, no bairro Sofocó, área rural, distante 20 km do centro da cidade. Essa área foi cedida pela Prefeitura Municipal de Muriaé, embora fosse propriedade do estado de Minas Gerais, que estava desativada. Antecedendo à Associação, no local funcionava uma das unidades da Secretaria Estadual de Agricultura e parte de uma escola técnica rural e Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER).

No local existe um prédio com aproximadamente 2.000m² de área construída, com salas de aula arejadas, espaçosas, com capacidade para 45 alunos/sala, biblioteca, cozinha, sala de convenções onde aconteciam, regularmente, reuniões com os usuários e membros da família; vários consultórios amplos, sala de áudio e vídeo, sala de estar e 10 apartamentos, com televisão, duas camas em cada e todos com banheiro individual. Na área externa havia uma horta (couve, alface, agrião, almeirão, repolho, cenoura etc), campo de futebol, uma represa que servia de criadouro de peixes (tilápia, pacu e cascudo de água doce), pomar com frutas (laranja, limão, mexerica, mamão, abacate, etc.). Na totalidade a área possui 4 ha e meio.

Quando a Associação utilizou essa estrutura, não o fez na sua totalidade, pois haviam apenas 34 usuários e não existia recursos suficientes para levar à frente a proposta inicial que era a ampliação da Associação. A prefeitura de Muriaé, emprestou mão-de-obra (assistente social, enfermeira, dois técnicos em enfermagem e dois auxiliares de serviços gerais). Embora a sede tivesse melhores condições em termos de espaço físico e área externa, o acesso era difícil, pois dependia de transporte urbano e o município não colaborava com o mesmo, acarretando inúmeras dificuldades, não só para os usuários e seus familiares, como também, para os profissionais e voluntariados.

Metodologia

Considerando o caráter descritivo, optou-se pela pesquisa quali-quantitativa utilizando como instrumento de coleta de dados questionário e entrevista semi-estruturada, o que possibilitou a preparação de um informe, do tipo relatório, além da observação participante.

Atendendo aos aspectos éticos legais, submeteu-se esta pesquisa ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Caratinga – UNEC e da Secretária Municipal de Saúde de Muriaé e o pedido de autorização para sua realização junto à Secretário de Saúde de Muriaé (Anexo I). Este estudo buscou contemplar a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a) que regulamenta pesquisa com seres humanos e garante o sigilo e informação dos resultados.

A participação dos profissionais e usuários foi voluntária, mediante a assinatura do termo livre e esclarecido (Anexo II) atestando sua adesão à pesquisa e tomando ciência dos objetivos, procedimentos e voluntariedade da participação sem prejuízo ou benefícios.

Foram utilizados também como instrumentos de coleta de dados questionários (Anexo III) e entrevista semi-estruturada (Anexo IV), além dos prontuários únicos dos usuários do CAPS, visitas domiciliares às famílias dos usuários do CAPS e da observação participante. Estes recursos contribuíram para o enriquecimento da discussão, pois esclareceu, complementou e forneceu subsídios importantes.

Esses dados foram disponibilizados em planilhas, relacionando os usuários e respectivas patologias (CID, nº e patologias e frequência) (Anexo V). Além disso, foram realizados cálculos percentuais descrevendo as predominâncias de usuários em relação ao gênero, regime de atendimento, patologias mais frequentes.

Plano amostral

A amostra constituiu-se de toda a equipe multiprofissional (médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem, monitor de oficina e auxiliar de serviços gerais), e de uma parcela referente a 22% dos usuários atendidos em regime intensivo.

O CAPS atende 220 usuários, sendo que, 45 em regime de tratamento intensivo, (aqueles atendidos diariamente); 75 em semi-intensivo (atendidos de 2 a 3 vezes por semana) e; 100 em não intensivo (atendidos quinzenalmente ou mensalmente). Intencionalmente selecionou-se aleatoriamente, por meio de sorteio, 20 usuários, correspondendo a 44%, do total de usuários em regime intensivo, para participarem da pesquisa.

Ressalta-se que a escolha dos usuários do regime intensivo deveu-se ao fato dos mesmos freqüentarem o CAPS diariamente, garantindo o acompanhamento integral destes. Destaca-se que o CAPS – Muriaé está classificado na categoria CAPS II, conforme a portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (JORGE *et al.*, 2003), artigo 4º, oferecendo

atendimento aos usuários em idade adulta, com transtornos mentais severos e persistentes, com funcionamento de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas.

Os dados dos usuários (sexo, idade, classe social e patologia) e equipe multiprofissional (sexo, idade e profissão) foram coletados e registrados sistematicamente, de maneira a gerar conhecimentos de ações e práticas da realidade em estudo.

Questionário e Entrevista Semi-estruturada

Segundo Gil (2005), o questionário garante o anonimato do entrevistado e evita influências por parte do pesquisador, por se apresentar de forma escrita, o que não admite dúvidas nem distorções, além de ser mais rápido para a obtenção de informações em relação à entrevista.

O questionário foi aplicado apenas aos profissionais, pois, detectou-se a impossibilidade de sua aplicação aos usuários, devido à baixa escolaridade dos mesmos.

A entrevista semi-estruturada combinou questões fechadas (estruturadas) e abertas, onde o entrevistado teve a oportunidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. A entrevista revelou as falas dos atores. Implicou no recolhimento e registro de dados sobre um caso, ou casos, para a preparação de um informe, do tipo relatório, ou a apresentação de um ou mais casos modelares. Guiou-se por uma lista de perguntas ou assuntos, o que permitiu ao investigador deixar emergir a visão de mundo do entrevistado (HIRANO, 1979).

A entrevista semi-estruturada foi realizada tanto com a equipe multiprofissional quanto com os usuários, sendo gravadas em fitas k7, transcritas na íntegra e armazenadas em bancos de dados.

Com a entrevista semi-estruturada, procurou-se identificar a reflexão dos usuários e profissionais, seu entendimento sobre a realidade do CAPS, suas atividades diárias, em paralelo com suas experiências de vida, suas percepções, observando sempre o ponto de vista dos sujeitos. Nesse sentido, Thiollent (1982, p.86-87), diz que:

no decorrer da entrevista, o entrevistador permanece numa situação de “atenção flutuante” que permite estimular o entrevistado a explorar o seu universo cultural sem questionamento forçado [...] com “atenção flutuante”, cada analista descobre e relaciona os elementos significativos que irão permitir a construção progressiva dos modelos culturais dando conta do vivido pelas pessoas (THIOLLENT, 1982).

Ressalta-se que a entrevista semi-estruturada, estimulou para a livre expressão do entrevistado, ampliou o campo de discurso, possibilitou a inclusão de fatos, opiniões, impressões, a maneira de dizer, as expressões, dúvidas, hesitações, insegurança, entre outras observações. Nesse processo encontrou-se as ambigüidades, as contradições entre o pensar, o falar e o agir (MINAYO, 1994).

Observação participante

A observação participante possibilitou a participação na vida diária das pessoas, observando fatos, escutando o que foi dito e questionando as pessoas ao longo de um período de tempo (BECKER & GEER *apud* TRAUTH & O'CONNOR, 2000).

A partir da observação participante e de posse dos prontuários, os dados foram registradas num “diário de bordo”, instrumento necessário para consignar os dados recolhidos.

Além da observação participante realizada dentro do CAPS II, foram realizadas visitas às famílias dos usuários em seus domicílios, com a finalidade de constatar os fatos relatados durante as entrevistas, além de poder observar a condição econômica, ambiental, o convívio na família e na comunidade pelo usuário.

A observação participante ocorreu no período de janeiro de 2007 a junho de 2008. Para a observação participante foram selecionados aleatoriamente 10 usuários (50%), dentre os 20 amostrados, para um acompanhamento diário.

Todas as observações foram registradas em um diário de campo, (Anexo VI), sendo esse um instrumento no qual anotou-se: percepções, angústias, questionamentos e informações através da utilização de outras técnicas.

Esse contato direto e pessoal com pesquisados foi necessário para se obter respostas, que os questionários e entrevistas não revelaram.

Visita domiciliar

As visitas domiciliares foram realizadas no período de julho de 2007 a junho de 2008, para confirmar as observações obtidas nas entrevistas semi-estruturadas e conhecer a realidade do ambiente no qual os usuários encontravam-se inseridos.

Optou-se pela visita domiciliar, por entender a necessidade de averiguar e constatar a veracidade das respostas dadas pelos usuários. Essa técnica permitiu a descrição e análise,

além da busca ativa para a vigilância em saúde, tendo como base as anotações necessárias (ROESE e LOPES, 2004).

Descrição do trabalho

Este trabalho foi elaborado em quatro capítulos, sendo abordado a inserção do homem na natureza, os conflitos vividos dentro da sociedade e a busca de uma possível solução para o bem-estar do homem, através de políticas públicas. Em meio a busca da equidade, surge como políticas públicas, modelos de assistência aos portadores de transtornos mentais, sendo destacado neste trabalho, o CAPS II, buscando entender a percepção de profissionais e usuários em relação aos transtornos mentais, na unidade de Muriaé-MG.

CAPÍTULO 1 – NATUREZA HUMANA E TRANSTORNOS MENTAIS

Quando se fala em ser humano, natureza e saúde mental, algumas questões devem ser abordadas para que se possa refletir sobre esses três temas e integrá-los. Portanto, antes de qualquer outra consideração devemos questionar: o que é ser humano? Como é construído o ser humano? Como funciona o ser humano no contexto de seu universo? Quais são as Leis e Princípios que governam a função do ser humano tanto na saúde quanto na doença mental?

Somente respondendo a essas questões pode-se fazer uma integração entre *ser humano, natureza e saúde mental*, buscando resgatar a harmonia do homem consigo mesmo e com o universo que o circunda. Para se iniciar a busca da compreensão desses questionamentos deve-se reconhecer que o organismo humano não é uma entidade isolada, auto-suficiente. Cada indivíduo nasce, vive e morre de modo inseparável dos grandes contextos das influências físicas, sociais, políticas e espirituais. As leis que regem o universo físico não são separadas das leis que regem as funções dos organismos vivos. Sendo assim, devemos começar por compreender claramente o conjunto no qual o ser humano é encontrado, como é influenciado por ele, e por outro lado, como ele afeta esse conjunto.

Assim sendo, num primeiro momento, necessário se faz alocar o homem na natureza. O homem como ser, o predomínio do homem sobre o mundo da natureza, o que seria a meta incontestável do esforço humano. É interessante dizer que a história do homem sobre a terra é a história de uma ruptura progressiva entre o homem e o entorno. Quando o homem se descobre como indivíduo e ao mesmo tempo inicia-se a mecanização do planeta, esse processo é naturalmente acelerado, armando-se de novos instrumentos para tentar dominá-lo. Então, a natureza torna-se artificializada marcada por uma grande mudança na história humana.

1.1 Relação homem e natureza

A história do homem é um inexplicável contra-senso. Então, vejamos: o homem é o único animal racional, mas nunca conseguiu escrever, inteiramente, o relato de sua existência, curta, dentro de um contexto universal, como a dos astros, estrelas e planetas. A história do homem na natureza, realmente, é quase que inimaginável, por tempos difíceis por que passou durante os primórdios dos tempos. A arqueologia do homem como ser cósmico é um imensurável quebra-cabeça, composto por peças que se perderam no tempo e que até hoje impediram a completa reconstituição de sua histórica. Mesmo assim, foi possível estimar a idade da terra e não se sabe, com certeza, como, quando e onde apareceu o homem (LEONHARDT, 1999).

Diante disso, Leonhardt (1999, p. 43) afirma que,

o homem perdeu seus rastros, o que impede de retornar no tempo, pisando outra vez sobre as marcas dos passos dados, sobre os sulcos dos pés moldados sobre as veredas palmilhadas, para reconstruir sua história. Racional, tateia ainda em busca de sua gênese. Nem intuição, raciocínio lógico, lucubrações dialéticas, nem estudos geológicos, paleontológicos e outros facultaram a articulação de toda sua história, numa linha ininterrupta, desde a pré-história até o momento atual. Hipóteses há muitas, certezas, algumas, lacunas são incontáveis. Conhecimento ainda não há. A propósito: o homem é uma incógnita, é um axioma evidente, válido para o sentido de ser no mundo material como de ser em busca de si mesmo.

Realmente, se bem analisarmos, as hipóteses acerca do início do universo trazem contradições, complementações e correções que são realizadas freqüentemente por cientistas do mundo todo.

Segundo Chardin (1995, p. 47), “no universo não se faz tudo continuamente, a qualquer momento; nem tudo se faz também toda parte”. As observações feitas por anatomistas, antropólogos, etnólogos, biólogos, através de métodos comparativos, tornam possíveis as identificações daquilo que permaneceu, o que se alterou, como também o que desapareceu durante a trajetória evolutiva da espécie humana.

O processo evolutivo pelo qual o homem passou, até atingir sua forma atual, inclui, segundo Leonhardt (1999, p. 46),

o desenvolvimento do cérebro como fator decisivo para o destaque que conseguiu no mundo da natureza. Por este aditivo é que ele ultrapassa a animalidade e transmuta-se em racional, toma consciência de si e de sua condição.

Aplicando-se ao homem a teoria “potência, ato e movimento”¹ de Aristóteles, é possível entender o processo evolutivo do homem que “é a passagem de um ser em potência a ato”. Em outras palavras, há atualização das potencialidades inerentes ao ser e, além disso, “em relação a todas as faculdades que nos vêm por natureza recebemos primeiro a potencialidade, e somente mais tarde exibimos a atividade [...]” (ARISTÓTELES, 1992).

Cria-se então, a necessidade de uma sociedade que a princípio, era um grupo em funcionamento temporário, que mantinha uma espécie de ordem convencional provisória. Mas, a influência do costume cristalizou as relações sociais e, em decorrência disso foram criadas instituições sociais e leis para fixarem os direitos e deveres, que preservam esse agrupamento pela manutenção de um interesse geral. As instituições devem estabelecer modelos para o desenvolvimento da sociedade e resguardar o legado das antigas gerações.

Tudo isso leva a crer que, ao lado das transformações sociais, devem ser consideradas as transformações genéticas, pois, a racionalidade foi determinante para a sobrevivência do homem. “Fruto dessa racionalidade é a apropriação da natureza como matéria prima para fabricação de utensílios e armas que se constituirão em mediadores para sobreviver” (LEONHARDT, 1999).

Sobre a racionalidade do homem, Thomas (1996, p. 288) afirma:

A criação do domínio mental da fantasia encontra um paralelo perfeito no estabelecimento de *reservas* ou *parques naturais* em lugares onde as exigências da agricultura, das comunicações e da indústria ameçam ocasionar mudanças na face original da terra que logo a tornarão irreconhecível. Uma reserva natural conserva o estado original que em todas as outras partes foi, para nosso pesar, sacrificado à necessidade. Todas as coisas, incluindo o que é inútil e mesmo nocivo, nela podem crescer e proliferar livremente.

Tudo isso é a condição provável do homem. Mas essa “racionalidade” indica uma direção, se analisado, no decorrer de sua própria história, o homem se tornará um ser condicionado. Em outras palavras, segundo Arendt (1991, p. 17), “além das condições nas

¹ **Potência, ato e movimento:** Todas as coisas são em potência e ato. Uma coisa em potência é uma coisa que tende a ser outra, como uma semente (uma árvore em potência). Uma coisa em ato é algo que já está realizado, como uma árvore (uma semente em ato). É interessante notar que todas as coisas, mesmo em ato, também são em potência (pois uma árvore - uma semente em ato - também é uma folha de papel ou uma mesa em potência). A única coisa totalmente em ato é o *Ato Puro*, que Aristóteles identificou com o bem. Esse Ato não é nada em potência, nem é a realização de potência alguma. Ele é sempre igual a si mesmo, e não é um antecedente de coisa alguma. Desse conceito Tomás Aquino derivou sua noção de Deus em que Deus seria “ato puro”. Um ser em potência só pode tornar-se um ser em ato mediante algum movimento. O movimento vai sempre da potência ao ato, da privação à posse. É por isso que o movimento pode ser definido como ato de um ser em potência enquanto está em potência. (*Enciclopédia Livre, on line*, 15 de maio de 2008).

quais a vida é dada ao homem na terra e, até certo ponto a partir delas, os homens constantemente criam suas próprias condições que [...] possuem a mesma força condicionante das coisas naturais”.

Usando-se a linguagem das ciências naturais, há uma associação condicionadora entre o homem e o mundo, uma vez que o homem insere no mundo, o seu modo de ser. Entende-se por esta associação, uma simbiose, na acepção da palavra, o que significa dizer que, representa uma troca que é consciente, é pensada pelo homem objetivando melhorar sua existência num mundo que, na maioria das vezes, é hostil (LEONHARDT, 1999).

Por outro lado, aquele que chega ao mundo recebe de imediato uma carga significativa de influências, porque este ser que recebe o condicionamento também condiciona o mundo em que vive.

Surge então, a necessidade das primeiras sociedades. A natureza, por sua vez, começa a ser vista como uma entidade regulada por leis e movimentos próprios que não necessitam da intervenção divina, e como o homem é parte dela, suas ações deveriam ser reguladas por leis igualmente determinadas.

Historicamente, no início dos tempos, cada grupo humano construía seu espaço de vida com as técnicas que inventava para tirar na natureza os elementos indispensáveis à sua própria sobrevivência. Organizava a produção, a vida social e o espaço, na medida de suas próprias forças, necessidades e desejos. A cada conquista de recursos correspondia um modelo particular, ou seja, não existe nenhum igual ou pelo menos similar. Aquele era só seu (SANTOS, 1991).

Segundo Santos (1991), é inerente ao ser humano a necessidade de se relacionar, de se agrupar de modo a favorecer até mesmo a sua própria sobrevivência individualizada. O medo da solidão, a necessidade de trocas de experiências, a insegurança dentre outros, são fatores psicossociais que contribuíram em muito para a formação de aglomerados sociais.

Diante das inúmeras distinções regionais e ideológicas que influenciam as posturas dos diversos grupos sociais, formados desde os primórdios, há que se destacar o freqüente surgimento de conflitos inter-grupais e dentro do próprio grupo, como a família. Sendo assim, nasceu a necessidade, também, de uma estruturação sociopolítica que tivesse por fim a sustentação da paz e a manutenção do bem-comum (SANTOS, 1991).

A partir de estudos cada vez mais aprofundados do homem na natureza, fizera cair em descrédito muitas das percepções antropocêntricas dos tempos anteriores. Um senso maior de afinidade com a criação animal debilitara as velhas convicções de que o homem era um ser único (THOMAZ, 1996).

1.2 O homem e seu aspecto materialista

Na busca para entender às suas carências, o homem produz seus meios de sobrevivência. A partir dessa necessidade, recriam a si próprios e, reproduzem sua espécie num processo que é continuamente transformado pela ação das sucessivas gerações. A primeira análise da teoria marxista da sociedade é, portanto, a existência de seres humanos que, por meio da interação com a natureza e com outros indivíduos, dão origem à sua vida material.

Segundo Marx e Engels (1976, p. 33),

Um primeiro pressuposto de toda existência humana e, portanto, de toda história é que os homens devem estar em condições de poder viver a fim de “fazer história”. Mas, para viver, é necessário, antes de mais nada, beber, comer, ter um teto onde se abrigar, vestir-se etc. O primeiro fato histórico é, pois, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material; trata-se de um fato histórico; de uma condição fundamental de toda a história, que é necessário, tanto hoje, como há milhares de anos, executar, dia a dia, hora a hora, a fim de manter os homens vivos.

Todo o ser humano deve refazer suas energias a fim de assegurar sua existência e de sua espécie. No entanto, ressalta-se que ao interagir com a natureza, os animais atuam de forma inconsciente, não-cumulativa, somente em resposta às suas privações imediatas, e tendo como limite as condições naturais (OLIVEIRA e QUINTANEIRO, 2002).

Nos séculos XVII e XVIII inicia-se uma prática e uma pedagogia sociais que visam organizar a sociedade inteira em função do sistema de produção (FOUCAULT, 1987). Assim, ao produzir para prover-se do que precisam, os seres humanos procuram dominar as circunstâncias naturais, e por isso, podem modificar a fauna e a flora, ressaltando que isso, nem sempre se dá de maneira adequada, podendo haver destruição dos recursos naturais. O que hoje é um fato constante.

Para Marx (1973) *apud* Oliveira e Quintaneiro (2002, p. 35)

a fome é a fome, mas a fome que se satisfaz com carne sozinha, comida com faca e garfo, não é a mesma fome que come a carne crua, servindo-se das mãos, das unhas, dos dentes. Por conseguinte, a produção determina não só o objeto do consumo, mas também o modo de consumo, e não só de forma objetiva, mas também subjetiva. Logo, a produção cria o consumidor.

Marx, quando se refere à produção, nunca refere à produção de maneira geral, mas à “produção num estágio determinado do desenvolvimento social que é a produção dos indivíduos vivendo em sociedade”. Muito embora a sociedade seja considerada “o produto da

ação recíproca dos homens”, ela não é uma obra que esses realizam de acordo com seus desejos particulares. Isso por que, a estrutura de uma sociedade depende do estado de desenvolvimento de suas *forças produtivas* e das *relações sociais de produção*, que via de regra, lhes são correspondentes.

A ação dos indivíduos sobre a natureza é expressa no conceito de forças produtivas e no conceito de relações sociais de produção. No entanto, tais conceitos buscam apreender o modo como aqueles indivíduos obtêm, em determinados momentos, os bens de que necessitam e, para tanto, em que grau desenvolveram sua tecnologia, processos e modos de cooperação, a divisão técnica do trabalho, habilidades e conhecimentos utilizados na produção, a qualidade dos instrumentos e as matérias-primas de que dispõem. Dessa forma, fica claro o entendimento da ação do homem na natureza (OLIVEIRA e QUINTANEIRO, 2002).

Esses conceitos pretendem simplesmente, exprimir o grau de domínio humano sobre a natureza, muito embora, Marx (1975) *apud* Oliveira e Quintaneiro (2002, pp. 470-471) assinala o seguinte:

Que os homens não são livres árbitros de suas forças produtivas², pois toda força produtiva é uma força adquirida, produto de uma atividade anterior. Portanto, as forças produtivas são o resultado da energia prática dos homens, mas essa mesma energia está determinada pelas condições em que os homens se encontram colocados, pelas forças produtivas já adquiridas, pela forma social anterior a eles, que cada geração posterior encontre forças produtivas adquiridas pela geração precedente, que lhe servem de matéria-prima para a nova produção, cria na história dos homens uma conexão, cria uma história da humanidade, que é tanto mais a história da humanidade porque as forças produtivas dos homens e, por conseguinte, suas relações sociais adquiriram maior desenvolvimento.

Em contraposto a esta afirmativa, Marx pondera e sugere ao mesmo tempo, que se imagine uma reunião de homens livres que trabalham com meios de produção comuns e que agrupam suas forças. Seu produto é social, uma parte do qual volta a ser meio de produção e outra consumida. “O modo de distribuição variará segundo o organismo produtor da sociedade e o grau de desenvolvimento histórico alcançado pelos produtores” (MARX, 1973). Em função da percepção alienada que se tem das relações sociais, Marx ainda salienta que elas também são obra dos homens, do mesmo modo como o são “a linha ou a seda”.

Diante disso afirma que:

O moinho movido a braço nos dá a sociedade dos senhores feudais; o moinho movido a vapor, a sociedade dos capitalistas industriais. Os

² Base de toda a sua história.

homens, ao estabelecerem as relações sociais vinculadas ao desenvolvimento de sua produção material, criam também os princípios, as idéias e as categorias conforme as suas relações sociais, Portanto, essas idéias, essas categorias são tão pouco eternas quanto as relações às quais servem de expressão (MARX, 1973).

Então, é certo afirmar que toda sociedade é uma unidade produtiva onde todos os setores sociais interagem entre si e se confirmam. Contudo, pode-se ressaltar que nas sociedades de Estado, cuja característica é a estratificação social e a apropriação do excedente produtivo pelos estratos dominantes, esta unidade se acha colocada em questão.

No entanto, a organização produtiva é ainda mais complexa e extensiva e tende a integrar de uma forma mais rigorosa todos os acontecimentos sociais. Assim não há realidade individual que não seja antes realidade social e o social se define pela organização do trabalho. Nas sociedades modernas a organização do trabalho atinge um limiar técnico e científico que organiza e planeja, de forma técnica e sistemática, não somente as relações produtivas em si mesmas, mas também organiza a família, o sistema pedagógico e o sistema ético e político. Assim, o homem, pelo trabalho, transforma a natureza produzindo, a partir dela, bens para atender suas necessidades. O desenvolvimento das forças produtivas, os avanços tecnológicos, passam a determinar os modos de produção e fazem, de maneira rápida e seqüenciada as mudanças nos modos de pensar e no que é produzido pelo pensamento.

Entre a teoria marxista da evolução social e a teoria da evolução das espécies há uma relação analógica. A segunda afirma a adaptabilidade ao meio ambiente exigida dos indivíduos, pois, quanto mais habilmente se adaptarem, mais rápida seria a seleção genética dos caracteres mais eficientes para a sobrevivência, tanto melhor seria a espécie. Da mesma forma, quanto mais rápido se conciliarem as estruturas sociais e maneiras de pensar aos modos de produção, tanto melhor, mais equilibrada e com menos tensões seria a sociedade.

1.3 O homem e seu aspecto religioso

Weber (1981) em seus escritos mostrou o quanto a ideologia protestante da Reforma se adequava à organização moderna do trabalho que se iniciava no século XVII. Da mesma maneira, a ideologia da Contra-Reforma, era semelhante, em alguns pontos à Reforma, sendo que ambas procuravam servir ao novo sistema produtivo.

Nessa sociedade há um homem real condicionado pelos fatores materiais. Nucleado nesse mundo determinado pelas relações econômicas, o homem forma idéias, as representações da consciência que ajustará a formação da superestrutura ideológica. Esta

sociedade, então, se constitui num núcleo de saberes, crenças e valores e se condensa em instituições políticas, jurídicas e religiosas, produzindo o homem sócio-cultural. Enquanto as condições materiais de produção mudam contínua e rapidamente, as instituições sociais são menos maleáveis, pois, prendem-se às regras convencionadas pela sociedade, e assim, tornam-se quase que inamovíveis (LEONHARDT, 1999).

No interior de uma cultura, aquilo que se tem por realidade objetiva é o produto da atividade sócio-cultural que conecta e ativa forças, matérias naturais, meios de produção, signos da linguagem e agentes produtivos, num processo de produção que é sua objetividade, ou exteriorização, relativa (WEBER, 1981). Uma cultura ou sociedade humana é um sistema complexo de produção que utiliza meios *semióticos e virtuais*³ para agir sobre forças naturais. Este processo produtivo que caracteriza uma cultura humana produz tanto a objetividade quanto a subjetividade, isto é, “as formas materiais e as formas psicovirtuais de realidade” (FOUCAULT, 2005, p. 19).

Dessa forma, nas sociedades modernas, parece obedecer também às leis da própria religião que se integra diretamente ao aparelho produtivo, pois é um axioma ético do protestantismo tanto quanto do catolicismo pós-renascentista, tem a riqueza como fruto do trabalho e indica uma eleição divina, sendo a pobreza ou a miséria o inverso.

Essas duas categorias são profundamente diferenciadas e radicalmente opostas uma da outra: o *profano* e o *sagrado* são mundos distantes, onde um não tem similaridade nenhuma com o outro. A diferença entre eles não é intensidade da crença, e sim a natureza dela, ou seja, “o profano e o sagrado são excludentes universalmente”. O traço distinto que os separa é a “heterogeneidade absoluta”. Por isso, as coisas correspondentes a um e outro plano não podem ser confundidas. Já que elas estão em dissociação na consciência humana: para mantê-las isoladas, a interdição reforça-lhes o limite (GOMES e PEREIRA, 1995).

A contribuição de Durkheim em relação à natureza do sagrado deve ser considerada dentro de algumas propostas teóricas, como por exemplo, em sua primeira teoria que é “o traço distinto do pensamento religioso é a divisão do mundo em dois pólos: o sagrado e o profano”. Nesta teoria Durkheim (1989, p. 68) afirma que:

Todas as crenças religiosas conhecidas, sejam elas simples ou complexas, apresentam um mesmo caráter comum: supõem uma classificação das coisas, reais ou idéias, que os homens representam, em duas coisas ou dois gêneros opostos, designados geralmente por dois termos distintos traduzidos, relativamente bem, pelas palavras profano e sagrado.

³ Sistemas lingüísticos e psíquicos.

A segunda teoria de Durkheim refere-se à experiência religiosa fundada pela sociedade. Ao considerar as representações religiosas como construções da sociedade, Durkheim (1989) reforça o caráter social da religião, mostrando como a experiência diária e o ambiente natural é transmutado no imaginário dos homens. Segundo ele, os grupos humanos geram entidades vivas e personalizadas no campo sagrado. É a sociedade que desperta nos agrupamentos, a sensação do divino, em função da ação que exerce sobre eles.

Para demonstrar a origem dos mitos do sistema simbólico, Durkheim (1989, p. 495) afirma que:

Ora, foi precisamente o que procuramos fazer: vimos que essa realidade, que as mitologias representam sob formas tão diversas, mas que é a causa objetiva, universal e eterna dessas sensações *sui generis* de que é constituída a experiência religiosa, é a sociedade. Mostramos que forças morais ela desenvolve e como ela desperta esse sentimento de apoio, de salvaguarda, de dependência tutelar que vincula o fiel ao seu culto. É ela que o eleva acima de si mesmo; é ela mesma que o faz. Porque o faz, o homem é aquele conjunto de bens intelectuais que constitui a civilização, e a civilização é obra da sociedade.

Assim, para alcançarmos a noção da criação de um sistema simbólico através da realidade, é preciso que se detenha no conceito de idealização, considerando outra hipótese do modelo de Durkheim, que é segundo Gomes e Pereira (1995, p. 33), a terceira teoria – a realidade que aparece nas expressões religiosas é transformada, ampliada, idealizada.

Na vida coletiva, o ser humano concebe o ideal e o incorpora, quando uma densa sensação de pertencimento une os membros de um grupo, num momento de concentração das energias vitais. Os objetos da experiência cotidiana transformam-se, adquirindo uma conotação ampla. Em outras palavras, o mundo real se extravasa, extrapolando os próprios limites e alcançando espaços e novas imagens, com diferentes contornos.

Nesta hipótese de Durkheim, o sagrado e o ideal são superpostos ao real e chega-se a eles através dos sentidos ampliados. Durkheim explica que a sociedade gera uma imagem de si mesma e é esse reflexo que está presente, tanto no campo religioso, quanto no campo ideal. Os indivíduos se elevam acima do mundo da experiência para construir outro mundo, isto é, a sociedade se recria na idealização, construindo um sistema de imagens de si mesma. Assim, quando o indivíduo estar em coletividade, nesta convivência, Durkheim (1989) ensina que:

Foi assinalando os ideais elaborados pela sociedade que ele – o indivíduo – se tornou capaz de conceber o ideal. Foi a sociedade que, atraindo-o para sua esfera de ação, fê-lo contrair a necessidade de se elevar acima do mundo da experiência e, ao mesmo tempo, forneceu-lhe os meios para conceder outro. Porque foi ela que construiu esse mundo novo ao construir-se a si mesma, já que ele a exprime.

É importante que se entenda sobre a relação entre sociedade real e a sociedade ideal. Durkheim (1989, p. 500) afirma que “a sociedade ideal não está fora da sociedade real: faz parte dela.” [...] “A sociedade não é constituída simplesmente pela massa dos indivíduos que a compõem, pelo solo que ocupa, pelos movimentos que realiza, mas, antes de tudo, pela idéia que faz de si mesma”.

Segundo Parker (1996, p. 275), as religiões possuem um significado social, uma “eficácia simbólica” diante dos problemas e dificuldades que as pessoas enfrentam diariamente. Então, a fé está ligada à vida real daqueles que nela depositam a sua crença. Em todo tipo de religião, está implícito um problema central: salvar o homem da incerteza, dar sentido à sua vida no mundo e além dele, que significa a integração do sagrado com o profano. A religião popular, em suas várias formas de manifestação, contribui para reprodução e preservação da vida, além de ser entendida, pelos que tem fé absoluta, como fonte de energia que leva à recuperação da dignidade humana colocando o homem como “filhos de Deus”.

Entretanto, existe um reflexo do real no imaginário que cria a presença de conflitos no campo do sagrado: enquanto reprodução da realidade social; a religião contém ambigüidades e polarização.

Outra hipótese proposta por Durkheim (1989, p. 501) é o imaginário produzido pela realidade social, ou seja, a realidade trabalha com suas verdades que nada mais são do que representações sociais. Nesta hipótese, o autor insiste em demonstrar que, assim, como a consciência individual ultrapassa a eflorescência do sistema nervoso, a consciência coletiva é mais do que um simples acontecimento secundário das formas de vida da sociedade.

Como síntese das consciências individuais, a consciência coletiva se compõe de um sistema que se vai automatizando. Pois bem, se essa síntese tem como efeito liberar todo um mundo de sentimento, de idéias, de imagens que, uma vez surgidos obedecem às leis que lhes são próprias. Eles se atraem, se repelem, se fundem, se segmentam e se proliferam, sem que todas essas combinações sejam diretamente comandadas e exigidas pelo estado de realidade subjacentes. A vida assim, suscitada goza inclusive de independência grande o suficiente para que ela se empenhe em manifestações sem objetivo, sem necessidade de nenhuma espécie, apenas pelo prazer de se afirmar.

Nas obras de Foucault, identificou-se a presença da crença e conseqüentemente da igreja, interferindo no social e nas representações do homem. Quando ele trata o personagem do leproso é como sendo um ser que já carrega consigo uma marca, já está previamente “rotulado”, já traz um estereótipo. Neste caso, a sociedade já o aponta indicando inúmeras atitudes relacionadas com o leproso e por isso mesmo, esta mesma sociedade o exclui. Existe

então, segundo Foucault, uma contradição a respeito do tratamento do leproso pela Igreja e pela população porque, de acordo com a Igreja, a existência do leproso é uma *manifestação de Deus*⁴, mesmo que eles sejam retirados do convívio da sociedade, colocados em lugar sombrios, frios e fétidos, além de serem retirados do convívio da “comunidade visível da Igreja” (FOUCAULT, 2005).

Embora a religião se manifeste de diversas formas, as explicações religiosas sobre saúde-doença, têm raízes históricas profundas e temporais, surgem nas representações sociais dos sujeitos e ocupa um lugar em seus discursos e toma novas formas e espaços em suas vidas. Assim, a saúde e sua prevenção são tidas como processos contínuos de seus rituais e crenças, e são estabelecidas através da adesão e participação nas atividades direcionadas a estes fins (MINAYO, 1998).

Nesse sentido, Ogata e Furegatto (2000, p. 11), afirmam que a busca pela religião enquanto meio de superação do sofrimento e de aquisição de forças para manter a vida, mostra o desejo de tentar superar as injustiças, desigualdades e a busca pela integridade humana.

Por outro lado, Nietzsche (1978, p. 354) tem uma maneira muito própria em tratar religiosidade. Para ele, o problema não está em Deus, que concedeu, através da natureza, tudo de bom para que o homem pudesse delas aproveitar e gozar. Lamenta, no entanto, que o próprio homem, cujo coração corrompido não soube utilizar com responsabilidade das dádivas proporcionadas por Deus. Refere-se ou indica no cristianismo, o qual, em função do mau-uso feito pelo homem, não apenas condenou os atos, como também *as coisas*⁵ em si. O que inicialmente era perfeito, aos poucos foi se mostrando insuficiente, imperfeito e assim por diante.

Por isso Nietzsche (1978, p. 355), fez de Deus uma idéia a ser abolida, e do cristão, apenas um judeu de confissão ‘mais livre’. Ele também critica essa tendência da igreja de seu tempo de açoiar, condenar, difamar e suspeitar de tudo o que fosse *humano, demasiado humano*:

É fácil ver como os homens se tornam piores por qualificarem de mau o que é inevitavelmente natural e depois o sentirem sempre como tal. É artifício da religião, e dos metafísicos que querem o homem mau e pecador por natureza, suspeitar-lhe a natureza e assim torná-lo ele mesmo ruim: pois assim ele aprende a se perceber como ruim, já que não pode se despir do hábito da natureza (NIETZSCHE, 2005, p. 102).

⁴ É uma manifestação de Deus, no sentido de que foi este que criou os leprosos que estes viessem ao mundo.

⁵ Sexualidade, prazer, humanidade, natureza, etc.

E afirma ainda que,

O sujeito foi até o momento o mais sólido artigo de fé sobre a terra, talvez por haver possibilitado à grande maioria dos mortais, aos fracos e oprimidos de toda espécie, enganar a si mesmos com a sublime falácia de interpretar a fraqueza como liberdade, e o seu ser-assim como mérito (NIETZSCHE, 2005, p. 37).

Geertz (1989, p. 115), ao interpretar as culturas, considera as crenças religiosas de alguns povos como tentativas de trazer acontecimentos anômalos ou experiências, como, morte, sonhos, fugas mentais, erupções vulcânicas ou até mesmo infidelidade marital, para o círculo das coisas pelo menos potencialmente explicáveis, parece recender a um *taylorismo*⁶.

Mesmo não sendo este o foco deste estudo, é interessante, citá-lo, pois, o estudo antropológico da religião é uma operação em dois estágios: no primeiro, uma análise de significados incorporados nos símbolos que formam a religião propriamente dita e; no segundo, o relacionamento desses sistemas aos processos sócio-estruturais e psicológicos, sendo estes últimos os que mais nos interessa neste ponto do estudo (GEERTZ, 1989).

Nesse cenário da evolução homem-sociedade, surgiu a necessidade de uma nova concepção além da religiosidade, um registro simbólico com o qual as pessoas passavam a se identificar: tratava-se do registro do cidadão. Esse registro remetia às idéias de cidade e de Estado. Em outras palavras, além, de criaturas de Deus, as pessoas pertenceriam a uma cidade, que se encontrava ainda sob o poder de um Estado, caracterizando assim, a Idade Moderna (AMARANTE, 2003).

A possibilidade de entender a estrutura social como um conjunto de múltiplas lógicas oferece ricas perspectivas de análise para sociedades cada vez mais complexas. As diferenças sociais, os princípios diversificados que as produzem e a irredutibilidade dos fenômenos sociais de esferas específicas são balizas fundamentais para se pensar as sociedades do século XX. A ênfase no conceito de dominação como parte integrante das relações sociais em qualquer esfera é outro instrumento precioso para se entender a natureza dessas relações (BARBOSA e QUINTANEIRO, 2002).

⁶ Taylor propunha uma intensificação da divisão do trabalho, ou seja, fracionar as etapas do processo produtivo de modo que o trabalhador desenvolvesse tarefas ultra-especializadas e repetitivas. Diferenciando o trabalho intelectual do trabalho manual.

1.4 Desvios psicossociais e a relação com o meio ambiente

Na Idade Média, época que foi marcada pela peste, a lepra e o medo de ameaças do *outro mundo*, a loucura era vista como expressão das forças da natureza, como algo não humano. Mais uma vez, os homens acreditavam que a fala incompreensível dos loucos significava *entrar em contato com o estranho* e tentar entender seus mistérios, ouvindo a verdade do mundo (CAMARGO, 2003).

Historicamente, consta que a partir da erradicação dos leprosários, as pessoas costumavam celebrar o desaparecimento da lepra. Era tanta comemoração que em 1635, os habitantes de Reims fazem procissões solenes para agradecer a Deus por ter libertado a cidade desse flagelo (FOUCAULT, 2005).

A mesma regressão da lepra se registra na Alemanha, um pouco mais lentamente; na Inglaterra, houve uma reforma, o que apressou a erradicação dos leprosários. A partir desta reforma, a administração das cidades passa a ficar responsável por obras de caridade e os estabelecimentos hospitalares. Em Lipplingen, Alemanha, em 1542, o leprosário foi imediatamente ocupado por incuráveis e loucos.

A lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas, no final do século XV. Mas, algo que ninguém explica, foi a proliferação, de maneira surpreendentemente rápida da disseminação das doenças venéreas, tão rápida quanto foi a lepra. Os doentes se multiplicavam rapidamente, que foi necessário construir lugares espaçosos nas cidades e arredores, sem contato com vizinhança. “Nasceu uma nova lepra, que toma o lugar da primeira”, que é a doença venérea (FOUCAULT, 2005).

Com o desaparecimento da lepra, ou quase, o leproso da memória, essas estruturas físicas⁷ e mentais⁸ permaneceriam ainda por algum tempo, pois, “os jogos da exclusão” serão retomados, similar à anterior, dois a três séculos mais tarde, só que voltadas aos pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” que assumiram o papel do abandonado. Entretanto, talvez por ter as culturas se transformado, num sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistiram, principalmente, essa forma maior de uma “partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual” (FOUCAULT, 2005).

A doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão, da mesma forma como

⁷ Espaços fora das cidades

⁸ Lembranças dolorosas sobre o tempo da doença

aconteceu com a lepra que fazia com que os doentes se isolassem cada vez mais dos centros urbanos.

Segundo Foucault (2005, p. 8) a verdadeira herança da lepra não é na exclusão social que deve ser buscada, mas sim no “fenômeno da loucura”, fenômeno este bastante complexo, do qual a medicina demorará em se apropriar.

Esse fenômeno – a loucura – é tão antigo quanto a humanidade, pois, até a Idade Média tinha conteúdo místico, e que em função disso, deveria ser tratada através do sacrifício ou do exorcismo. A loucura estava então, entre dois campos distintos – o campo do sobrenatural e do natural.

Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (MENEZES, 2000, p. 140).

Na Idade Média, existia um discurso sobre a loucura que denunciava o grande desatino que o universo do louco representava. Nesta época, o homem começou a perder o interesse pela loucura como imagem fantástica. Passou a ser vista não mais como uma experiência de pureza ou de ilusão, mas a ter certo fascínio pelo saber que dela decorria. Loucura e razão, naquela época, passaram a ter uma relação bastante próxima e confundiam-se entre si (FOUCAULT, 2005). Vários aspectos indicavam caminhos para estudar a loucura, dentre eles a religião, crimes cometidos, demonstrações de sofrimento em praça pública.

As crenças religiosas, segundo Foucault (2005, p. 365), preparam uma espécie de paisagem imaginária, um meio ilusório que favorecia a todas as alucinações e a todos os delírios; existindo certo temor, por parte dos médicos, quanto aos efeitos de uma devoção demasiadamente severa, ou de uma crença acentuada, como também, demasiado rigor moral, grande inquietação com a salvação e a vida futura que pudesse freqüentemente bastar para fazer alguém cair em melancolia.

A loucura e o louco, nesta época, tornam-se personagens de ameaça e zombaria. Mas será necessário um longo período de latência, quase dois séculos, para que esse novo estigma, que sucede à lepra nos medos seculares, apareça como uma doença que causa reações de divisão, de exclusão e de purificação, que, no entanto lhes são apresentadas de uma maneira bem evidente.

A ascensão da loucura ao horizonte da Renascença é percebida, de início através da ruína do simbolismo gótico⁹: como se este mundo, onde a rede de significações espirituais era tão apertada, começasse a se embaralhar, deixando aparecer figuras cujo sentido só se deixa apreender sob as espécies do insano (FOUCAULT, 2005).

Então pode-se entender com isso que o comportamento humano é função de uma cultura antes de ser uma singularidade biológica ou pessoal, pois o ser humano só pode existir no interior de sistemas lingüísticos. Isto pressupõe uma conversão profunda dos suportes biofisiológicos.

Este processo de culturalização das forças naturais, através da criação da Linguagem e do Pensamento, concomitante ao desenvolvimento da organização produtiva, foi descrito de formas muito diferentes entre si, em inúmeras obras e pesquisas, em especial na Filosofia e nas Ciências Humanas.

Segundo Camargo (2003), Foucault passa então a descrever claramente um objeto do universo imaginário do homem renascentista, *Nau dos Loucos*. Toda a realidade e simbolismo da *Nau dos Loucos* é apontada para o caráter desconfortante e sempre presente do louco na Renascença.

A *Nau dos Loucos* eram naves romanescas ou satíricas, barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. Esses barcos que transportavam os loucos existiam porque as cidades escorraçavam-nos de suas cidades, deixavam que eles corresse pelos campos distantes quando ainda não estavam confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Esse era um costume freqüente, mais precisamente na Alemanha, em Nuremberg, durante da primeira metade do século XV (FOUCAULT, 2005).

Foucault (2005, p.31) explica que “o abismo da loucura em que estão mergulhados os homens é tal que a aparência de verdade que nele se encontra é simultaneamente sua rigorosa contradição.”

Tratar a loucura como produto do meio, implica, necessariamente, ver o homem como ser distinto na natureza. Tal necessidade data do século XVIII, descrita por muitos, como uma necessidade lógica, ou seja, “a de incluir o homem no reino animal para poder aplicar a ele o método de análise racional construído para compreender os demais fatos da natureza” (PACHECO, 2001, p. 57). Dessa forma, o surgimento da medicina psiquiátrica marca a diferença entre a repressão (exclusão) e o tratamento (internamento).

⁹ Estilo gótico que floresceu no séc. XV e se caracteriza pela presença de elementos decorativos, especialmente de formas lanceoladas, à feição de chamas (Cf. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 3 ed., Curitiba: Positivo, 2004. p. 994).

A partir daí, a loucura aponta para a necessidade de invenção de outros recursos, além daqueles convencionados e utilizados na Renascença e Idade Média, e para a criação de oportunidades e possibilidades para o ser humano.

Sobre essa necessidade, Rotelli (1989, p. 16) afirma que:

A produção de vida e a reconstrução social que são o objetivo e a prática da instituição inventada deve deixar a superfície do olhar clínico, a investigação psicológica e a simples compreensão fenomenológica. Elas devem tornar-se uma rede, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, de tempo, se encarregando da identificação das situações de sofrimento e opressão, da reinserção no corpo social e do consumo e produção de intercâmbio, de novos papéis, de outros modos de ser para o outro aos olhos do outro [...] tratar significa possibilitar aqui e agora, a transformação do modo com que os pacientes vivem e sentem seu sofrimento e, concretamente a transformação de sua vida cotidiana.

A partir dessa nova concepção para tratamento da loucura, a medicina psiquiátrica estabeleceu-se como o estudo das alterações desta natureza originalmente harmônica e adquiriu com isso seu argumento fundador: “se o louco não obedece ao ditado da razão é porque sua mente perturbada o impede de seguir os ditames de sua natureza - ele é um enfermo, está doente” (PACHECO, 2001, p. 59).

A medicina psiquiátrica passa a considerar o internamento como uma necessidade para o tratamento. A internação começa a ter uma relação de tutela e não de exclusão por meio do aprisionamento, se constituindo de outra lógica: a ordenação de uma população estranha, perigosa e carente de razão. A psiquiatria instaura-se como pedra angular desse novo saber científico sobre a doença mental como dispositivo dessa ordenação.

Segundo Foucault (2005, p. 433):

[...] é sem ser outra coisa além dessa liberdade reclusa, o internamento é, portanto, um agente de cura é uma entidade médica, não tanto em razão dos cuidados que proporciona, mas em virtude do próprio jogo da imaginação, da liberdade, do silêncio, dos limites e do movimento, que os organiza espontaneamente e conduz o erro à verdade, a loucura à razão.

O “asilamento”, enquanto metáfora da exclusão torna-se a ferramenta da burguesia para regular o uso das liberdades e das restrições. O asilo passa a ser local de estudo e formulação das teorias científicas da psiquiatria: “o internamento recebeu sua carta de nobreza médica, tornou-se lugar de cura” (FOUCAULT, 2005, p. 433), sendo o “asilamento” o lugar social da loucura marcado pela exclusão, violência sob o rótulo de tratamento.

O tratamento baseado no asilo, a princípio, tinha a função terapêutica. A organização do espaço asilar e a disciplina rígida eram elementos importantes do tratamento que consistia

em confrontar a confusão do louco, sua “desrazão”, com a ordem do espaço asilar e a razão do alienista, que para tanto, tinha que ter uma moral inatacável (JORGE *et al.*, 2003).

Para Pinel, “pai da psiquiatria”, o isolamento consistiria em uma medida de ordem científica que possibilitaria o contato exclusivo, específico com o objeto¹⁰ a ser estudado. Uma vez isolado, o objeto poderia ser mais bem observado como pré-condição para o sucesso das etapas do método científico experimental, tendo como etapas a observação, a descrição, a comparação e a classificação (AMARANTES, 2003).

Castel (1978, p. 48) denominou “tecnologia pineliana” as estratégias que são compostas de isolamento, organização do espaço asilar e a constituição de uma relação terapêutica, baseada na autoridade, o que define como “asilar para conhecer”.

Em outras palavras, para se analisar a natureza, como meio ambiente, como *habitat* do homem, era preciso analisar o homem, seu comportamento, atitudes e racionalidade, para daí então, compreender os demais fatos ocorridos na natureza. No entanto, para entender a natureza, o que dela originava e os fenômenos nela ocorridos, seria imprescindível estudar e analisar o comportamento humano. Por isso o estudo se estendeu ao homem e a partir daí o corpo humano pôde ser abordado como objeto de estudos infinitos e análises constantes. Surge então a medicina como forma, meio e técnica para a realização de tais estudos.

Sobre esses sintomas, Pinel (1836, *apud* AMARANTE, 1992, p. 268) relatou que:

As impressões muito fortes sentidas por certos pregadores extremados, os temores excessivos que provocam os castigos com que nossa religião ameaça os infratores de sua lei, causam, nos espíritos fracos, revoluções surpreendentes. Observou-se, no Hospital de Montélimar, várias mulheres atacadas de mania e melancolia em seguida a uma missão que estivera na cidade; eram continuamente assombradas por pinturas horríveis que impensadamente lhes tinham sido mostradas, só falavam em desespero, vingança, punição, etc., e uma, entre outras, não queria tomar remédio algum, acreditando estar no inferno, e que nada poderia apagar o fogo pelo qual dizia estar sendo devorada.

Em síntese, a alienação mental, para Pinel, seria um distúrbio no equilíbrio das paixões. O isolamento, portanto, além de um ditame científico – isolar para conhecer – tornar-se-ia um princípio terapêutico, ou seja, isolar para tratar (AMARANTE, 2003).

Na tentativa de romper com esse processo de “tratamento” asilar, na “decomposição do indivíduo”, na busca pela recuperação e (re)adaptação do sujeito na sociedade, surgem novos modelos de tratamento com tendências que deveriam nortear a reforma psiquiátrica pelo mundo, inclusive no Brasil.

¹⁰ Este objeto a que refere Pinel, é o ser humano, o indivíduo, o louco.

1.5 Imaginário dos profissionais de saúde sobre os transtornos mentais

No século XIX a loucura recebeu *status* de doença mental. Historicamente os loucos eram confundidos com outras vítimas de segregação, como os leprosos, os portadores de doenças venéreas, deficientes físicos, marginais entre outros. Já no século XX, foram significativas as contribuições trazidas pela neuropsiquiatria. No entanto, apesar do avanço tecnológico na área médica-psiquiátrica, ainda mantém-se a estratégia da exclusão (SPADINI e SOUZA, 2006).

Observou-se, no dia-a-dia, que persiste o paradigma do isolamento, a exemplo da família que afasta-se dos cuidados ao *indivíduo-louco*, a sociedade que renega e até mesmo os profissionais da área de saúde, continuam demonstrando dificuldades em conviver com a “loucura” e com o sofrimento psíquico. O estigma da loucura persiste até os dias atuais sendo relevante no processo da busca pela ressocialização do indivíduo portador da doença mental. Isso implica na desinstitucionalização que é definida como uma estratégia para um novo paradigma, porém, nem as propostas de políticas públicas neste setor, a família, comunidade e profissionais que atuam nesta área, conseguem proporcionar de forma efetiva a assistência necessária a esse sujeito, portador de transtorno mental, pois a grande maioria encontra-se enraizado a exclusão dificultando a compreensão da loucura, como doença (AMARANTE *et. al*, 2005).

Em relação à visão dos profissionais de saúde, que atuam em unidades de saúde mental, podemos dizer que, os profissionais apresentam três tipos de crenças que costumam interferir na compreensão da loucura: a) a primeira crença refere-se à tendência de imaginar que os distúrbios psíquicos são como uma essência pela qual se origina a doença; b) a segunda diz respeito ao dogma da neutralidade na relação terapeuta-cliente, em que ambos são vistos e concebidos como sujeitos ideais, destituídos de suas condições sociais, das diferenças; c) a terceira remete às formas de comunicação, pois, pressupõe uma mudança de referencial na forma de conceber a comunicação, já que, muitas vezes as queixas físicas servem para representar a identidade e o próprio sujeito (FREIRE COSTA, 1989).

Quando Freire Costa (1989) aponta essas três crenças do profissional de saúde em relação à doença mental, significa dizer que, o que caracteriza a visão desses profissionais e a impressão no desempenho de suas atividades, está em como ele vê o doente e a relação terapêutica estabelecida dentro das peculiaridades de cada um.

Foi perguntado à equipe multiprofissional do CAPS de Muriaé-MG, a respeito da loucura e as causas dos transtornos mentais. Segundo o médico-psiquiatra (P1), 51 anos,

masculino, “a loucura foi compreendida como um estigma, e hoje está sendo compreendida e assistida como uma enfermidade reconhecida e aceitando-se, começando de alguma forma dentro dessa concepção de CAPS a conviver com essas diferenças, mas considerando a singularidade do paciente, como uma pessoa, sendo esta uma virtude do CAPS, mas não é pra já que isso vai acontecer. Vai acontecer ao longo do tempo, na medida em que o programa do CAPS ganhar consistência. Nós não trazemos a loucura para a convivência e sim a pessoa. Nós tentamos ajudá-la ao trazer para a convivência social, sendo esta uma proposta. Assim, como nós aprendemos a conviver com essas diferenças chamadas ‘loucuras’, naquilo que é necessário, nós também tentamos dar aos usuários, condição da convivência social, mais exigente de um dia após outro na sociedade.”

O entendimento da psicóloga (P2), 28 anos, feminina, não é muito diferente do médico-psiquiatra (P1), uma vez que ele diz que a “loucura é a ‘diferença’, a diferença que não é compreendida pela sociedade e que em alguns momentos precisa de intervenção. Eu questiono muito – onde está a linha que diferencia o patológico do normal. Onde essa linha se rompeu e caiu na loucura? Busco essa compreensão. Mas, não consigo entender. Por isso, acho que trabalhar com o doente mental é entrar num mundo que teoricamente só tem em sonhos.”

A enfermeira (P3), 49 anos, feminina, entende a loucura, utilizando uma citação de Erasmo Desidério, de sua obra ‘Elogio à Loucura’: “em primeiro lugar, se a prudência consiste na experiência, quem merece mais o título de prudente: o sábio que o temor ou a vergonha impedem de empreender alguma coisa, ou o louco que, não tendo vergonha e jamais vendo o perigo, empreende ousadamente tudo o que lhe passa pela cabeça? [...] O louco aprende a ser sábio à sua própria custa. Pois há duas coisas, sobretudo, que impedem o homem de chegar a conhecer bem as coisas: a vergonha que ofusca sua alma, e o temor, que lhe mostra o perigo e o desvia de empreender grandes ações. Ora, a loucura nos livra maravilhosamente dessas duas coisas. Poucos percebem a quantidade de outras vantagens que obtém os que renunciam para sempre à vergonha e ao temor”.

Explicando a citação, a enfermeira (P3) diz em poucas palavras: “é tão bom não ter vergonha, a simplicidade do louco, quebra todas as barreiras do pudor, da vergonha, da consciência, da própria realidade, assim, torna-o livre para sempre, nos seus atos e fala”.

Conclui-se que, os profissionais entendem que a loucura está inserida no contexto social, muito mais do que no contexto clínico. Essa avaliação se fez em função do número de indivíduos que procuram o CAPS e que, geralmente, não apresentam melhoras significativas, ao longo do tratamento, apenas com uso dos medicamentos. Em outras palavras, se os

usuários apresentassem apenas patologias clínicas, com o uso contínuo dos medicamentos, seguramente haveria melhora e a sua evolução em relação à qualidade de vida e inserção social, seria perfeitamente visível. Isso não acontece. Por isso, entende-se que necessário se faz o estabelecimento de uma rede de assistência, com envolvimento de políticas públicas, família e comunidade, associações que os reconhecem como cidadãos, respeitando as suas diferenças, enfim uma rede de atendimento conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS E BEM-ESTAR SOCIAL

Para um melhor entendimento sobre as políticas públicas de saúde voltadas à doença mental na sociedade contemporânea, objetivou-se neste capítulo tratar sobre o Estado, o bem-estar social e a cidadania a partir de conceitos básicos. Assim sendo, inicia-se este capítulo fornecendo as ferramentas necessárias para uma melhor compreensão das políticas públicas na área da saúde.

2.1 Papel do Estado brasileiro em relação às políticas públicas

A história das instituições, em especial do Estado, vem sendo escrita pautada em documentos, testemunho dos atores, das avaliações de contemporâneos, através dos quais é possível descrever a passagem do Estado feudal à monarquia absoluta, ou a gradual formação do aparato administrativo no qual pode-se reconstituir o processo de formação do Estado moderno e contemporâneo. O Estado é estudado como um sistema complexo considerado em si mesmo, em suas estruturas, funções, elementos constitutivos, mecanismos, órgãos etc., e nas relações com os sistemas mais próximos (BOBBIO, 2004).

Segundo Bobbio (2004, p. 55), através da filosofia política houve três tipos de investigação de Estado, a saber: a) da melhor forma de governo ou da ótima república; b) do fundamento do Estado, ou do poder político, com a conseqüente justificação da obrigação política; c) da essência da categoria do político ou da politicidade, com a prevalente disputa sobre a distinção entre a ética e a política. A partir dessas três versões da filosofia política, surgem no início da idade moderna, obras que marcaram fortemente a história sobre política. Uma delas foi a *Utopia* de More [1516], na qual o autor descreve a república ideal; o *Leviatã* de Hobbes [1651], através da qual o autor justifica de maneira racional sobre a existência do Estado e ainda, indica razões pelas quais os seus comandos devem ser obedecidos e, o *Príncipe* de Maquiavel [1513]. Nesta obra Maquiavel mostra com convicção, em que consiste a propriedade específica da atividade política e como se distingue esta atividade da moral.

Kelsen em 1922 descreveu o Estado da seguinte maneira (Bobbio, 2004, p. 57):

o Estado é resolvido totalmente no ordenamento jurídico e, portanto, desaparece como entidade diversa do direito, que dele regula a atividade dedicada à produção e à execução de normas jurídicas.

Com a transformação do puro estado de direito em Estado social, as teorias meramente jurídicas do Estado, apontadas como formalistas, foram abandonadas pelos próprios juristas. A partir de então, os estudos de sociologia política foram retomados e ganharam força, colocando o Estado como forma complexa de organização social, passando o direito a status de “apenas um dos elementos constitutivos” (BOBBIO, 2004).

Ao longo de reflexões que atravessaram séculos sobre o problema do Estado, a discussão mais acentuada foi sobre a relação entre Estado e sociedade. Durante séculos a organização política foi o objeto, por excelência, de toda a reflexão sobre a vida social do homem, sobre o homem como animal social, como *politikon zoon*, onde em *politikón* estava compreendido sem diferenciação do duplo sentido de *social* e *político*.

Para Aristóteles (2001, p. 12) “o homem é por natureza um animal político”, isto é, um ser vivo (*zoon*) que, por sua natureza (*physei*), é feito para a vida da cidade (*bios politikós*, derivado de *pólis*, a comunidade política). No contexto da filosofia de Aristóteles, essa definição é plausível e revela a caracterização do sentido último da vida do homem: o viver na *pólis*, onde o homem se realiza como cidadão (*politai*) manifestando, no termo de um processo de constituição de sua essência, a sua natureza¹¹.

Com a emancipação da sociedade civil-burguesa, no sentido *marxiano*¹², ou da sociedade industrial, do Estado, inverte-se a relação entre instituições políticas e sociedade. Aos poucos a sociedade nas suas várias articulações torna-se o todo, do qual o Estado, considerado restritivamente como “aparato coativo com o qual um setor da sociedade exerce o poder sobre o outro, é degradado à parte” (Bobbio 2004, p. 60).

Paralelo a diversas maneiras de considerar o problema atinente ao Estado, existe a contraposição que deriva de diversas posições com respeito à relação política fundamental, que vale ser destacado, referindo-se a “governantes-governados, soberanos-súditos ou Estados-cidadãos” (BOBBIO, 2004, p. 125), que, via de regra é descrita como uma relação

¹¹ *Natura humana e divina*.

¹² “[...] o Estado surgiu da necessidade de por fim à luta de classes, mas surgiu também no meio da luta de classes, normalmente o Estado é a classe dominante economicamente mais poderosa, que por seu intermédio se converte também em classe politicamente mais forte e adquire novos meios para submeter e explorar a classe oprimida” (Cf. Engels, F. *Origenes de La família, de La propiedad privada y Del Estado*. B. Aires, 1924. p. 196. In: AZAMBUZA, Darcy. *Teoria Geral do Estado*. São Paulo: Globo, 2002. p.102).

entre superior e inferior, salvo numa concepção democrática radical onde governantes e governados se identificam ao menos idealmente numa única pessoa e o governo se resolve no autogoverno. Esta é uma relação específica entre dois sujeitos, dos quais um tem o direito de comandar e o outro o dever de obedecer. Assim, o problema do Estado “pode ser tratado do ponto de vista do governante ou do ponto de vista do governado” (BOBBIO, 2004, p. 63).

Os escritores políticos Platão, Maquiavel, Xenofonte e Erasmo [1515] trataram o problema do Estado, na grande maioria, do ponto de vista dos governantes. Basicamente abordaram a arte de bem governar, as virtudes ou habilidades ou capacidades que exigem do bom governante, as várias formas de governo, a distinção entre bom e mau governo, a tirania em todas as suas várias facetas, direitos e deveres e prerrogativas dos governantes, as diversas funções do Estado e os poderes necessários para cumpri-las adequadamente, os vários ramos da administração, conceitos fundamentais como *dominium*¹³, *imperium*¹⁴, *maiestas*¹⁵, *auctoritas*¹⁶, *potestas*¹⁷ e *summa potestas*¹⁸, os quais referem apenas a um dos dois sujeitos da relação, àquele que está no alto e que se torna deste modo o verdadeiro sujeito ativo da relação, sendo o outro, tratado como sujeito passivo.

Wilenski (1981) citado por Faria (1998, p. 39) afirma que,

a essência do Estado do Bem-Estar Social reside na proteção oferecida pelo governo na forma de padrões mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação e educação, assegurados a todos os cidadãos como um direito político, não como caridade.

Para Faria (1998, p. 40), o modelo estatal a que se refere Wilenski “seria a institucionalização dos direitos sociais”. Mas, o que são esses “direitos sociais”? Por muito tempo, gerou discussões, pois, tinha como foco central, apenas a garantia de renda mínima do trabalhador, o que na verdade, deveria ser um direito pleno e absoluto do cidadão no Estado de direito. As críticas se assentavam na ascensão da social-democracia o que não foi a única via para a expansão do bem-estar social, pois essa ascensão foi insatisfatória quando se analisa experiências ocorridas em países não democráticos.

¹³ Domínio - O mesmo que direito de propriedade. Vem de *donus*, isto é, o chefe da casa que tem direito a uso e abuso sobre coisas e seres humanos dele dependentes.

¹⁴ Império - O termo *imperium* não se identifica com *regnum*. Há uma nítida diferença em Roma entre monarquia, república e Império, não obstante os imperadores continuassem a referir-se, como o fez Justiniano, à coisa pública e à origem popular do poder.

¹⁵ Significa Majestade, aquele que é soberano, tem poder, governa seus súditos.

¹⁶ Poder ou comando do Estado no exercício de sua soberania.

¹⁷ Poder

¹⁸ Poder supremo.

2.2 Bem-estar social

Moraes (2005, p. 476) define direitos sociais de maneira bastante clara:

Direitos sociais são direitos fundamentais do homem, que se caracterizam como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria das condições de vida aos hipossuficientes¹⁹, visando a concretização da igualdade social.

Tal definição nos remete ao bem-estar social que, segundo Mishra (1996), no termo *welfare state* possui uma conotação histórica do pós-guerra e de política pública institucional, bastante específica. De acordo com a autora, existem três modelos de Estado que utilizam o *welfare state*.

No modelo *laissez-faire*²⁰, o papel do Estado restringiu-se, ao fornecimento de benefícios mínimos, direcionado quase que exclusivamente aos indivíduos ou famílias de rendimento muito baixo. Nesse modelo pode-se incluir o exemplo de seguridade social dos utilizados pelos Estados Unidos da América.

No segundo social democrata, o Estado de bem-estar social foi instituído para fornecer serviços universais e gerais baseados, segundo Mishra (1996, p. 366), “na noção de solidariedade e cidadania sociais”. Os países que apresentaram características nesse sentido foram os escandinavos, principalmente a Suécia e a Dinamarca. Esses países desenvolveram também, uma visão mais empresarial, enfatizando a igualdade e segurança social, “relacionados com acordos coletivos centralizados e as fortes políticas intervencionistas no mercado de trabalho”.

No terceiro modelo de Estado, o de bem-estar social, encontra-se a Alemanha, por construir um sistema com fortes características de compromisso estatal. A seguridade social neste modelo tem uma preocupação muito mais elevada com a segurança do indivíduo ou a família e a estabilidade, do que com a promoção da igualdade econômica e social entre os cidadãos (MISHRA, 1996).

¹⁹ Aquele que tem direito à assistência judiciária, por ser pobre na acepção da palavra.

²⁰ *Laissez-faire* é a contração da expressão em língua francesa *laissez faire, laissez aller, laissez passer*, que significa literalmente “deixai fazer, deixai ir, deixai passar”. A expressão refere-se a uma ideologia econômica que surgiu no século XVIII, no período do Iluminismo, através de Montesquieu, que defendia a existência de mercado livre nas trocas comerciais internacionais, ao contrário do forte protecionismo baseado em elevadas tarifas autandegárias, típicas do período do mercantilismo.

Mas, dos três modelos de Estado, acredita-se que o que mais se aproxima de uma tentativa de aplicação no Brasil é o social democrata partindo da premissa que após a Constituição Federal de 1988, nosso país é um Estado social democrata e, pelo texto constitucional vê-se implícita e explicitamente, todos os direitos fundamentais do homem, incluindo os direitos sociais. Entretanto, a realidade brasileira parece não atestar o cumprimento desses direitos fundamentais.

No entanto, não se pode confundir Estado de Bem-Estar Social com a mera adoção de políticas sociais. Ressalta-se que o bem-estar social não só aplica políticas visando melhorar as condições sociais de sua população, como ataca outras questões como o desemprego, a melhoria dos salários, o controle macroeconômico, etc. Assim, o Estado de Bem Estar Social é bem mais do que um Estado que simplesmente se aplica políticas sociais (MISHRA, 1996).

O Estado de Bem-Estar Social sofreu críticas políticas e por conseqüência, passou por crise institucional. A maioria das críticas dirigidas ao bem-estar social foram deflagradas mostrando o esgotamento do modelo que administrativamente burocratizou como também, houve forte intervenção estatal no plano social e econômico das nações que adotaram tal modelo. Via de regra, as críticas tinham contornos interpretativos do fracasso do Estado do bem-estar social quanto ao “desempenho de suas funções, de ofertar e administrar bens e serviços públicos eficazes e essenciais à população.” A história conta que as políticas públicas voltadas ao bem-estar social, foram ineficazes até mesmo improcedentes. Surge daí a necessidade de reformas no Estado.

Segundo Pereira (1997, p. 81),

Embora as diferentes abordagens teóricas compartilhem da necessidade de reformar o Estado, são distintas as compreensões e os sentidos imputados a essa reforma, logo, diferentes agendas e programas de reforma têm sido propostos e adotados.

Buscando nas teorias interpretativas sobre a Reforma do Estado, encontram-se várias interpretações que sustentam que o bem-estar social, está intimamente associada ao modelo econômico adotado, ou seja, intrinsecamente atado à ordem econômica, uma vez que haveria, segundo Arretche (1995, p. 05), “impactos do processo de industrialização sobre as formas de intervenção e atuação do Estado”. Dentro desse contexto observa-se que sempre que houve a intervenção do Estado em questões sociais, todos os dirigentes associam o desenvolvimento social, o bem-estar social, ao desenvolvimento econômico. Entretanto, essa linha de

raciocínio, que vincula o bem-estar social ao crescimento econômico, faz com que as políticas públicas sociais fiquem relegadas a segundo plano, baseado na justificativa “técnica” que, sem crescimento econômico, não se pode avançar. Tal justificativa tem sido comum no Brasil sendo vivenciada pela falta de uma clara política pública social.

Por outro lado, segundo Draibe & Henrique (1988, p. 54), diversas correntes começam a argumentar de maneira fortemente conservadora, que o bem-estar social “é uma estrutura perniciosa, sendo uma concepção perversa e falida do Estado”. Três questões fundamentais nortearam tal argumentação,

a primeira questão, diz respeito a expansão dos gastos sociais do Estado que se realiza em condições de desequilíbrio orçamentário, provocando *déficits* públicos, que por sua vez irá penalizar a atividade produtiva, provocando inflação (através da emissão de moeda ou pelo aumento dos tributos) e desemprego. De acordo com o pensamento conservador, o financiamento dos programas sociais requer a elevação dos tributos e contribuições sociais, acarretando redução tanto da poupança quanto dos investimentos. Tem-se ainda que a ampliação dos programas sociais representa um aumento dos empregos públicos, que não são produtivos; a segunda questão é a noção de que os programas sociais estimulariam a “preguiça”, pois ao eliminarem os riscos de todo o tipo ferem a ética do trabalho e comprometem o mecanismo de mercado. Tais programas provocam desestímulo ao trabalho, diminuindo, assim, os graus de competitividade da mão-de-obra e, a terceira questão pregava que a amplitude dos programas sociais, no plano político, revela graus insuportáveis de regulação e intervenção do Estado na vida social, introduzindo elevados índices de autoritarismo nas sociedades democráticas, tendendo para um totalitarismo (SOUZA, 1999, p. 56).

Assim sendo, o bem-estar social, seria o responsável pela constituição de uma cidadania dependente do Estado, a causa da dissolução da família, a quebra da ética do trabalho, e a redução da riqueza e Bem-Estar das camadas sociais de renda alta e média e assim por diante. Dessa forma, os programas sociais acabariam ampliando os problemas que deveriam ser solucionados.

Observa-se, portanto, nesse discurso uma visão da classe dominante: os avanços nas políticas públicas voltadas ao bem-estar social interfeririam no lucro dos industriais, dos grandes comerciantes. As classes alta e média seriam afetadas com este avanço. Dessa forma seriam sacrificados os que sempre viveram no sacrifício, ou seja, a grande massa empobrecida. As classes mais empobrecidas nada representariam. O que não poderia é sacrificar a vida econômica – e poucos, diga-se de passagem. Ressalta-se que esse

entendimento não é um discurso meramente social, é uma questão de justiça social, o que remete à uma questão simples: e a cidadania dos povos?

2.3 Exclusão social

Para se falar em cidadania, é antes de tudo, necessário falar sobre direitos do homem, pois este, não deixa de ser um problema nas nações consideradas democráticas. Isso porque o problema é estreitamente ligado aos da democracia e da paz. A democracia é a sociedade dos cidadãos. Buscando na história do homem, os súditos se tornaram cidadãos, desde que reconhecidos seus direitos fundamentais.

Bobbio (2004, p. 21) afirma que:

o reconhecimento e a proteção dos direitos do homem estão na base das Constituições democráticas modernas. A paz, por sua vez, é o pressuposto necessário para o reconhecimento e a efetiva proteção dos direitos do homem em cada Estado e no sistema internacional. [...] Direitos dos homens, democracia e paz são três momentos necessários do mesmo movimento histórico: sem os direitos do homem reconhecidos e protegidos, não há democracia; sem democracia, não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos.

A evolução histórica da proteção dos direitos humanos fundamentais em documentos internacionais é relativamente recente, iniciando-se com importantes declarações sem caráter vinculativo, para posteriormente assumir a forma de tratados internacionais, com a finalidade de obrigarem os países signatários ao cumprimento de suas normas. Internacionalmente, os direitos humanos tomaram forma a partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem, assinada em Paris em 10 de dezembro de 1948, constituindo a mais importante conquista dos direitos humanos fundamentais em nível internacional (REZECK, 2002).

Segundo Rezek (1996, p. 223), “até a fundação das Nações Unidas, em 1945, não era seguro afirmar que houvesse, em direito internacional, preocupação consistente e organizada sobre o tema direitos humanos”. O Brasil assinou a Declaração Universal dos Direitos Humanos na própria data de sua adoção e proclamação, ou seja, em 10 de dezembro de 1948. Mas, o que são propriamente os direitos fundamentais do homem? Moraes (2005, p. 162), analisando os direitos fundamentais da pessoa humana, num Estado democrático de direito define-os como sendo:

O conjunto institucionalizado de direitos e garantias do ser humano que tem por finalidade básica o respeito a sua dignidade, por meio de sua proteção contra o arbítrio do poder estatal, e o estabelecimento de condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana.

Então, os direitos humanos devem ser considerados tanto no aspecto individual, quanto comunitário, devendo ser reconhecido e respeitado por todo poder e autoridade, ressaltando que os coletivos devem prescindir aos direitos individuais.

Historicamente, os Direitos Humanos devem ser pensados, o que os torna dinâmicos e mutáveis, como afirma Bobbio (2004, p. 18):

O elenco dos direitos do homem se modificou, e continua a se modificar, com a mudança das condições históricas, ou seja, dos carecimentos e dos interesses, das classes no poder, dos meios disponíveis para a realização dos mesmos, das transformações técnicas, etc.

Várias são as definições dadas de direitos humanos. Mas uma definição bastante apropriada para este estudo é a de Tobeñas (1976, p. 13) quando diz:

Direitos humanos são aqueles direitos fundamentais da pessoa humana, considerada tanto em seu aspecto individual como comunitário, que correspondem a esta em razão de sua própria natureza, de essência ao mesmo tempo corpórea, espiritual e social e, que devem ser reconhecidos e respeitados por todo poder e autoridade [...], cedendo, não obstante, em seu exercício, ante as exigências do bem comum.

A Constituição Federal de 1988 trouxe positivados os direitos e garantias fundamentais. São eles:

- a) direitos individuais e coletivos, os quais correspondem aos direitos ligados aos conceitos de pessoa humana e de sua própria personalidade (art. 5º);
- b) direitos sociais, caracterizam-se como verdadeiras liberdades, tuteladas pela Constituição brasileira, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, que tem por finalidade a melhoria das condições de vida aos hipossuficientes (os mais pobres), visando à concretização da igualdade social, que configura um dos fundamentos do Estado Democrático, que é o caso do Brasil (art. 1º, inciso IV). Quando aos direitos sociais, a Carta Magna consagra esses direitos sociais a partir do art. 6º;
- c) direitos de nacionalidade – é o vínculo jurídico político que liga o indivíduo a um certo e determinado Estado (art. 12);

d) direitos políticos – que é um conjunto de regras que disciplina as formas de atuação da soberania popular (art. 14);

e) direitos relacionados à existência, organização e participação em partidos políticos, que nada mais é do que a regulamentação dos partidos políticos brasileiros (criação, organização, atuação).

Mas, efetivamente os direitos que são relevantes a este estudo, são os direitos sociais, não mais importantes que os demais, uma vez que a cidadania é conquistada, constituída e exercida a partir desse conjunto de direitos inerentes ao ser humano.

Bobbio (2004) é um dos pensadores políticos que traz uma definição clara de cidadania, definindo-a a partir da concepção de direitos humanos. Entretanto, há que ser considerada sua subjetividade. Para ele,

direitos do homem são direitos históricos por mais fundamentais que sejam. São direitos históricos porque nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas (Bobbio, 2004, p. 5-6).

Bobbio (2004, p. 35) considera ainda que o problema do fundamento de um direito ancora-se no direito que o indivíduo gostaria de ter, e que seria irresistível, inquestionável, a exemplo da liberdade religiosa que é um efeito das guerras de religião; as liberdades civis, da luta dos parlamentos contra os soberanos absolutos; a liberdade política e as liberdades sociais, do nascimento, crescimento e amadurecimento do movimento dos trabalhadores assalariados, dos camponeses com pouca ou nenhuma terra, dos pobres que exigem dos poderes públicos não só o reconhecimento da liberdade pessoal, mas também a proteção do trabalho contra o desemprego, os primeiros rudimentos de instrução contra o analfabetismo, depois a assistência para a invalidez e a velhice, todas elas carecimentos que os ricos proprietários podiam satisfazer por si mesmos.

Vale dizer que no mundo contemporâneo – globalizado – onde a tecnologia prevalece, a economia é foco mundial, cada vez que os Direitos Humanos são reclamados, surge uma onda de brados elevando o homem à condição primeira da vida, tendo como pilar a “*sacrocidade*” desses direitos, ou seja, são direitos sacros do ser humano.

Surge, porém, uma questão de ordem executória. Mesmo que esses direitos sejam reconhecidos mundialmente, por pactos, declarações, acordos internacionais, a quem compete o ordenamento de sua execução? É nítida a ausência de autoridade competente, de uma instância legítima adequada para que se possa recorrer quando reclamada sua aplicação.

Sem ter a quem recorrer, acaba-se tomando os homens abstratamente, sendo que qualquer lei só faz sentido se há algum tipo de pena que leve, pela coação, a seu cumprimento.

Estando o homem na condição de detentor de Direitos Humanos e, o Estado com o dever de proteger e tutelar esses direitos, não o fazendo, como determinado na Constituição Federal vigente, leva o homem à perda de cidadania, a exemplo dos usuários do CAPS – Centro de Assistência Psicossocial, eles podem votar, mas não podem ser votados, sendo este um dos fatores que apontam para a perda da cidadania. Em outras palavras, o Estado legisla e tutela esses direitos, mas, ao mesmo tempo, restringe-os. Seria, assim, a substituição de direitos historicamente conquistados por direitos naturais que passam a indicar a humanidade de cada indivíduo, no lugar de sua cidadania, como o que fundamenta os direitos observados.

Sobre isso, Arendt (1999, p. 15) afirma que,

Para o ser humano que perdeu seu lugar na comunidade, a condição política na luta do seu tempo e a personalidade legal que transforma num todo consistente as suas ações e uma parte do seu destino, restam apenas àquelas qualidades que geralmente só se podem expressar no âmbito da vida privada, e que necessariamente permanecerão inaptas, simples existência, em qualquer assunto de interesse público.

É um paradoxo pensar em cidadania nos casos dos doentes mentais. É questão bastante subjetiva e de difícil entendimento, visto que nestes casos específicos, existe ação de pessoa contra pessoa, a exemplo de famílias que segregam aqueles considerados “loucos” e, ação do Estado ante os cidadãos, que de certa forma, impede-os de exercer seus direitos de cidadãos, de ter efetivamente a cidadania que o próprio Estado lhe conferiu.

Mesmo que o direito à cidadania esteja, temporária e parcialmente suspensa, no caso dos doentes mentais, por serem considerados incapazes, ou parcialmente incapazes, como rege a lei, algum resquício desta cidadania deve permanecer, por se encontrarem, afinal, sob a tutela do Estado. Sendo assim, esses direitos deveriam ser resguardados e consignados a esses cidadãos na sua totalidade.

O primado do público²¹ assumiu várias formas, sobretudo no último século, através dos quais é entendido o ente coletivo, a nação, a classe, a comunidade do povo. A reação contra a concepção liberal do Estado se configurou na derrota histórica, embora não definitiva, do Estado mínimo (BOBBIO, 2005). Em outras palavras, significa dizer que o

²¹ O primado do público significa o aumento da intervenção estatal na regulação coativa dos comportamentos dos indivíduos e dos grupos infra-estatais, ou seja, o caminho inverso ao da emancipação da sociedade civil em relação ao Estado (BOBBIO, 2005).

Estado na sua condição de detentor do poder deixou sua finalidade primeira que é o bem-estar comum da coletividade e da individualidade do homem na sua sociedade.

Segundo Bobbio (2005, p. 24),

O Estado se funda sobre a contraposição do interesse coletivo ao interesse individual e sobre a necessária subordinação, até à eventual superação, do segundo ao primeiro, bem como sobre a irredutibilidade do bem comum à soma dos bens individuais, e, portanto, sobre a crítica de uma das teses mais correntes do utilitarismo elementar. Assume várias formas segundo o diverso modo através do qual é entendido o ente coletivo a favor do qual o indivíduo deve renunciar à própria autonomia.

Entende-se então, que o Estado, é um Estado em essência, constitucional, pois, tem o dever para com a coletividade, e, dentro disso, o respeito aos direitos fundamentais do indivíduo e conseqüentemente com o bem-estar social.

Reafirmando esse entendimento Sarlet (2006, p. 37) preleciona que:

Tendo em vista que a proteção da liberdade por meio dos direitos fundamentais é, na verdade, proteção juridicamente mediada, isto é, por meio do direito, pode-se afirmar com segurança [...] o Estado constitucional na medida em que pressupõe uma atuação juridicamente programada e controlada dos órgãos estatais, constitui condição de existência das liberdades fundamentais, de tal sorte que, os direitos fundamentais somente poderão aspirar à eficácia, no âmbito de um autêntico Estado constitucional. Os direitos fundamentais podem ser considerados, neste sentido, condição *sine qua non* do Estado constitucional democrático.

É justamente neste contexto, que os direitos fundamentais passam a ser considerados, para além de sua função originária de instrumento de defesa da liberdade individual, “elementos da ordem jurídica objetiva, integrando um sistema axiológico que atua como fundamento material de todo ordenamento jurídico” (SARLET, 2006, p. 38). Assim, no âmbito de um Estado Social de Direito, os direitos fundamentais, sociais, constituem exigência inarredável do exercício efetivo das liberdades e garantia de igualdade de chances (oportunidades), inerente à noção de uma democracia e um Estado de Direito de conteúdo não meramente formal, mas, sim, guiado pelo valor da justiça material.

Cumprindo então, frisar que, a idéia do reconhecimento de determinadas posições sociais fundamentais, como exigência do princípio da dignidade da pessoa humana, decorre da concepção de que “a homogeneidade social e certa medida de segurança social, não servem apenas ao indivíduo isolado, mas também a capacidade funcional da democracia considerada na sua integridade” (SARLET, 2006, p. 39).

Emerge daí, as políticas públicas como determinantes de um Estado democrático de direito, aos cidadãos. Políticas destinadas ao bem-estar social, que garantam, em tese, a seguridade social, a assistência à saúde, à previdência social, além da educação etc.

2.4 Políticas públicas sociais

Para abordar sobre a matéria de maneira geral, primeiramente é importante que se tenha a compreensão do termo público e sua dimensão. Nesse sentido, Pereira (1994, p. 58) ensina que:

O termo público, associado à política, não é uma referencia exclusiva ao Estado, como muitos pensam, mas sim à coisa pública, ou seja, de todos, sob a égide de uma mesma lei e o apoio de uma comunidade de interesses. Portanto, embora as políticas públicas sejam reguladas e freqüentemente providas pelo Estado, elas também englobam preferências, escolhas e decisões privadas podendo (e devendo) ser controladas pelos cidadãos. A política pública expressa, assim, a conversão de decisões privadas em decisões e ações públicas, que afetam a todos.

As políticas públicas deveriam ser criadas em função da necessidade da sociedade, de acordo com a demanda exigida. Em linhas gerais significa dizer que a sociedade clama e o Estado atende. Assim sendo, Degennszajh (2000, p. 59), define políticas públicas como sendo:

A linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídas ou redistribuídas bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual.

Direito coletivo, pois é a coletividade o destinatário dos serviços público, políticas públicas e ações governamentais. Assim, entre as diversas políticas públicas criadas pelo Estado, para atender a diversos setores da sociedade tais como, meio ambiente, economia, educação, saúde, ciência e tecnologia entre outros, a política estabelecida em âmbito social, segundo Carvalho *et al.* (2002, p. 12), se dá através de “um conjunto de princípios, diretrizes, objetivos e normas, de caráter permanente e abrangente, que orientam a atuação do poder público em uma determinada área”.

Na história das políticas públicas sociais, até o final do século XIX e início do século XX, segundo Cunha e Cunha (2002, p. 11), “prevalciam as idéias liberais de um Estado mínimo” apenas com intuito de “assegurar a ordem e a propriedade, e do mercado, como um

regulador natural das relações sociais onde o indivíduo ocupava uma posição na sociedade e suas relações eram notadas quando da sua inserção no mercado econômico, ou seja, a questão social expressava-se na exclusão social, pois era uma questão decorrente do processo produtivo.

É importante esclarecer que as novas relações entre capital e trabalho e entre estes e o Estado, faziam com que a elites econômicas admitissem os limites do mercado como “regulador natural” para que ao mesmo tempo, o Estado desempenhasse seu papel de “mediador civilizador” (CUNHA e CUNHA, 2002). Em outras palavras, significa dizer que o poder político exercia interferência nas relações sociais, assim a política social era uma estratégia de intervenção, enquanto o Estado regulamentava a questão social.

Dessa forma o Estado tomava para si a responsabilidade pela formulação e execução das políticas econômicas e sociais o que desencadeou “lutas por acesso à riqueza social”, (Silva, 1997, p. 189), pois as políticas públicas envolviam conflitos de interesses entre as camadas e classes sociais mais ricas e influentes e em contra partida, por sua vez, o Estado atendia os interesses de poucos (privilegiados) em detrimento dos interesses da população.

Segundo Esping-Andersen (1995, p. 35), nos países (EUA e Europa) que adotaram modelos universais de política social, e que tiveram a presença política dos trabalhadores, “em regimes democráticos” foi um momento decisivo para alcançar benefícios na área social, pois os partidos políticos interpelavam os trabalhadores como classes e lhes conferiam um identidade na cena política o que oportunamente, a classe trabalhadora atuava em interesse da própria classe.

No Brasil, esse movimento foi mais tímido, uma vez que a classe trabalhadora mais ativa economicamente era bastante reduzida e alguns segmentos da classe trabalhadora sequer eram absorvidos no mercado formal de trabalho. Em se tratando de meros cidadãos, os assalariados tinham seus direitos sociais inexistentes diante de uma parcela expressiva da sociedade brasileira (SALAGADO, 2006).

Nesse contexto histórico, fica evidente a exclusão social. Por isso, havia a necessidade de criação de políticas públicas efetivas, ou seja, políticas públicas que atendessem os anseios, as necessidades e as expectativas da população, principalmente que atendessem as camadas menos favorecidas.

Vale destacar que no Brasil, vários fatores contribuíram e influenciaram os sistemas de governo brasileiro, marcados por fortes turbulências, a exemplo dos anos 20, quando houve forte ajuste econômico na maioria dos países, incluindo o Brasil, na questão social agravada pelo desemprego, pela precarização das relações de trabalho, alterações na

organização familiar, gerando aprofundamento das desigualdades sociais e como consequência, a exclusão social e a simultânea inclusão marginal de grande parte da população (CUNHA e CUNHA, 2002).

Diversos países (EUA e Europa) deram respostas à essas deficiências governamentais, em relação às questões sociais, de maneira diferenciada, mas, apresentando algumas medidas comuns, entre eles, uma delas tornando-as residuais e causais, ou seja, os programas não eram contínuos nem abrangentes e atingiam apenas pequenos grupos por tempo determinado; a privatização de programas de bem-estar social, isentando o Estado da garantia dos mínimos sociais necessários à sobrevivência humana e o desmantelamento da rede de proteção social, que antes era mantida pelo Estado (CARVALHO, 2002).

Especificamente no Brasil, a crise decorrente do “esgotamento do milagre econômico” no final dos anos 70 e início dos anos 80, propiciou uma nova conjuntura socioeconômica que sinalizou para a redemocratização do país, favorecendo, de certa forma, a sociedade como um todo. Com isso, houve a necessidade de reorganização da sociedade civil através de vários movimentos sociais. Todo esse processo de redemocratização da sociedade brasileira teve participação de vários segmentos da sociedade, como a dos intelectuais, artistas, políticos de esquerda, o que levou à instalação da Assembléia Nacional Constituinte possibilitando o estabelecimento de uma nova ordem social, com novas bases o que culminou na Constituição Federal, sancionada e editada em 1988.

Ainda na década de 80, a política social brasileira já apresenta sinais de reformas, as quais segundo Silva (1997, p. 63), seria necessário:

Crescimento sustentado; ampliação do emprego; aumento do salário real; melhor distribuição de renda; reforma agrária; seguro-desemprego; revisão da legislação trabalhista e sindical; descentralização político-administrativa; participação e controle social; redefinição do padrão regressivo de financiamento das políticas sociais; universalização do acesso; ampliação do impacto redistributivo.

Uma das reivindicações com relação às políticas públicas sociais, a mais urgente era para a área da saúde. Todas as reivindicações procediam, mas antes de atendê-las, seria preciso que o governo sanasse as dificuldades financeiras da previdência, decorrentes da retração da economia. Tudo isso gerou protestos que eram veiculados por diversos setores da sociedade objetivando a reversão da parceria estabelecida entre o Estado e o sistema de saúde.

Cunha e Cunha (2002, p. 25), afirmam que a deterioração dos serviços públicos levava a “classe média alta para a medicina privada, o que levaria o crescimento dos planos de saúde”, nos anos seguintes.

Por sua vez, a previdência social brasileira busca o modelo norte-americano da previdência social, mecanismos (iguais) para serem implantados no Brasil. Entretanto, existem alguns detalhes que faziam e fazem a diferença. Enquanto nos EUA, especificamente no setor de saúde, mantinha-se ao lado da medicina privada um sistema público de saúde que atendia as camadas mais pobres da população do qual apenas 20% da população se beneficiam deste serviço sendo o mesmo financiado integralmente pelo Estado, no Brasil, 80% da população depende do sistema público de saúde, cujo financiamento provém das contribuições da previdência social, o que colabora para a erosão da sustentabilidade da previdência social e não garante a assistência integral à saúde, pois os recursos destinados a esta área são insuficientes ao cumprimento adequado de suas atribuições (VIANNA, 1998).

Por isso a situação da saúde no Brasil é tão comprometida em matéria de assistência, principalmente àqueles que dela de fato necessitam. O Brasil sempre buscou fora de suas fronteiras, modelos que atendessem às suas necessidades. Acontece que aqui a realidade é bem outra e, esse “detalhe” sempre é esquecido pelo Estado. As desigualdades sociais são evidentes. As políticas públicas sociais são ineficientes e deficitárias, mesmo tendo acontecido várias “reformas” como descrito no item seguinte, sobre políticas públicas na área da saúde.

2.4.1 Políticas públicas na área da saúde e reforma psiquiátrica

A Europa, na segunda metade do século XIX, passava por um momento de crescente industrialização e urbanização, com grande número de fábricas e aumento de aglomeração humana nas cidades na busca por emprego e melhores condições de vida. Dentro desse quadro, houve deterioração das condições de vida da população pobre e conseqüente aumento significativo no número de epidemias, originando maior pressão social da massa operária urbana sobre o Estado, surgindo correntes de pensamento pregando o socialismo. Este cenário começa a exigir uma intervenção do Estado na sociedade de forma geral, inclusive no que se referia às questões de saúde.

O mesmo ocorreu no Brasil, onde a desigualdade no acesso aos serviços de saúde tem origens remotas. Até o início do século XX a cura de doenças era realizada por instituições de caridade sustentadas pela igreja e por doações, ou por médicos que atendiam apenas aqueles que podiam pagar por seus serviços. O Estado não participava dessa assistência.

A história das políticas públicas no Brasil, no século XX, caracteriza-se pela existência de ações e serviços que refletem uma postura clara do Estado de preferência pela “saúde da economia”, em detrimento da “saúde da população”.

No início do século XX, fins do século XIX, o Brasil cresceu economicamente, mas, na mesma época, paradoxalmente, o país enfrentou um período de crise socioeconômica e sanitária. A febre amarela, entre outras epidemias, ameaçava as exportações brasileiras, principalmente a exportação de café, pois, com a ameaça epidemiológica, os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que também reduzia a imigração de mão-de-obra. Para reverter a situação, o governo implantou políticas públicas emergenciais através de campanhas sanitárias que erradicassem as doenças (SCLIAR, 1987).

Somente na década de 20 é que se dá a primeira medida concreta, em nível nacional, para a criação do sistema de saúde pública. A Diretoria Geral de Saúde Pública é organizada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, que resolve o problema sanitário, implementando, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde. Oswaldo Cruz implantou as “campanhas sanitárias”, criado por Cuba, mas foi nos Estados Unidos da América que exportaram este modelo para o Brasil. Na verdade, eram programas de saúde pública com a finalidade de combater epidemias urbanas, o que na época atingia, de maneira até agressiva, cidades brasileiras. Posteriormente, apareceram as epidemias rurais dentre elas a gripe pneumônica (LUZ, 1991).

As campanhas de saúde pública figuravam como campanhas militares. As cidades eram divididas em distritos, isolando doentes portadores de doenças contagiosas. As campanhas eram impostas pela força, obrigando o emprego de práticas sanitaristas. Esta situação levou à Revolta da Vacina, no Rio de Janeiro, quando a população revoltou-se com a obrigatoriedade da vacina contra a varíola (SCLIAR, 1987). Talvez a força fosse usada pela inoperância social, ou seja, as comunidades não tinham nenhuma informação a respeito das campanhas e se recusavam a aceitar a imposição do governo.

Na década de 30, esse quadro de “horror” começa a tomar outra forma, a partir de fortes pressões por parte de intelectuais e militares, levando o Estado a criar novos serviços na área de Saúde Pública, o que resultou, de maneira satisfatória, a criação do Ministério da Educação e Saúde (MÊS), em 1931. Pode-se dizer que esta foi uma fase de transição na saúde pública brasileira, pois, nesta época, definiu-se o papel do Estado frente às políticas de saúde pública. Outro fator que influenciou esta mudança, foi a intervenção de burocratas e as diferentes classes sociais que apoiavam a *Revolução Constitucionalista*, obtiveram grandes privilégios políticos (IYDA, 1994).

Não poderia deixar de mencionar as Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas, que foram verdadeiros desafios na época, mais precisamente entre 1942 e 1960. Fazendo uma análise da história do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e suas políticas de saúde no Brasil, criado em 1942, o SESP, sob a estrutura do então MES do Brasil, respaldava-se num acordo entre os governos norte-americano e brasileiro, e realizava suas políticas em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAI). Além disso, o SESP era financiado por recursos internacionais e também nacionais, possuindo completa autonomia jurídica, administrativa e financeira no âmbito daquele Ministério. Por fim, o acordo que o originou tinha, para os norte-americanos, um objetivo muito específico e imediato, que era criar condições sanitárias adequadas nos vales do Amazonas e do Rio Doce que garantissem o provimento de matérias-primas cruciais aos esforços militares dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial (CAMPOS, 2007).

Em 1965 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, ano em que o Estado assumiu o comando da seguridade social e passou a gerir o modelo assistencial. Para isso, contava com os recursos financeiros captados a partir das corporações de trabalhadores contribuintes. Vale dizer que, após 1964, ao invés de procurar expandir sua própria rede hospitalar, o Estado passou a utilizar os recursos da seguridade social para financiar o crescimento do setor privado. Na época foram criados fundos que proporcionaram a criação de inúmeros hospitais e, logo em seguida, credenciou-os para atender a população previdenciária. Com isso, o setor privado foi se fortalecendo passando a ocupar importantes espaços políticos como o Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmara de Vereadores, elegendo deputados e senadores, além de ocupar cargos estratégicos no setor de saúde. Desta forma, os interesses e o crescimento do setor privado de saúde, foram preservados pelas políticas de saúde implantadas a partir dessa época (WERNECK, 2003).

Mas, é importante ressaltar que, pelo que se tem hoje no cenário da saúde pública do país, não é difícil ver que o setor privado, desde então, não estava preocupado com a saúde pública, ou melhor, ainda, com a saúde da população, em especial e sim, com a comercialização da saúde e com os lucros – fáceis e abundantes – proporcionados pelo governo federal. Na atual forma de governo, esses privilégios ainda continuam mais volumosos com maior interesse do setor privado.

Na segunda metade da década de 70 começou a surgir timidamente a abertura política. Algumas cidades já começavam a ter eleições diretas para prefeito e houve também o início da reorganização de sindicatos, partidos políticos e associações de moradores. Na área da saúde surgiu um movimento chamado, na época, de *Movimento Sanitário*. Este movimento

se caracterizou por fazer denúncias contra a ditadura e por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente naquela época (WERNECK, 2003).

Em meio a toda essa transformação do “modelo” de saúde pública do Brasil, importado de outros países, sem se quer, atentar para as reais necessidades nacional, regionais e locais, está inserida a “reforma psiquiátrica”, inclusa no “movimento sanitário”, nos anos 70, que primava pela mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2005), reforma essa que também tinha por finalidade, a descentralização dos cuidados à saúde mental.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, com uma “extraordinária” arrecadação mensal. Para Werneck (2003, p. 3), a criação do MPAS e o surgimento do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, dentro do MPAS, consolidaram a divisão das ações estatais no setor de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde – MS, com poucas verbas, implantar ações preventivo-coletivas e nada lucrativas; ao MPAS coube a responsabilidade pela assistência médica e toda a arrecadação oriunda dessa “assistência”.

Esse movimento começou a tomar força com a adesão de parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares. Antigas lideranças do setor de saúde, que estavam no exílio, começavam a retornar ao Brasil, após a concessão da anistia aos exilados políticos (WERNECK, 2003). É bom lembrar que esta anistia política foi gradual, pois, nem todos podiam retornar ao país.

Ainda nesta época, profissionais universitários, que trabalhavam com saúde e profissionais do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES discutiram e elaboraram as bases teóricas do projeto de transformação, a partir de experiências bem sucedidas de outros países. Surgem então, propostas de criação de um sistema público de saúde, descentralizado, com universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com a democrática participação popular (WERNECK, 2003).

Essas experiências continuaram após o período de transição democrática, já no ano de 1975, com a política de saúde da Nova República e a criação dos Serviços Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que foi o laboratório do projeto Sistema Único de Saúde – SUS, que chegou praticamente pronto da VII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986, para onde convergiram mais de três mil pessoas, fato inédito na história dessas conferências (LUZ, 2001).

Mas, a reforma sanitária brasileira foi concebida expressamente na Constituição Brasileira de 1988, o que delegou ao Estado o dever de estender a assistência à saúde a todos os cidadãos brasileiros, delegando-o a tarefa de controlar socialmente o sistema de prestação do cuidado à saúde. Para se alcançar as metas determinadas pelo texto constitucional, tornou-se imprescindível substituir definitivamente o modo de operar do *hospitalocêntrico* e mercantilista de subsídio ao setor privado e de pagamento indiscriminado de procedimentos, sem critérios que garantissem racionalidade ou mesmo a satisfação do usuário (AMARANTE *et. al*, 2005).

Mas, antes, houve um projeto de descentralização em saúde, surgido no Brasil nos anos cinqüenta, que é retomada como política pública, no início da década de 80, com a crise das políticas sociais do Estado militar autoritário²², que teve duração de duas décadas. A expressão “retomada” é usada, porque os atores daquela época são os mesmos de agora, que são os burocratas, os profissionais da área de saúde e a previdência e, o modelo é basicamente o mesmo, ou seja, sanitarista e desenvolvimentista, com algumas atualizações. A novidade em termos políticos, é que a nova “descentralização” incorpora aos poucos o projeto dos Serviços Locais de Saúde – SILOS, elaborado pelos organismos internacionais da ordem sanitária (OMS/OPS) nos anos 70 (LUZ, 2001).

Nesta mesma época, cresce a idéia de participação em direção à sociedade civil, aos “usuários” dos serviços, ao invés da idéia de “comunidade”, tão cara, aos anos 60. Programas de descentralização municipal de serviços são estruturados na primeira metade dos anos 80, em acordo com prefeituras simpatizantes das idéias de descentralização e de priorização dos serviços básicos de saúde (LUZ, 2001).

Mas é bom lembrar que a ditadura militar que se implantou no Brasil a partir de 1964, além de gerar problemas políticos, agravou a qualidade de vida da população e do sistema de saúde, através da implantação de um regime de repressão política, censura à imprensa e inibiu, de maneira drástica, a circulação de informações sobre a realidade social do país (WERNECK, 2003).

No que diz respeito ao Estado, visto como conjunto de esferas governamentais é preciso frisar que sua grande diversificação interna, operada na década de 90, com a expansão dos municípios e o crescimento do peso dos governos municipais, através da expansão das

²² A década de 80 foi chamada de “década perdida”, diante da crise do Estado autoritário, do agravamento da questão social em função do aumento da pobreza e da miséria, somada à luta pela democratização do Estado e da sociedade, intensificando o debate sobre as políticas públicas, especialmente as do setor social.

prefeituras e suas secretarias tem ficado cada vez mais inoperante na implantação e desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde.

Outro poderoso ator político nos anos 90 foram os laboratórios farmacêuticos, corporações médico-hospitalares, seguros e serviços privados de saúde, chegando a conquistar o *status* de “atividades financeiras, em geral cartelizadas” (Luz, 2001, p. 23), o que legalmente constitui crime, mesmo assim, até hoje essa prática continua existindo.

Em relação à Reforma Psiquiátrica esta é um processo político e social complexo. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

No século XVIII, tratava-se a doença mental como “doença do espírito”, cuidadas e explicadas através de concepções mitológicas, trazendo sempre figuras demonistas e, para curá-los, os religiosos eram sempre chamados e acreditados por todos, já que a doença não era física e sim espiritual. Mais tarde, no início do século XIX, uma nova concepção da doença começa ser construída, e passa ser uma especialidade da medicina, bastante desconhecida e intrigante. Tem-se então, a Psiquiatria (PESSOTTI, 1996).

No século XIX encontrou-se denominações como o “século dos manicômios”, pois o número de hospitais destinados a alienados foi tão grande, que, em nenhum outro, a terapêutica da loucura foi tão vinculada à internação e, em nenhum outro século, o número de internações atingiu proporções tão grandes (PESSOTTI, 1996).

É interessante destacar que o século XIX abriu passagem para o século XX com a herança das práticas de exclusão, no que diz respeito ao trato das enfermidades da mente. Essas práticas encontraram, nos hospitais psiquiátricos e nos leprosários, o amparo para a produção social, que criou conhecimentos, profissões e instituições e que permanece até o início do século XXI (DAUD, 2002).

Ainda nessa época, o manicômio configurou-se como espaço rico de produção de verdades e conhecimentos que se “enfrentam, ora como oposição mente-corpo, ora dilema psíquico-físico, ora como dicotomia paixão-razão” (PESSOTTI, 1996).

A partir de então, após ter trilhado diversos caminhos, a cura da doença mental passa a ser vista através dos manicômios. Em outras palavras, o manicômio seria então, um instrumento de cura, tendo na figura do médico seu gestor principal.

Conforme visto no Capítulo I, para Nicácio (1994), o louco é incapaz na relação de trocas, é isento de responsabilidade e, portanto, merecedor de assistência. Por isso, o

internamento passou a ser compreendido como uma necessidade da medicina, e, portanto, deve ser assistido, por ela, o insensato, o irresponsável, o alienado e, em função disso, não deveriam ser mais objetos de exclusão por meio do aprisionamento e sim de um novo tipo de relação: a tutela.

Assim, o louco não seria aquele que se comporta mal, de maneira anormal, e sim um organismo que funciona mal, que produz atitudes imprevisíveis, ou seja, esse organismo não guarda algo racional que pode ser resgatado ou não com auxílio da pedagogia, do tratamento moral. Portanto, a loucura, passaria a ser vista não mais como distúrbio moral e sim como anormalidade.

Segundo Pessoti (1996), de “instrumento de cura” a espaço de “tratamentos físicos”, o local da perda da razão, disponibilizado a experimentos possíveis no enfrentamento da loucura, tem mantido, no decorrer dos tempos, as mais diversas funções.

Com o surgimento da Medicina Mental, a diferença entre a repressão (exclusão) e o tratamento (internamento), foi surgindo aos poucos, por intermédio de novas técnicas instauradoras, inicialmente, pelo parlamento francês, os loucos passaram a ser diferenciados daqueles outros que transgrediam as leis (GONDIM, 2001).

A partir da Assembléia revolucionária dos trabalhadores da área de saúde mental que instaurou as bases de todo processo de medicalização e tutelarização da loucura, esta foi responsável pela definição do regime jurídico dos insensatos e, ao mesmo tempo, consolidou a diferença entre o louco, o cidadão e o criminoso (AMARANTE, 2003).

No Brasil, os movimentos para reformar a Psiquiatria têm ocorrido desde o século XIX. Nessa época, tinha-se a idéia de que o doente mental deveria ser tratado com auxílio do trabalho e esta idéia foi sendo disseminada por todo país. No período do Estado Novo, nos anos de 1930, foram construídos grandes hospícios e, os já existentes foram reformados e ampliados. Esse período se prolongou até 1950, quando até então podia-se ver a estatização dos grandes hospitais, ou eram administrados pela esfera federal ou estadual. A partir de 1960, época do autoritarismo brasileiro, as instituições psiquiátricas brasileiras ficaram repletas de políticos e administradores de órgãos executivos igualmente irresponsáveis (COSTA, 2006).

Uma das características que marca esse período, de 1930, é a política de assistência médica no Brasil, que em nome de uma racionalidade necessária e viabilizadora da expansão de cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social (OLIVERIA e TEIXEIRA, 1985).

Mais tarde, no final dos anos de 1970, começam a ser privatizados os serviços psiquiátricos, provocando um crescimento desordenado, falta de planejamento e critério nas demandas de internação, causando uma cristalização do modelo manicômio-dependente, consolidando-se como política oficial.

Entre os anos de 1978 e 1980, configurou-se então, o atual movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, tendo como protagonista principal o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), influenciado pelo pensamento de Basaglia²³, de setores Antipsiquiatria e da Psiquiatria Preventiva, este movimento era caracterizado pela resistência à institucionalização, pela participação de profissionais de várias categorias e da população em geral (AMARANTE, 1998). A partir daí, o movimento incorporou pautas da “Rede de Alternativas à Psiquiatria”, passando a constituir-se no Movimento por uma Sociedade sem Manicômios, ressurgindo dentro do projeto original, de tradição basagliana, em que o processo de desinstitucionalização assumia o caráter teórico-conceitual, deixando para trás a idéia da reforma administrativa e financeira (GONDIM, 2001).

Esta nova modalidade de tratamento psiquiátrico iniciou-se com a criação do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo, no ano de 1987. Sendo este um modelo de serviço onde os pacientes eram atendidos em programas de atividades diversos, funcionando oito horas diárias durante os cinco dias da semana, com o objetivo de acolher aqueles que, com graves dificuldades de relacionamento, e que pudessem permanecer fora do hospital (AMARANTE, 1998).

Com a evolução das definições e conceitos diversos, abandonou-se então o paradigma que buscava a cura da doença mental e optou-se pela “reinvenção da saúde” e a “reprodução social do paciente”. A partir de então, não se valoriza de maneira absoluta o diagnóstico psiquiátrico e as causas das perdas pelas quais estaria passando o paciente em relação às suas funções psíquicas. Valoriza-se como objeto de intervenção a “existência-sofrimento dos pacientes” e suas formas de expressão dentro de cada contexto social (ROTELLI, 1990).

A partir desse modelo, segundo Desviat (1999), o Brasil conseguiu, em curto espaço de tempo, tanto a sensibilização da sociedade, dos líderes políticos, culturais e sociais, quanto o consenso necessário entre os profissionais em torno de uns poucos objetivos claros, que foi a concretização da reforma psiquiátrica, o que, em outros países levou muitos anos para se conseguir.

²³ Desinstitucionalização da saúde mental, ou seja, erradicar o asilamento dos doentes mentais.

Assim, entende-se que o objeto específico de intervenção no campo da saúde mental é o ser humano acometido por um agravo que o coloca no imaginário coletivo, numa condição de sujeito incapaz: da perspectiva econômica, da gestão da própria vida e da administração das relações afetivas e amorosas (SILVA *et al.* 2000).

Ressalta-se que, na América Latina, a conseqüência da discussão dos modelos de atenção à saúde mental foi concretizada a partir da Declaração de Caracas, onde representantes da sociedade política e Ministros de Saúde subscreveram o paradigma não *hospitalocêntrico* de atenção à saúde mental e reiteraram, através da Declaração dos Direitos dos Usuários, a assistência humanizada e as delimitações éticas das ações em saúde mental, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1991).

Entretanto, vale ressaltar que o quadro caótico que estava inserido o tratamento do doente mental, começa de fato, a tomar novos rumos, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, avançou no que se refere à Ordem Social, criando o conceito de Seguridade Social, até então inexistente nas Constituições anteriores, assegurando os direitos à saúde, à previdência e à assistência social determinando em seu artigo 196, que “a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado”.

No ano seguinte, 1989, foi apresentado um Projeto de Lei nº 3.657/89 que propunha “a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras formas de assistência que não representassem o afastamento absoluto dos indivíduos de seu meio social, além de propor uma regulamentação da internação involuntária” (AMARANTE, *et al.*, 2005, p. 55).

A partir de então, surgem novas modalidades de atenção que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional, sendo a primeira delas, o CAPS, passando a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços voltados à saúde mental.

Os CAPS deveriam ser dispositivos ordenadores e “porta de entrada” da rede territorial de assistência aos portadores de saúde mental como preconizado por leis, projetos de lei e o Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, para chegarmos ao que está determinado em leis, há um longo caminho a ser percorrido, pois a realidade existente atualmente está longe do preconizado, pois os portadores de doenças mentais são tratados como excluídos de seu contexto social, seja pelas famílias, seja pela comunidade onde vivem. São considerados improdutivos e incapazes, sendo que na verdade, se bem conduzidos em seus males são sujeitos capazes e produtivos.

Numa entrevista realizada com o usuário U4, ele diz: “nós podemos votar, mas não podemos ser votados”, o que mostra essa realidade.

Assim, pode-se ver que apesar de existir uma vasta literatura a respeito, leis que regulamentam os procedimentos de tratamentos, os portadores de doenças mentais continuam reféns das políticas públicas existentes, pois essas, não promovem efetivamente uma mudança conceitual, assistencial, política, cultural e social, onde possam ser vistos como cidadãos, verdadeiramente, pois continuam sendo tratados como “loucos” e não como sujeitos de direito num Estado democrático de direito.

CAPÍTULO 3 – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Como visto no capítulo II o CAPS surgiu para desinstitucionalizar o atendimento de portadores de doenças mentais. Em outras palavras o CAPS surge com a proposta de atender uma população geograficamente definida. Oferecem cuidados intermediários entre o nível local e a internação hospitalar, ou seja, o CAPS, como é um projeto público voltado ao atendimento de psicóticos e neuróticos graves, “conjuga num mesmo espaço o tratamento e a reabilitação e busca uma atenção mais globalizada frente às questões da saúde mental, com a implantação de setores de ensino e pesquisa” (GOLDBERG, 1994, p. 166).

Dentro dessa perspectiva, neste capítulo serão abordados os objetivos e finalidades do CAPS, bem como os modelos assistenciais no campo da saúde mental. Vale dizer que desde o surgimento da psiquiatria, enquanto disciplina específica se pensa e se fala em Reforma Psiquiátrica.

Ressalta-se ainda, que o conceito de cidadania, no campo da doença mental, é, pois, uma palavra-chave e fundamental na medida em que percorrer os níveis anteriores e que, devido à natureza do *estatuto de alienação mental*, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos, ao contrário do que dispõe a *Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental* (2001, p. 1) documento originado na III Conferência Estadual de Saúde Mental, do estado de Minas Gerais: “*Todo usuário tem direito à liberdade, à dignidade e a ser tratado e ouvido como pessoa humana, com direitos civis, políticos e sociais como qualquer cidadão.*”

Neste cenário, as diferentes forças envolvidas no movimento de reforma buscam a construção de um novo modelo assistencial, especificamente sobre os serviços extra-hospitalares. Antes, porém, faz-se necessário, discutir alguns conceitos e percepções do que vem a ser doença mental.

3.1 Definições e conceitos sobre doença e doença mental

Inicialmente, é importante definir saúde, o que segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), saúde é “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. No entanto, entende-se que a definição da OMS traz alguns problemas, na medida em que propõe uma saúde que parece impossível, já que um estado de absoluto bem-estar físico, mental e social é algo que não pode ser experimentado senão em poucos momentos durante a vida, tendo-se em vista que cada ser humano se confronta o tempo todo com situações que podem levar - e levam - a diversos tipos de mal-estar, sem que isto represente necessariamente ausência de saúde.

Zambroni-de-Souza (2006, p. 65), coloca que a saúde não vai bem “quando há aumento das restrições da margem de segurança orgânica, a limitação do poder de tolerância e de compensação das agressões do ambiente”. Desta definição, entende-se que estar saudável é poder viver e exercer diversas atividades em diferentes situações, de acordo com o desejo e a necessidade de cada ou da coletividade.

Sobre saúde mental, Espinosa (2000, p. 22) conforme se pretende abordar no decorrer deste trabalho, entende que:

é um aspecto da saúde em geral que, a partir de uma concepção integral do ser humano como entidade biopsicossocial, não pode ser visto em separado, a menos que se trate de um objetivo meramente didático e de esclarecimento.

A propósito da saúde mental, Espinosa (2000, p. 23) afirma que:

deve-se considerar que um indivíduo reage de forma saudável se, no decorrer do seu desenvolvimento, se mostrar capaz de uma adaptação flexível diante dos conflitos, de forma que fiquem salvaguardadas as suas necessidades instintivas fundamentais, ao manter a capacidade de controle sobre as frustrações e a angústia que estas criam.

A existência humana comporta dificuldades e frustrações que podem produzir angústia, percebida como uma sensação desagradável, que nos provoca tensão, mas que, por vezes tem um aspecto positivo na mobilização da energia humana. A angústia supõe um sistema de alerta e de ofensiva (ESPINOSA, 2000).

Silva (1996) compreende que campo da saúde mental é talvez o mais enigmático do universo de intervenções em saúde, porque é o que mais evidencia as alterações no processo de comunicação, aqui entendida como o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos (símbolos ou sinais).

Para Townsend (2002, p. 15), “é difícil definir um conceito universal de doença mental devido aos fatores culturais que influenciam esta definição”, contudo, faz uma ressalva que alguns elementos se associam à percepção de doença mental dos indivíduos, independentemente da origem cultural.

Dentre alguns fatores, o autor refere-se a apenas dois os quais, segundo ele, são os mais relevantes e pertinentes ao tema, quais sejam: incompreensibilidade, que designa a incapacidade da população geral em compreender a motivação por trás do comportamento. Quando não são capazes de encontrar sentido ou compreensibilidade num comportamento, os observadores tendem a rotular este comportamento como de doença mental. Nesse sentido, “os observadores atribuem rótulos de doença mental quando as regras, convenções e noções que eles usam para interpretar o comportamento não conseguem encontrar nenhuma motivação inteligível por trás de uma ação” (TOWNSEND, 2002, p. 18).

O outro elemento refere-se à relatividade cultural, que considera essas regras, convenções e noções as quais são elaboradas na cultura específica do próprio indivíduo. Um comportamento que é considerado como “normal” e “anormal” é definido pelas normas culturais ou sociais do indivíduo. Sendo assim, um comportamento que é reconhecido como de doença mental numa sociedade pode ser considerado “normal” em outra e vice-versa. Dentro disso, o autor identificou alguns aspectos culturais da doença mental, como por exemplo: a religião; as pessoas que estão relacionadas a um indivíduo com doença mental ou pertencem ao mesmo grupo cultural ou social; os familiares que negam a existência da doença; a classe social mais baixa – geralmente evidencia a maior quantidade de sintomas da doença mental; quanto mais educada a pessoa é, maior é o reconhecimento dos comportamentos da doença mental; as mulheres tendem mais do que os homens a reconhecerem os sintomas da doença; quanto mais distante da *corrente principal da sociedade*²⁴, maior é a probabilidade de resposta negativa da sociedade a sua doença (TOWNSEND, 2002).

Apesar da dificuldade de apontar uma definição universal, a *American Psychiatric Association* traz uma definição bastante satisfatória, como sendo a doença mental (APA, 1994):

²⁴ Significa: quanto menores as ligações com a sociedade *convencional*.

[...] uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre numa pessoa e se associa no presente a sofrimento (um sintoma doloroso) ou incapacidade (distúrbio numa ou mais áreas importantes do funcionamento), um aumento significativo no risco de vir a apresentar morte, dor, incapacidade ou perda de liberdade importante [...] e não simplesmente uma resposta esperada a um evento específico.

Townsend (2002, p. 15) explica que de acordo com os princípios de estresse/adaptação, a doença mental será caracterizada como respostas desajustadas a fatores de estresse do ambiente interno ou externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo.

Sendo assim, pode-se entender, que nem sempre a doença mental está associada a fatores sociais simplesmente, é uma somatória de fatores que interferem na saúde mental do indivíduo, até então considerado “normal”, ressaltando, contudo, que a forma de enfrentamento de cada indivíduo de situações adversas, pode ou não levá-lo a um “padrão de resposta”.

Quanto aos transtornos mentais ou doenças mentais, é difícil definir com exatidão científica a expressão “transtorno mental”, apesar de “a loucura ser uma das poucas coisas que estão bem distribuídas pelo mundo” (BASAGLIA, 1991, p. 65). Isso porque, segundo entendimento de Basaglia, a doença mental consiste, de forma empírica, num desequilíbrio psíquico que se pode manifestar através de diversos sinais e sintomas, e que dificulta o desenvolvimento da vida habitual da pessoa.

Existem fatores de caráter diverso – biológicos (físicas), psicológicos (intelectuais) e sociais (personalidade) – que podem alterar o equilíbrio dinâmico que mantém as pessoas num estado relativo de saúde, descompensando-as. O mais freqüente é a ocorrência de vários fatores influenciando no psiquismo humano, e que podem constituir um risco de alteração da saúde mental (ESPINOSA, 2000).

Esses fatores (biológicos, psicológicos e sociais) têm sido os mais estudados neste século, sem que, contudo, ter conseguido avanços espetaculares. No entanto, este estudo possibilitou o desenvolvimento da psicobiologia.

Entre tais fatores citam-se os genéticos ou hereditários, os adquiridos no nascimento, os orgânicos, os psiconeuroendocrinológicos ou neurobioquímicos entre outros., que poderiam determinar uma tara ou lesão, ou uma configuração biológica ou psicológica mais vulnerável ao meio, que se verá moldada pelas condições ambientais.

No que diz respeito às características: a) biológicas (físicas), a literatura refere-se à estatura e peso, pulso e frequência respiratória, pressão arterial e transpiração, forma de arcada dentária, tom de voz e postura, idade da primeira menstruação e idade da morte; b) psicológicas (intelectuais), verifica-se a fluência verbal, memória, evolução da língua e das etapas do desenvolvimento intelectual, destreza na realização de tarefas de labirintos e pontuação em diversos testes de inteligência; c) sociais (personalidade), avalia-se timidez e extroversão, emotividade e atividade, depressão e comportamento psicopático, ansiedade, obsessão e neurose. Atitudes especiais e interesse, fundamentalmente arte e atletismo e determinados comportamentos, como o de dar firmemente a mão (ESPINOSA, 2000).

Teixeira *et al.* (1998, p. 23) entendem que atualmente, “com base no perfil epidemiológico da população, é possível observar que, não apenas um retrocesso no declínio de muitas das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias”, e por outro lado, tem crescido as taxas de mortalidade por causas externas e doenças crônicas. Muitas das enfermidades não transmissíveis são conseqüências do processo de transformação das sociedades modernas, colocando em risco os grupos populacionais, incluindo nesse cenário, as doenças mentais, ou seja, indivíduos portadores de transtornos mentais.

Nesse sentido, Miguèlez (1999, p. 16) ressalta que “as chamadas doenças da civilização” estão relacionadas ao estresse, dietas ricas em açúcar e gordura, ao uso de drogas, como álcool, maconha, cocaína e seus derivados, a vida sedentária e à poluição ambiental, características da vida moderna.

Já Buss (1999, p. 182) ressalta que a transmissão epidemiológica no Brasil se caracteriza “pela prevalência de doenças relacionadas ao estilo de vida, problemas ambientais e as fármaco-dependências, o que leva o indivíduo à uma cultura de adoecimento e sofrimento”.

Esses são fatores que, somados, interferem na vida do indivíduo, levando-os a um auto grau de estresse imposto pela vida moderna, o que pode ocasionar transtorno mental, visto que esse processo é uma interação entre corpo, mente e meio ambiente.

3.2 Modelos assistenciais no campo da saúde mental

No Brasil, o modelo assistencial hegemônico, “é um modelo médico clássico, também denominado modelo médico assistencial privativista”, o qual pode ser entendido através dos três elementos básicos que o compõem: a) uma prática sanitária; b) um paradigma sanitário e c) uma concepção de saúde doença (MENDES, 1996).

Este modelo fundamenta-se e se consolida a partir do Relatório Flexner²⁵. O paradigma *flexneriano* e a concepção negativa da saúde são compatíveis com uma prática sanitária que valoriza a atenção médica, enfatizando os aspectos curativos, valorizando o diagnóstico e terapêutica, em detrimento da causa e, tendo o hospital como referência organizacional (RIETRA, 1999).

A finalidade principal deste modelo de assistência à saúde é a oferta de maior número de serviços médicos à população. Porém, com o objetivo de tratar enfermidades e reabilitar de maneira individual, não priorizando grupos populacionais de risco, para que os serviços tenham qualidade e eficiência, permitindo maior abrangência. Outro aspecto que deve ser ressaltado, é que o auto custo, nem sempre significou melhorias nos indicadores de saúde.

Pelas falhas reconhecidas neste modelo de assistência à saúde, tem-se procurado novas propostas, mais eficientes, no âmbito da assistência à saúde (individual e coletiva). Diante das deficiências deste programa, Mendes (1996, p. 235) sinaliza que para construção de um novo modelo assistencial de saúde, é preciso que se tenham mudanças profundas, e que essas atendam as necessidades da população. Entende-se que o autor ao se referir a essas mudanças, estaria mencionando os elementos citados anteriormente (modelo assistencial, práticas sanitárias e a própria concepção de saúde). Olhando por esse ângulo, existe a necessidade de se articular, dentro do processo saúde-doença, a condição de vida dos usuários do Sistema de Saúde, por meio das dimensões existentes entre a concepção biológica, ecológica, conduta e acesso a bens e serviços econômicos e sociais. Remete-se então, aos direitos fundamentais do homem, preconizados e tutelados pela Constituição Federal brasileira de 1988, que no artigo 196, e a NOB/96, traz para o campo de atenção à saúde, das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor, à educação, intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 1996b).

Existem algumas reflexões propostas sobre referências que servem de base para inovações focadas na transformação do modelo assistencial, as quais refletem nas tentativas de dirigentes e técnicos do setor de saúde como respostas às demandas do SUS, para

²⁵ Este relatório foi publicado em 1910, a partir de propostas para a reformulação do ensino médico, com as seguintes características: sólida formação em ciências básicas, como por exemplo, anatomia, fisiologia, bioquímica, entre outras disciplinas. Neste relatório, no entanto, foi dada pouca ênfase aos aspectos envolvendo prevenção e promoção à saúde e atenção ambulatorial; valorização da atenção médica individual; valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar; com recomendações de que as faculdades tivessem seu próprio hospital de ensino, considerando impróprio o uso de outros serviços; minuciosa organização da assistência médica em cada especialidade e assim por diante. Ressalta-se que este relatório influenciou as reformas no ensino, na área de saúde, nos Estados Unidos da América, no Canadá e na América Latina, com implementação no Brasil, apenas na década de 40 (MARSIGLIA, 1987).

adequação de custos menores e que ofereçam maior qualidade nos serviços oferecidos. Essas reflexões propõem: efetividade no atendimento; ampliação de atendimento social; redução de custos (COSTA e RIBEIRO, 1997).

A partir dessas reflexões, as inovações que vêm se sucedendo no setor de saúde, têm proporcionado mudanças no papel do hospital, que passa a atender as patologias clínicas agudas, a redução do tempo de internação e a ampliação no espaço ambulatorial, procedimentos cirúrgicos e endoscópicos, associados à redomiciliação mais precoce do paciente (RIETRA, 1999).

Dentre as inovações implantadas para a superação do modelo assistencial, estão as mudanças institucionais significativas, principalmente no que se refere ao hospital psiquiátrico, que com o surgimento e implantação do CAPS, nos municípios, tem proporcionado a desinstitucionalização dos doentes e a promoção da atenção domiciliar e comunitária aos portadores de doença mental.

De acordo com Luz (1994, p. 86), as políticas públicas de saúde mental, historicamente, têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social, ou seja, “têm sido formas de marginalização”.

Algumas críticas e reivindicações em prol da transformação do padrão de intervenção do Estado sobre doentes mentais têm surgido em função do caráter de exclusão e marginalização desses seres humanos. Assim, a psiquiatria, como prática assistencial que é legitimada a partir de políticas públicas, vem sendo questionada, quanto à efetiva capacidade de tratamento e eventual cura desses doentes (RIETRA, 1999).

Foucault (1979, p. 124) preconiza que:

No fundo, o conjunto da psiquiatria moderna é atravessada pela anti-psiquiatria, se por isso se entende tudo aquilo que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antigamente encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar.

Nesse sentido, Amarante (1995, p. 28-29) esclarece que no período em que surgiram as propostas contemporâneas sobre as reformas psiquiátricas, mais precisamente, posterior à Segunda Guerra Mundial, existia uma situação de violência, abandono e cronificação dos internos em hospitais psiquiátricos. Nesta época, ficava clara sua incompetência para alcançar a finalidade de tratamento e recuperação a que se propunham, além de lembrar a situação dos prisioneiros dos campos de concentração.

De fato, a história traz as duas situações bastante similares em relação ao tratamento dado aos doentes mentais, quanto aos prisioneiros de guerra nos campos de concentração. Nas

duas situações seres humanos eram mal tratados, segregados, relegados à própria sorte. Mesmo aqueles considerados seres humanos normais, nas prisões de guerra acabavam loucos ou perto disso.

De acordo com Baságua (1991), a violência está no cerne do problema que envolve a saúde mental e as características das instituições, tais como, escola, hospital e unidades básicas de saúde é uma separação clara entre aquele que têm o poder e aqueles que não têm. Para Foucault (1979), todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, mascará-la, eliminá-la e anulá-la.

Seria então interessante falar um pouco sobre dois processos distintos da *antipsiquiatria* do ponto de vista histórico, epistemológico e político. O primeiro deles foi um movimento de “despsiquiatrização”. Não se trata de anular o poder médico quanto de deslocá-lo em nome de um saber mais exato, de lhe dar outro ponto de aplicação e novas medidas, mas sim de despsiquiatrizar. Neste caso, de certa forma se trata de articular diretamente o diagnóstico e a terapêutica, o conhecimento da natureza da doença e a supressão de suas manifestações, como havia sido imposto por Pasteur nos hospitais, o que Foucault (1979, p. 124) chamou de “despasteurização” do hospital psiquiátrico. Seria o momento da prova, aquele em que a doença se manifesta em sua verdade e atinge sua realização, em que não tem mais que figurar no processo médico. Nesse caso o hospital pode se tornar um lugar silencioso onde a forma do poder médico se mantém naquilo que tem de mais estrito, mas sem que tenha que encontrar ou apontar a própria loucura, o que Foucault (1979, p. 125) denominou de “psiquiatria de produção nula”. A psico-cirurgia e a psiquiatria farmacológica são duas de suas formas mais notáveis. Esta seria a primeira forma de despsiquiatrização.

A segunda forma, de acordo com Foucault (1979, p. 126), seria exatamente inversa desta primeira, “trata-se de tornar a loucura em sua verdade a mais intensa possível, mas fazendo de maneira que as relações de poder entre o médico e o doente sejam investidas equitativamente nesta produção”, que não se deixe transbordar por ela e que possam guardar o controle da loucura; sendo que a primeira condição seria afastar de todos os efeitos característicos do espaço asilar. Em vez de retirar o paciente do espaço asilar, trata-se de transferir para o próprio doente o poder de produzir a sua loucura e a verdade de sua loucura ao invés de procurar reduzi-la a nada. A partir daí, segundo entendimento de Foucault (1979, p. 126), é que “se pode compreender o que está em jogo na antipsiquiatria, e que não é absolutamente o valor da verdade da psiquiatria em termos de conhecimento, de precisão do diagnóstico ou de eficácia terapêutica”.

As relações de poder constituíam a princípio na prática psiquiátrica, quando condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuía as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. Ao contrário, a inversão característica da anti-psiquiatria que consiste em colocá-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial.

“Este é um círculo que a anti-psiquiatria pretende desfazer”, afirma Foucault (1979, p. 127), dando ao indivíduo a tarefa o direito de realizar sua *loucura* levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade; mas sim destacando as condutas, os sofrimentos, os desejos de estatuto médico que lhes tinham sido conferidos, libertando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham apenas valor classificatório, mas de decisão e de decreto, invalidando enfim a grande retranscrição da *loucura* em doença mental, que tinha sido empreendida desde o século XVII e acabada no século XIX (FOUCAULT, 1979). Nessa mesma época no Brasil, já no último período do Império, o médico João Carlos Teixeira Brandão tornou-se um dos críticos mais importantes do modelo de hospital de alienados de natureza filantrópica (AMARANTE *et al.*, 2005). O médico fazia duras críticas sobre os problemas no hospício que segundo ele “mais parecia um palácio para loucos”, pois carecia de orientação técnica que fizesse dele uma verdadeira instituição médica de tratamento de alienados. No Hospício de Pedro II, criado em 1841, anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Corte Imperial, vivia em estado de caos, em função da má administração da instituição, que se constituía como um “verdadeiro Estado no Estado”, não atendida as recomendações médicas, pois só se respeitava as ordens vindas diretamente do poder imperial (AMARANTE *et al.*, 2005, p. 30).

As recomendações e orientações médicas não eram atendidas, pois, na época os médicos tinham como função, a prescrição de agentes terapêuticos e na verdade, o que lhes competia ia além de uma simples prescrição de medicamentos, deveria caber-lhes o controle absoluto da instituição, de acordo com o desenvolvimento e os resultados demonstrados pela ciência alienista. O isolamento, era prescrito pelas ciências naturais que estavam na base do *alienismo*, era um ato fundamental de conhecimento científico por excelência, pois possibilitava a relação direta e pura, sem interferências, do observador para com o objeto.

Amarante *et al.* (2005, p. 31) entende que, essa conduta se dava com intuito de evitar as interferências do meio ambiente, que nesse caso era a sociedade, no objeto de conhecimento que eram a alienação, que impossibilitavam e prejudicavam a observação pura da “coisa-em-si”, em seu estado natural.

Por outro lado, o isolamento seria a condição fundamental do tratamento moral, uma vez que, sendo a alienação um desregramento da ordem das paixões, seria de suma importância tratar o alienado – o louco – em um regime de distanciamento das causas de sua moléstia. Como esse tratamento tinha passos a serem seguidos, o próximo seria o afastamento, ou seja, a separação das moléstias de acordo com os pressupostos classificatórios que possibilitavam a constituição de uma nosografia (Amarante *et al.*, 2005), ou seja, compreensão sobre as causas, sobre a patogênese e sobre a natureza da doença e, que de acordo com Last (1983) é a base conceitual para o conhecimento sobre os problemas de saúde, fornecendo suporte para o planejamento e a avaliação do doente.

Assim, seria a maneira mais fácil entender com mais nitidez a luta travada no final do século XIX pela posse do poder na primeira instituição psiquiátrica do Brasil, que era o Hospital de Pedro II. Críticas severas eram feitas cada vez mais freqüente sobre as condições inadequadas do hospício, tais como, arquitetura imprópria, falta de médicos, abuso de poder das irmãs de caridade que lá atuavam e os enfermeiros, totalmente despreparados, ausência de um diretor na área de clínica médica, lotação excessiva. Tudo isso confirmava a inviabilidade de a instituição cumprir sua verdadeira função que era “curar” os alienados. A imagem que se tinha do hospício era de total desorganização, caos e ineficácia terapêutica (SILVA *et al.*, 2000).

No período do pós-guerra, experiências de reforma psiquiátrica marcaram época com a descoberta dos primeiros neurolépticos²⁶. No entanto, apesar das inovações ocorridas nos países europeus, a situação brasileira permaneceu quase inalterada, independentemente das novas experiências e dos novos medicamentos, já existentes no mercado (AMARANTE, 2003).

Por volta de 1960, época em que começaram as privatizações psiquiátricas (nascimento da indústria da loucura) foi realizada a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, que tornaram o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, quando o Estado passou a optar pela compra de serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de investir na precária situação da rede pública. Com isso, a doença mental tornou-se objeto de lucro, pois os proprietários de hospitais manicomiais exploravam essa atividade com um único propósito de enriquecimento, sem se preocupar com os pacientes portadores de doenças mentais. Com isso cada dia mais aumentava o número de leitos nesses

²⁶ São também conhecidos como antipsicóticos, medicamentos inibidores das funções psicomotoras, que atuam no caso de excitação e agitação e atenuam os distúrbios neuropsíquicos (psicóticos), como os delírios e as alucinações.

hospitais e quanto mais esse mercado crescia, mais desumanas eram as condições asilares desses pacientes (SILVA *et al.*, 2000).

Essas práticas desumanas (isolamento, superpopulação, métodos de tratamentos agressivos etc.) levaram o médico Carlos Gentile de Melo, lutar pela humanização dos manicômios a cunhar a expressão “indústria da loucura”, para designar esse tipo de comércio que crescia no Brasil. Era tão gritante esse comércio que na década de 70, o INPS chegou a destinar 97% do total dos recursos da assistência psiquiátrica somente para o pagamento dessas instituições que integravam a rede de conveniadas e contratadas do governo federal (AMARANTE, 2003).

Ainda na década de 60, começaram a surgir mudanças no Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM para Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, influenciadas pela tendência mundial preventivista. No linear da psiquiatria preventiva, foram propostos novos planos de saúde mental, dos quais o que mais se destacou foi o Manual de assistência psiquiátrica, elaborado por vários profissionais da área da medicina psiquiátrica sob a coordenação do Dr. Luiz Cerqueira, um dos mais renomados médicos psiquiátricos da década de 70 (AMARANTE *et al.*, 1992).

Em junho de 1975, foi promulgada a Lei nº 6.229, instituindo o Sistema Nacional de Saúde, definindo os campos de atuação do Ministério da Saúde objetivando a ação preventiva, de natureza coletiva e o da Previdência e Assistência Social como ação de natureza curativa de natureza individual, os quais ficaram ainda mais distantes e desarticulados de ambos os ministérios (SILVA *et al.*, 2000).

Durante a Conferência Nacional de Saúde, em 1977, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM, do Ministério da Saúde que visava a qualificação de médicos generalistas – clínica geral e auxiliares de saúde para atendimento em nível primário, isto é, em centros de saúde e em serviços básicos de saúde mental em geral. Em alguns estados, como Norte e Nordeste, Centro e Centro Oeste, o programa foi bem implantado. Porém, os resultados foram bastante questionados mais especificamente sobre a ausência de respostas sobre egressos da rede hospitalar, dentre outros aspectos. Apesar da implantação do PISAM nos restante dos estados brasileiros, rapidamente, muitos foram desativados (AMARANTE *et al.*, 2005). Acredita-se que tenha sido por falta de profissionais qualificados e administração das instituições que abrigavam o programa.

Outros setores responsáveis pela melhoria da qualidade dos serviços e atendimento aos doentes mentais se sucederam como a Divisão Nacional de Saúde Mental (1978) que entrou em crise econômica e administrativa logo após sua criação. Seminários e conferências

freqüentemente eram realizados pelo Brasil, com a finalidade de implantar novas políticas públicas que dessem resultados e atendessem o preconizado durante a Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE *et al.*, 2003).

Somente em maio de 1989 que o processo de reforma psiquiátrica teve repercussão nacional, a partir da intervenção da Secretaria de Saúde do município de Santos-SP, que ocorreu no hospital psiquiátrico denominado Casa de Saúde Anchieta, após uma seqüência de óbitos de internos. Esses óbitos chamaram a atenção das autoridades do poder público local e, somente a partir daí foram criadas situações que possibilitaram o início de um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao modelo manicomial que foram os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (AMARANTE, 2003).

Os CAPS são unidades de serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados onde os pacientes recebem atendimentos terapêuticos individualizados e, ou, em grupos, além consultas médicas, com a finalidade de tratar e cuidar do usuário buscando sua reabilitação psicossocial. Segundo Onocko-Campos (2003) dentro dessa filosofia na qual o CAPS foi criado as unidades deveriam contemplar oficinas de trabalhos manuais com ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas orientadas por profissionais qualificados que atuariam como professores de “trabalhos manuais”. Essas atividades seriam desenvolvidas todos os dias, sendo que cada dia teria uma oficina diferente com fundamento em projeto terapêutico individualizado. Além dessas atividades e atendimentos, o CAPS deveria ainda promover atividades que envolvessem os familiares onde seriam discutidas questões de ordem social do dia-a-dia de cada um deles.

O MS (BRASIL, 2004) define os centros de atenção da seguinte maneira:

um CAPS [...] é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida [...], realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (PELISOLI e MOREIRA, 2005, p. 270).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2001) existem dados que indicam que aproximadamente 450 milhões de pessoas no mundo, sofrem de transtornos mentais e que esses doentes estão “longe de receberem o tratamento adequado”, com a mesma qualidade e atenção que recebem em relação às doenças biológicas.

No Brasil existe a rede dos CAPS com aproximadamente 176 unidades, sendo que o CAPS II-Muriaé-MG faz parte dessa estatística e, recebem 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental. Ainda existem 71 mil leitos destinados aos doentes mentais em todo o Brasil (BRASIL, 2004).

Segundo Furegato (2007), em 2006 os gastos hospitalares destinados à saúde mental eram de 93,1% e, hoje são apenas 51,3% que são destinados ao atendimento extra-hospitalares, ficando 48,7% destinados aos hospitais, que totalizam um repasse de aproximadamente 170 milhões para a saúde mental com atendimento hospitalar e extra-hospitalar. Esses dados, segundo o autor, mostram que a mudança do modelo assistencial canaliza recursos financeiros e humanos para a assistência dos portadores de doença mental, com reflexos de ordem social, pois, geralmente, as unidades do CAPS envolvem a comunidade local onde está implantado, através de parceria, envolvimento do setor empresarial privado o que eleva a qualidade do tratamento desses usuários. De fato todos esses indicadores, apontam para um novo modelo de assistência ao doente mental.

De fato todos esses indicadores, apontam para um novo modelo de assistência ao doente mental. No entanto, há que se fazer uma ressalva. Os CAPS, geralmente carecem de mão-de-obra qualificada, especializada para lidar com os usuários. Existem parcerias, mas são poucas. O poder público local não investe na melhoria do espaço físico, deixam muito a desejar sobre a conduta terapêutica nas unidades e, geralmente os auxiliares são pessoas despreparadas para lidar com situações as mais diversas e complexas diariamente.

Em Muriaé-MG, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (dados fornecidos em maio de 2008), o CAPS II recebe uma verba de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais)/mês. Entretanto, segundo informações obtidas junto à direção do CAPS II, os gastos com alimentação, material de higiene e limpeza não ultrapassam o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais)/mês). As despesas de água, luz e telefone são vinculadas à verba da secretaria de finanças da prefeitura; o imóvel é cedido à prefeitura como empréstimo; os dois técnicos de enfermagem, a enfermeira e a psicóloga recebem seus vencimentos pela Secretaria de Saúde do Município, já o médico psiquiatra pelo INSS e os demais são funcionários da Secretária Municipal de Educação estando os mesmos disponibilizados para o CAPS II; as medicações são fornecidas pelo Governo Estadual, padronização do MS.

Pela observação realizada durante a pesquisa, no CAPS II-Muriaé, pôde-se perceber que o espaço físico é deficiente para o número de usuários atendidos, pois, circulam com dificuldades entre os cômodos porque são pequenos, sem conforto, a exemplo dos consultórios do médico clínico e o da psicóloga, faltam instrumentos compatíveis com a

assistência prestada, como por exemplo, cadeiras mais confortáveis e individuais, maca para exame clínico, ventilação, luminosidade adequada, as paredes são úmidas, os banheiros (feminino e masculino) são geminados, ou seja, com apenas uma parede divisória, com vasos sanitários postos um ao lado do outro, sem oferecer a privacidade necessária aos usuários, sem higienização. Não existe cozinha, as refeições são recebidas em marmitex, não tem nutricionista, apenas um cômodo da casa serve de dispensação de alimentos, ou seja, a caixa de isopor chega com as “quentinhas” e são distribuídas pela atendente aos usuários que estão presentes. Não existe um refeitório adequado, o que existe é um espaço destinado ao refeitório, com mesas e cadeiras onde os usuários fazem suas refeições, não sendo utilizado apenas para esse fim (refeições diárias – café da manhã, almoço, lanche e café da tarde), mas também para reuniões com familiares, além de servir para outros eventos, como comemorações de aniversários, datas festivas (natal, páscoa etc); é também utilizado como sala de televisão e recreação (dama, baralho e dominó).

Observou-se ainda que os usuários bebem muito café, nenhum tipo de chá, chocolate ou vitaminas, apenas café e água, o que clinicamente, não é muito recomendado para esse tipo de paciente.

As dependências que são utilizadas para as oficinas de trabalhos manuais, são áreas abertas, por onde transitam tantos os usuários que não desenvolvem tal atividade, como também funcionários de serviços gerais, entregadores, entre outros. Esse “trânsito” indevido de pessoas, não favorece o ambiente que, deveria ser terapêutico (silencioso, calmo e sem ruído).

A enfermaria não favorece ambiente adequado, pois o usuário (feminino ou masculino) não tem privacidade. Existem dois leitos comuns aos gêneros. Não tem expurgo (local para depósito de resíduos sólidos e líquidos, ou seja, material contaminado), não tem sala de procedimentos (curativos, aplicações intramusculares, intravenosas, retais etc). Nesse mesmo local, existe um corredor minúsculo, onde cabe apenas um armário onde são guardados materiais de curativos, tricotomia, seringas, agulhas etc. e medicamentos (supositórios, comprimidos diversos, ampolas diversas, frascos, vidros etc.). A área deste local é de apenas 5 x 5m², ventilação precária, ausência de luminosidade natural.

A recepção é única, ou seja, tanto serve para recepcionar os usuários que são atendidos nos três regimes, como para sala de espera para aqueles que buscam consultas especializadas e para triagem e avaliação psiquiátrica.

Não existe consultório dentário, os atendimentos são realizados na instituição Casa de Caridade de Muriaé-Hospital São Paulo através de contato prévio pelo serviço de

enfermagem, duas vezes por semana, estando longe de sanar as condições precárias em relação a saúde bucal encontrada.

O CAPS dispõe de um veículo para transporte, porém nem sempre está disponibilizado para o setor, pois caso se faça necessário este é utilizado em outros setores em detrimento do CAPS, o motorista é no caso funcionários da própria equipe de enfermagem.

Durante a pesquisa observou que a cada dia o CAPS II vem sofrendo perdas não só na conservação física, mas também em relação aos funcionários, existe uma efetiva evasão devido a problemas administrativos, falta de recursos e credibilidade em relação a gestão, portanto questiono o futuro que está reservado para os usuários do CAPS II- Muriaé.

Portanto, as instalações não atendem às exigências do CAPS II, pois é uma casa residencial, com poucos cômodos, pouco arejada, Os cômodos destinados ao atendimento médico, psicológico e social não comportam o mobiliário (cadeiras, mesa, armário de arquivo, maca) no mesmo espaço físico, a exemplo do consultório psicológico, que tem apenas uma mesa pequena, duas cadeiras, pois não comporta um divã ou sofá em que os usuários teriam melhores condições de relaxamento e conseqüente atendimento.

No decorrer da pesquisa o CAPS II-Muriaé ficou sem assistente social, pois por incompatibilidade administrativa deixou o cargo e não tem substituta, a psicólogo não desenvolve terapias condizentes com a finalidade precípua do CAPS II, além de assumir também a função de coordenadora do serviço. Pelo mesmo motivo acima citado o CAPS II não dispõe no momento de um auxiliar de serviços gerais no turno da manhã, e nem recepcionista no turno da tarde.

Em relação ao serviço de enfermagem podemos relatar que não tem sala de procedimentos, consultório de enfermagem, expurgo. O local dispensado para a realização de quaisquer procedimentos se resume a uma enfermaria com dois leitos e uma pequena sala em anexo para preparo de medicações e guarda de medicamentos e materiais.

Existe implantado, de maneira informal, um serviço de referência²⁷ e contra referência²⁸ com as demais unidades de saúde do município, onde são realizadas consultas especializadas e acompanhamentos de patologias crônicas que alguns usuários também são acometidos.

Em relação ao serviço de enfermagem vale ressaltar que dispõe dos instrumentos administrativos organizados, com relato diário dos procedimentos executados,

²⁷ Encaminhamento do usuário para alguma instituição ou serviço especializado de saúde.

²⁸ Recebimento ou encaminhamento do usuário para alguma instituição ou serviço de saúde.

acompanhamento destes usuários em relação à imunização, hipertensão, diabetes, medicações e, também como referência para esses usuários em relação à escuta.

De acordo com a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, atendendo a regulamentação do Ministério da Saúde, determina em seu art. 3º “*estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, só poderão funcionar em área 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 independente de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.*”

De acordo com a Portaria nº 305 de 03 de Maio de 2002, são exigências específicas, além das exigências gerais, o Centro deverá cumprir com as seguintes exigências específicas:

[...]

Instalações Físicas

A área física do Centro deverá se enquadrar aos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

- Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento para Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

- Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

A área física deve ser adequada, convenientemente iluminada e ventilada, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com organização e segurança.

A área física deve contar, no mínimo, com:

- Sala de espera e recepção;*
- Área de apoio administrativo;*
- Consultórios;*
- Área para atividades em grupo;*
- 02 (dois) a 04 (quatro) leitos;*
- Refeitório;*
- Posto de Enfermagem.*

CAPITULO 4 – PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO CAPS II-MURIAÉ EM RELAÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL

Neste capítulo pretende-se discorrer sobre a percepção dos profissionais e usuários do CAPS II – Muriaé em relação ao transtorno mental. Para tanto, foi necessário abordar a temática situando o profissional e o usuário dentro do contexto da “loucura” humana e o que advêm dessa percepção.

4.1 Percepção dos usuários do CAPS-Muriaé em relação ao transtorno mental

Os usuários do CAPS-Muriaé podem ser caracterizados por vários fatores; quanto à classe social, a história familiar, as patologias, uso ou não de substância tóxicas/alucinógenas, traumas, violência doméstica, violência sexual entre outros.

Dos 20 usuários, pesquisados, apenas 6 (seis) não são portadores de esquizofrenia. Dos 10 (dez) usuários que foram acompanhados, todos apresentam esquizofrenia e transtornos psicóticos, que são níveis diversos de esquizofrenia. Os 10 usuários acompanhados diariamente, atualmente, pertencem à classe média baixa²⁹ (C e D), recebem auxílio doença, são incapazes legalmente, mas são eleitores. Geralmente a família abandonou ou encontra-se em processo de abandono, nem sempre por todos os membros da família. Pelos relatos das famílias, percebeu-se que é difícil a convivência com os usuários, e muitas vezes não conseguem ver a doença nesses indivíduos o que dificulta ainda mais o tratamento (IBGE, 2002; CAPS, 2007).

Normalmente, quando a família procura o CAPS, a doença já está em grau elevado e uma possível cura fica ainda mais distante. As características psicossociais são muito idênticas, como por exemplo, a fala repetitiva, o andar incessante, a sexualidade aflorada, a

²⁹ Conforme classificação do IBGE (2002): Classe A: acima de 30 salários mínimos; Classe B: de 15 a 30 s.m.; Classe C: de 6 a 15 s.m.; Classe D: de 2 a 6 s.m.; Classe E: até 2 s.m..

falta de consciência da realidade entre outros. Em regra, essas são as características gerais dos usuários do CAPS-Muriaé.

4.1.1 Ocorrências de patologias

O CAPS II-Muriaé conta atualmente com 288 usuários com patologias diversas classificadas em 58 tipos diferentes pelo Código Internacional de Doenças (CID). Dos 58 tipos os que apresentam maior frequência, (mais de 51 % dos casos) são: Transtorno delirante (10,03%); Esquizofrenia paranóide (7,95%); Esquizofrenia residual (7,95%); Transtorno afetivo bipolar hipomaniaco (5,53%); Transtorno afetivo bipolar psicótico (5,53%); Transtorno afetivo bipolar misto (5,19%); Transtorno orgânico de personalidade (3,11%); Transtorno afetivo bipolar atualmente em remissão (3,11%) e Episódio depressivo moderado (3,11%). Observa-se, que de modo geral, prevalecem as esquizofrenias e transtornos afetivo bipolar e orgânico. O Anexo 2 apresenta a relação completa das patologias e suas frequências.

Dos 20 (vinte) usuários entrevistados prevalece a esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos, como: transtorno afetivo bipolar, episódio atual, maníaco com sintomas psicóticos, transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto.

Desse grupo, 10 (dez) usuários foram observados e entrevistados, apresentaram a prevalência de esquizofrenia, patologia esta, que foi assim denominada por Eugen Bleuler em 1908, significando “mente dividida”. A sintomatologia aparece geralmente ao fim da adolescência ou início da idade adulta, sendo que mais no sexo masculino a esquizofrenia apresenta seus sintomas mais precocemente (TOWNSEND, 2002).

Ao longo do tempo, inúmeras estratégias de tratamento foram propostas, mas nenhuma se mostrou eficaz ou suficiente. Persistem várias controvérsias em relação à sua ocorrência, pois não existe nenhuma definição da origem da esquizofrenia embora haja uma grande tendência a aceitar a existência de dois fatores indicados pelos clínicos. O primeiro fator, segundo a literatura (TOWNSEND, 2002; KIRKHAM, 2002). decorre de uma combinação variável de pré-disposição genética, disfunção bioquímica, fatores fisiológicos, *stress* psicossocial e influências ambientais. O segundo fator é que não há um tratamento único que efetue a cura do distúrbio. O indicado pela literatura é um esforço multidisciplinar abrangente, incluindo psicoterapias e diversos cuidados psicossociais, treinamento de capacidades de vida (atividades laborativas), reabilitação e terapia de família.

Como dito anteriormente, não existe um único fator. A doença decorre de uma combinação de influências, incluindo, aspectos biológicos, psicológicos e ambientais. Em

relação aos aspectos biológicos, não se pode afirmar que é uma doença hereditária, mas, estudos mostram (CUTTING, 1985; PFOHL & WINOKOUR, 1983 *apud* TOWNSEND, 2002) que familiares de indivíduos com esquizofrenia têm uma probabilidade muito maior, apesar de não ter sido encontrado nenhum marcador biológico fidedigno. Quanto aos aspectos psicológicos, segundo Townsend (2002), focalizavam os fatores da relação familiar, apesar de haver dúvidas sobre esta teoria, tem sido descrito o desenvolvimento dessa patologia como decorrência de um sistema familiar disfuncional.

Em relação aos fatores ambientais existem vários estudos associando o surgimento da esquizofrenia a uma classe social, com vários estudos epidemiológicos (BLACK & ANDERSON, 1994; BIRCHWOOD *et. al*, 1989 *apud* TOWNSEND, 2002) comprovando que a maioria dos portadores de esquizofrenia pertencem às classes socioeconômicas mais baixas. Isso se deve às condições associadas a viver na pobreza, como nutrição inadequada, ausência de cuidados pré-natais, habitação inadequada, poucos recursos para lidar com situações estressantes, sentimentos de desesperança ou pouca esperança em relação à mudança do estilo de vida de pobreza (BATISTA, 1995).

Vale ressaltar que das doenças mentais, a esquizofrenia destaca-se como a causadora do sofrimento na sociedade, pois, leva a intenações mais demoradas, caos na vida familiar, medo, custo muito elevado tanto para o indivíduo, quanto para o governo, representando uma imensa ameaça à vida e à felicidade do ser humano, persistindo como um enigma não resolvido apesar de ser, dentre os transtornos mentais, a mais estudada. Caracteriza-se principalmente pelos distúrbios dos processos de pensamento, percepção e afeto e, invariavelmente uma grave deterioração do funcionamento laborativo (TOWNSEND, 2002).

Transtorno afetivo bipolar é também conhecido como transtorno bipolar do humor. É uma patologia relacionada ao humor ou afeto. Suas características estão baseadas nas alterações do humor com episódios depressivos e maníacos ao longo da vida. É considerada uma doença psiquiátrica muito bem definida, embora tenha um quadro clínico variado, é um dos transtornos com sintomatologia mais consistente na história da psiquiatria, permitindo com isso o diagnóstico precoce e confiável.

O transtorno afetivo bipolar é classificado como: do tipo I, onde a maioria dos episódios são do tipo euforia e do tipo II onde a maioria dos episódios são depressivos.

Pelo Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM.IV), a característica essencial do Transtorno Bipolar, tipo I é uma história clínica caracterizada pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Com frequência, os indivíduos também tiveram um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Por outro lado, a característica essencial

do Transtorno Bipolar, tipo II é uma história clínica marcada pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaniaco (BATISTA, 1995).

O episódio de mania ou euforia é o sintoma mais característico do transtorno afetivo bipolar e, em virtude das graves mudanças de comportamento e conduta que provoca, é o que mais resulta em internações agudas. A hipomania é um grau um pouco mais leve que a mania, praticamente desconhecida pela maioria dos clínicos, e, geralmente é confundida com a personalidade *borderline*, histriônica (histérica) ou anti-social (BATISTA, 1995).

Estudos (BLACK & ANDERSON, 1994; BIRCHWOOD *et. al*, 1989 *apud* TOWNSEND, 2002) mostram que aproximadamente 60% a 70% dos Episódios Maníacos freqüentemente precedem ou se seguem a Episódios Depressivos, mas o padrão de alternância é uma característica individual, no quadro de transtorno bipolar, tipo I. A maioria das pessoas que tiveram um episódio maníaco terá futuramente novos episódios, que tende a diminuir com a idade (TOWNSEND, 2002).

Aproximadamente 5 a 15% das pessoas com Transtorno Bipolar têm quatro ou mais episódios de alterações severas do humor, tais como, Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Hipomaniaco, que ocorrem dentro de um determinado ano. Embora a maioria das pessoas com Transtorno Bipolar retorne a um nível plenamente normal de funcionamento entre os episódios, alguns deles, entre 20 e 30%, continuam apresentando instabilidade do humor e dificuldades interpessoais ou ocupacionais. Quando um indivíduo tem Episódios Maníacos com aspectos psicóticos, os episódios subseqüentes têm maior probabilidade de ter aspectos psicóticos. A recuperação incompleta entre os episódios é mais comum quando o episódio atual é acompanhado por aspectos psicóticos incongruentes com o humor (BATISTA, 1995).

No período observado (jan 2007 a junho de 2008) verificou-se que a usuária (U1), 21 anos, feminina, espírita, é portadora de transtorno bipolar – tipo II (Episódio Hipomaniaco). Apresenta comportamento inconstante, às vezes se mostra com disposição para desenvolver atividades no CAPS II, às vezes deprimida participando pouco da dinâmica da instituição, querendo ir embora para sua casa, não consegue interagir com o grupo, conversa sozinha o tempo todo e andando de um lado para outro. Apresenta agressividade e agitação psicomotora, brigando muito com outra usuária. Continua se queixando de ouvir vozes, mesmo sob efeito de medicamentos prescritos pelo médico-psiquiatra. Apresenta exaltação do humor, transtornos perceptivo com alucinações auditivas e visuais. Encontrando-se em surto psicótico e alteração da prescrição médica.

O usuário (U6), 37 anos, sexo masculino, sem religião definida, portador de esquizofrenia paranóide, vem da área rural precária (é de origem humilde), já tentou suicídio (quer morrer de qualquer jeito), afeto embotado, relacionamento hostil, falta de interesse pelas atividades cotidianas é agressivo. Na visita domiciliar observou-se várias figuras obscenas pintadas na parede de seu quarto, inclusive de crianças. Apesar de sua agressividade, no CAPS se relaciona relativamente bem com os demais (funcionários e usuários), inclusive com sua família, mantém um relacionamento considerado normal, levando em conta sua patologia.

O usuário (U8), 29 anos, feminina, sem religião definida e portadora de transtorno bipolar, tipo II (com sintomas psicóticos). Apresentou em 2007 alterações severas de humor, teve várias internações, sendo a primeira aos 15 anos de idade, filha de família de classe média alta (B). Seus pais se separaram, os bens do casal foram divididos, mas a mãe acabou com o patrimônio em pouco tempo. No primeiro semestre de 2008 apresentava expressão de desesperança, embotamento afetivo e indiferença às atividades laborais. Atualmente vive com apenas o rendimento do Programa Bolsa Família de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais). Essa usuária gosta de trabalhar com a prostituição, por vezes sente vontade de fazer sexo com filho de apenas 10 anos de idade.

O usuário (U7), 17 anos, masculino, católico, é portador de transtorno bipolar – tipo I. É egresso de hospital manicomial, fala com segurança que não é louco e está no CAPS porque andava na rua de calcinha e bustiê de mulher, consta de seu prontuário que sofreu agressões do pai, tem relato violência sexual pelo primo, nunca teve relação com mulher, só com homem, foi encaminhado ao CAPS pelo Conselho Tutelar de Muriaé. Na entrevista, várias vezes repetiu que “*não gosta de ficar no CAPS, porque só tem velho*”. No período de 2007, apresentou comportamento teatral, inadequado, histriônico, pueril, regredido; pouca resposta ao tratamento medicamentoso; relata insônia; sociopatia, agitação psicomotora e humor exaltado, psicomotricidade sistêmica. Em 2008 apresentou melhora discreta à psicomotricidade.

No entanto, estudos sobre esquizofrenia e transtorno bipolar, classificam como entidades clínicas distintas e não relacionadas, outros sugerem que há uma sobreposição entre as duas patologias. Em relação ao estudo familiar, envolvendo parentes de primeiro grau a ocorrência de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo aparece com maior incidência de risco em familiares com história de bipolaridade com sintomas psicóticos e esquizofrenia, comprovados por estudos genéticos que mostram essa relação ao mesmo tempo essa sobreposição (QUARANTINI *et al.*, 2005).

Durante a pesquisa, foi constatado que o pai e o irmão da usuária (U1) também são portadores de esquizofrenia, sendo que o irmão é usuário do CAPS II. O usuário (U6, 37 anos, masculino, não tem religião definida, também tem relato de esquizofrenia na família, dois irmãos (uma irmã e um irmão), sendo que a irmã também é usuária do CAPS. Além desses usuários, os usuários U2, 49 anos, feminina, espírita; U3, 26 anos, feminina, católica; U5, 68 anos, masculino, católico; U8, 29 anos, feminina, sem religião definida e U10, 39 anos, feminina, católica, têm familiares de segundo grau com história de transtornos mentais.

4.1.2 Relação entre transtorno mental e gênero

Os usuários do CAPS II-Muriaé apresentam predominância feminina, 53,82% (ANEXO 3). Não foram encontrados na literatura específica estudos que expliquem tal ocorrência. Entretanto, acredita-se que pela mulher ser mais emotiva e ter uma história de repressão e submissão em relação ao homem tornam-se mais vulneráveis ao *stress* psicológico. Isto pôde ser percebido durante as entrevistas, pois as falas das mulheres trazem aspectos que deixam transparecer essa condição em relação aos homens.

No universo feminino observado, verificou-se que, embora esse grupo pertença a classe social, faixa etária e meio ambiente diferentes, além da singularidade de cada um, existem pontos que convergem para uma mesma situação pregressa (agressão, abuso sexual e abandono). Tais situações, ao que parece, surgem pelo fato de serem do sexo feminino, conforme relatam as usuárias 1, 2 e 3. A U1, 21 anos, feminina, espírita, relata: “[...] *depois que o B2, meu irmão, ficou doente, lá em Divino, quando minha mãe morava lá, minha mãe não quis interná-lo, diz que ele é muito novo. Eu falo que, quando eu fui para Leopoldina (Clínica Psiquiátrica São José), ninguém me deu uma chance. Sou mulher. Não me deram nem uma visita. Quando foram me visitar, já era pra me tirar de lá*”.

A usuária (U2), 49 anos, feminina, espírita, segundo seu próprio relato sofreu várias internações involuntárias e que, aos 10 anos de idade sofreu abuso sexual pelo tio, sendo que este fato ocorreu várias vezes. Segundo ela, sempre que contava para a família, “*ninguém acreditava, diziam que era invenção da minha cabeça. Eu era a única mulher no meio de dois irmãos homens. Eu acho que meu tio fazia isso para punir meu pai, pois, ele era rico, mas tinha muitas amantes e meu tio era pobre e meu pai não ajudava ele e, por isso ele era revoltado*”.

Afirma que “*toda vez que vou visitar minha filha, que tem 25 anos, eu volto toda machucada, pois ela e meu pai me agridem fisicamente o tempo todo. Eu tinha muitos*

imóveis. Até que eu fiquei doente e meu pai e meus irmãos tomaram tudo de mim. Não sei o que fizeram com os imóveis.

A usuária (U3), 26 anos, feminina, católica, mora com os pais. O pai é desempregado e segundo ela *“detesto meu pai. Ele bate em todo mundo lá em casa. Minha mãe já tentou suicídio duas vezes, porque apanhava muito [...] teve que ir para o CTI. Acho que é porque meu pai judia muito da gente. Eu me sinto muito desprezada por todos.”*

Historicamente, essa discriminação faz parte da cultura brasileira que privilegia o modelo patriarcal (o poder do homem sobre a mulher), tornando-se ainda mais evidente nos casos de portadores de transtorno mental.

Segundo Lopes (2005, p. 23) *“é no mínimo estranho pensar que em pleno século XXI, a submissão da mulher não tenha acabado”*, pois, ela continua humilhada, subjugada, mal tratada, desrespeitada, principalmente onde a estrutura familiar encontra-se desintegrada ou em processo de desintegração.

Persistem vários conceitos, comportamentos e costumes arraigados na sociedade brasileira que amedrontam a mulher em relação ao enfrentamento da vida. Tudo isso, somados a outros fatores, como desemprego, necessidades básicas, como alimentação, habitação digna entre outros, fragilizada de tal forma a mulher que favorece um estado de desequilíbrio biopsicossocial o que reflete na sua saúde mental transtornos mentais (LOPES, 2005).

Na análise das três usuárias, observou-se pontos em comum em suas falas. U1, 21 anos, feminina, espírita: *“sou mulher”*; U2, 49 anos, feminina, espírita: *“Eu era a única mulher no meio de dois irmãos homens”*; e, U3, 26 anos, feminina, católica: *“Minha mãe já tentou suicídio duas vezes, porque apanhava muito [...] teve que ir para o CTI”*.

4.1.3 Percepção dos usuários sobre transtornos mentais

Diferente das demais doenças (câncer, mal de Parkinson entre outras), onde os doentes podem aceitar e se identificar como doentes, a loucura, se encontra além do conceito clínico clássico, pois, existem preconceitos sociais vinculados a comportamentos considerados anti-sociais. Além disso, alguns portadores de transtornos mentais podem ter sua capacidade cognitiva afetada, dificultando o entendimento de tal conceito. A exemplo do usuário (U9), 51 anos, masculino, católico, que ao ser perguntado *“o que você sabe sobre sua doença”*?, ele respondeu: *“a máquina, no rio, não sei”*, que demonstra a total ausência de capacidade cognitiva. A usuária (U10), 39 anos, feminina, católica, também mostra não ter

nenhum conhecimento sobre sua doença. Feita a mesma pergunta, ela respondeu: *“primeira vez, 12 anos, contei para minha mãe, ai ela me levou no escritório e foi e arrumou meus dentes e receitou melerium”*, o que deixa claro o discurso desorganizado e desintegração socioafetiva.

A percepção da loucura por alguns usuários do CAPS, observados, não condiz com os conceitos clássicos da literatura, ou seja, pelas patologias apresentadas. Esses usuários estão clinicamente diagnosticados com algum tipo de psicose em vários níveis, no entanto, segundo eles, *“não são loucos”*. Aqueles que são portadores de esquizofrenia residual apresentam alienismo, a loucura surge de forma dominante, pois, esses sujeitos são incapazes de exercer funções laborativas, o que impossibilita o convívio social ou sua reintegração na sociedade, em função do seu quadro clínico é permeado por manifestações que escapam do próprio sujeito – vivem em seus mundos particulares.

Na verdade a loucura para alguns desses usuários tem uma identidade que os levam a relatar que se encontram como pessoas que precisam de ajuda, as experiências por eles vividas não giram em torno do adoecimento mental e sim de posturas não aceitas pelas outras pessoas. Em outras palavras, existe a dificuldade de estabelecer interações junto à sociedade, como se pode observar no discurso dos usuários 6 e 7.

O usuário (U6), 37 anos, masculino, sem religião, não entende a loucura como doença e diz: *“[...] doente? Sinto cansaço, dor de cabeça e tremura. Doido eu? Hum...Quero é mudar de nome. Tirar o que a gente não gosta e trocar por outro. Hoje eu quero chamar Anjo Gabriel. Eu quero o abecedário no meu registro. Quero ter liberdade de nomes. Ter um nome hoje, amanhã outro. Porque Pedro é alguém que não aparência, é igual água suja. E para limpar a água suja, é preciso mudar de nome. Meu pai estava bêbedo quando me registrou.* Esse relato mostra a fixação do usuário em relação à sua identidade.

Como o usuário em questão é portador de esquizofrenia no estágio residual, há evidências contínuas de doença, embora não haja sintomas psicóticos proeminentes; *“ocorre, portanto, no indivíduo a forma crônica da doença”* (TOWNSEND, 2002, p. 370), por isso, nesse estágio o usuário não vê a *“loucura”* como doença

Durante a observação participante, esse usuário chamou a atenção pela sua fixação em mudar de nome todos os dias. É coerente sempre que trata desse assunto, inclusive, pediu a presença de um advogado para esclarecer suas dúvidas em relação a isso. A P3 levou uma advogada, que ouviu atentamente seus questionamentos e informou da ilegalidade de se ter vários nomes. O U6 insistiu várias vezes em querer mudar de nome e aguarda a resposta da

advogada que se comprometeu em levar o caso ao Juiz da 1ª Vara Civil de Muriaé, mesmo sabendo que, satisfazer os anseios do U6 não será possível.

O usuário (U7), 17 anos, masculino, católico, sobre a loucura relata: “[...] *quem me trouxe pra cá foi o Conselho Tutelar. Não sei por que estou aqui. A única coisa que eu gosto é de vestir de mulher...e isso não é loucura. É homem que veste roupa de mulher. É drag-quin. Falam que quem fica aqui tem problema de cabeça. Eu não sou doido, não gosto de ficar aqui. Aqui não tem gente da minha idade. Ficam me enchendo. Ficam falando que quem gosta de vestir roupa de mulher é veado. Qual o problema de ser diferente?*”. Na verdade ficou comprovado pela observação participante que esse usuário, não apenas querer vestir-se de mulher, o mesmo apresenta comportamento inadequado, comportamento teatral, pueril e apresenta risco social devido a comportamento transgressor.

A sexualidade não se restringe apenas ao ato sexual, ela é o aspecto central da personalidade do ser humano, por meio da qual existe a relação com o outro, sendo que a motivação é a busca do prazer físico, psíquico, social e intelectual que acontece em todas as fases da vida (COSTA, 2006).

Em todas as sociedades, as expressões de sexualidade são alvo de normas morais, religiosas, científicas que vão sendo interiorizadas nas pessoas e dentro desse contexto histórico e cultural determina a forma em que o indivíduo deve vivenciar seus desejos, relações em determinado tempo e lugar (COSTA, 2006).

Cada sociedade cria condutas sexuais e morais e, o indivíduo que não se adapta a essas condutas, sofre conflitos de personalidade, com transtorno freqüentes de humor, causando sofrimento significativo e ou prejuízo no funcionamento social e ocupacional, ou ainda, em outras áreas de convívio de sua vida (BATISTA, 1995).

A loucura verdadeira assombra a imaginação do homem ocidental. É fundamentalmente identificada com a desrazão que habita o mundo. Seja essa desrazão interpretada como trágica e cósmica, isto é, como aquela que põe a loucura nos mistérios e com fins insondáveis do mundo e do humano; seja a que vê a loucura como crítica – isto é, que põe a loucura no lugar da revelação da mediocridade, da realidade das coisas. Em ambas as percepções da loucura como desrazão está presente sua oposição à razão, que se por um lado determina a exclusão do louco, por outro põe a loucura em diálogo com a razão humana, como seu outro lado obscuro, e nesse sentido, como portadora de uma verdade (PASSOS e BEATO, 2003). De fato, os usuários U4 e U5, ao serem questionados sobre o motivo de sua inclusão no CAPS e patologia, demonstraram desconhecerem a causa, não entendendo o que

os levam a agirem de forma diferente do que gostariam de ter feito e o que lhes é cobrado socialmente.

O usuário (U4), 62 anos, masculino, católico, relata que: *“a loucura é um branco que dá na gente. Peço a Deus que, em quem não dá, que nunca dá, pois é um negócio muito horrível. A gente não vê nada e quando vê já fez. A cabeça roda todinha. A mesma coisa de um bêbado. Não é doido, esse negócio que dá na gente? Pra quem sofreu e viu o que eu sofri, tem que ter medo. Não pode confiar.”*

O usuário (U5), 68 anos, masculino, católico, entende a loucura dizendo: *“eu escutava vozes, me deixava brabo, me xingava de bodinho. Ficava fazendo ‘narquia’ com aquela gente. Antão, foi por isso que eu fiquei internado.”*

Os demais usuários, apesar de não se perceberem como portadores de transtornos mentais mostram através das entrevistas, terem ciência que apresentam comportamentos fora do que a sociedade entende como comportamento padrão. Para esses usuários seus comportamentos, meios de vida, atitudes são normais. Eles se acham, *simplesmente diferentes no modo de ser.*

4.1.4 A religiosidade em pacientes psiquiátricos

Verifica-se na literatura sobre transtorno mental, que bem poucos estudos têm abordado os aspectos religiosos entre pacientes psiquiátricos no Brasil. Entretanto, a religiosidade é um aspecto comum nos portadores de esquizofrenia, demonstrada principalmente através de idéias, comportamentos, de forma exagerada ou obsessiva. As figuras simbólicas comunicam a crença religiosa do indivíduo, crença esta que aparece vezes como salvadora, vezes como punição. É assim que a grande maioria dos usuários do CAPS-Muriaé vê Deus.

No CAPS-Muriaé, dos usuários participantes da pesquisa, apenas o usuário U1 e U6 afirmam não possuírem religião, não crêem em Deus, mas como já transcrito de sua fala, o usuário (U6), 37 anos, masculino, sem religião definida, em determinados dias ele quer ser *“Anjo Gabriel”*, o que expressa um identidade religiosa. Já o usuário (U5), 68 anos, masculino, católico, mostra claramente o delírio religioso, quando diz repetidas vezes: *“sou católico, apostólico, romano [...] vou à missa, tomo água benta [...]”*.

Existem aqueles que buscam na crença uma forma de cura ou salvação, como a U1, 21 anos, feminina, espírita, afirma sempre que: *“sou católica, mas tenho ido ao centro espírita. Lá dão palestras, manda ler toda hora, entendeu? [...] tem o folheto que eles*

entregam, mas não pedem dinheiro. Vejo sempre uma santa preta, porque ela me persegue, porque na minha família, todo mundo é racista.”

O usuário (U5), 68 anos, masculino, católico, fala sempre: *“Eu benzo as pessoas com os poderes de Deus Nosso Senhor e os guias mensageiros dos pés de Deus”*. Durante a entrevista, foi perguntado: *“por que você benze?”* Ele respondeu: *“Quando eu benzo as pessoas, comigo não acontece nada não, madrinha Ana. O poder de benzer vem de Deus Nosso Senhor; eu falo assim: que Deus Nosso Senhor tire esses males, devolve esses males para a zona do mar sagrado onde não canta galo, nem galinha, não tem pinto, nem pintinho de menino”*. (repetiu essa fala quatro vezes seguida). Em estudos de pacientes com esquizofrenia, delírios religiosos estão sempre presentes existindo concomitantemente entre as crenças normais de indivíduos saudáveis e as crenças fantásticas de pacientes psicóticos. Em pacientes psicóticos, delírios religiosos são habitualmente acompanhados por outros sintomas e/ou comportamentos de doença mental, e não parecem ter nenhuma função positiva (KOENIG, 2007).

A usuária (U8), 29 anos, feminina, sem religião definida, tem história de auto-flagelação, como forma de punição. Durante a entrevista quando questionada se tem religião e o que pensa sobre isso. Ela respondeu que: *“sou católica; quando estou em crise, me falam que como fezes, fico agressiva, para mim isso é castigo de Deus, sinto a minha mente bloqueada”*.

Mucci e Dalgarrondo (2000) relataram que delírios religiosos foram um fator significativo em muitos casos de auto-mutilando, quando em exacerbação aguda na esquizofrenia, agindo de literalmente de acordo com o texto de Mateus (5:29): *“Se o teu olho direito te escandalizar, arranca-o e atira-o para longe de ti, pois te é melhor que se perca um dos teus membros do que seja todo o teu corpo lançado no inferno”*.

Diante disso, pode-se constatar uma rica multiplicidade de entendimentos sobre religiosidade e saúde mental, tanto nos transtornos mentais mais leves, como ansiedade e depressão, como para quadros mais graves, como nas psicoses, na busca por algum alívio do sofrimento, por alguma significação ao desespero que se instaura na vida de quem adoece, parece ser algo marcadamente recorrente (DALGALARRONDO, 2007).

4.1.5 A relação da família com o portador de transtorno mental

Antes de se iniciar a discussão referente à visão dos familiares sobre a patologia do usuário, vale relembrar que até bem pouco tempo, a assistência ao doente mental estava

centrada nos hospitais psiquiátricos, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos familiares e sociais e de tudo o que colocava como elemento e produto de seu conhecimento. Atualmente, a política assistencial preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental com proposta de evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares e pela inclusão dos portadores de transtorno mental. Sabe-se que a estrutura atual do CAPS II-Muriaé é ainda deficiente de prestação dos serviços aos quais os CAPS deveriam atender conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, Portaria nº 748, tanto em relação aos portadores de transtorno mental quanto aos familiares.

Durante as visitas no CAPS II-Muriaé constatou-se que os familiares procuram ajuda e suporte deste serviço, apresentando seus problemas e dificuldades (conflitos de toda ordem) sendo os mais comuns a dificuldade dos mesmos em lidarem com os surtos; culpa; pessimismo por não conseguirem ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, tanto a família, quanto o usuário; pelas dificuldades materiais da vida cotidiana; pelas complexidades do relacionamento com o doente mental; expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, ressaltando que essas, são algumas dentre tantas outras insatisfações.

Em alguns relatos dos sujeitos dessa pesquisa feitos durante a entrevista, pode-se constatar tais afirmações, como a usuária (U1), 21 anos, feminina, espírita: *“eu não combino com a minha mãe; meu pai é deus pra mim na terra e no céu, mas a minha mãe só me faz raiva, ela me bate, uma vez mexi no dinheiro dela pra comprar cigarros e ela me deu um coça de vassoura, fiquei toda roxa. Meu pai chegou e viu assim, me levou pro hospital e bateu chapa do corpo inteiro pra ver se tinha algum hematoma grave, aí ela começou a chorar e pedir desculpas, eu fiz ocorrência policial dela no hospital”*.

Foi perguntado a ela sobre a relação com os irmãos e ela respondeu: *“o meu irmão (B1) é muito bonzinho, é uma gracinha, trabalha de auxiliar de cozinha pro meu cunhado, tem o dinheiro dele e não briga com ninguém [...] o irmão (B2) puxa briga com todo mundo, a gente ta quieta ele vem e começa atentar a gente. O B1 dava muito mais trabalho que o B2³⁰. Agora, depois que o B2 ficou doente, minha mãe não quer que ele interna. Diz que ele é muito novo”*.

³⁰ B1 e B2 são irmãos da U1, mas, usou-se essa nomenclatura para preservar suas identidades. Assim, sempre que se referir aos irmãos da U1 será usado essa identificação.

O irmão (B2) da usuária (U1), também sofre de transtornos mentais. Eis aí o retrato do convívio familiar dos usuários do CAPS-Muriaé. Geralmente esses conflitos são frequentes nas residências. Outro fator conflitante percebido nas residências foi a respeito da renda (auxílio doença) dos usuários. Eles recebem o auxílio, mas habitualmente alguém recebe por eles e, dificilmente quem recebe usa de maneira correta o benefício, ou seja, em prol do beneficiado. Os usuários são considerados pelos familiares como incapazes para administrar o benefício, por isso, algum representante (pai, mãe, avó ou avô ou até mesmo um estranho) recebe mensalmente e desviam para outros fins. Na verdade, o usuário é o menos beneficiado, mesmo tendo necessidades específicas, como a compra de roupas, alimento entre outros, ficando refém daquele que recebe o benefício em todos os aspectos.

Vale ressaltar que, de acordo com o Código Civil brasileiro (art. 3º), *são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: I – os menores de 16 (dezesseis anos); II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.* No entanto o mesmo código determina em seu art. 4º: *são incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de exercê-los: I – os maiores de 16 (dezesseis) anos e menores de 18 (dezoito); II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo e, IV – os pródigos.*

Legalmente, para a validade dos atos civis, os relativamente incapazes deveriam ser assistidos por seus pais, curadores ou tutores, que são os representantes legais, em ambos os casos, ou seja, os absolutamente incapazes e os relativamente incapazes. Durante a pesquisa, observou-se que no CAPS existem usuários que são totalmente incapazes (U5, U6, U7, U8, U9 e U10) e os demais são relativamente incapazes.

Tudo isso mantém os usuários cada vez mais distante de uma possível “cura” ou até mesmo de ressocialização, pois na perspectiva de abordagem da reabilitação psicossocial, como é finalidade do CAPS, “a doença não reside, isolada e culpabilizante, dentro do sujeito, mas no território virtual que é a interação entre os membros das famílias”, o que não significa que a família deva ocupar o lugar de culpada ou vítima. Nessa abordagem, a família deverá ser incluída na condição de protagonista do cuidado reabilitador (COLVERO *et al.*, 2004). Ao contrário disso, as famílias, pelo menos as que foram visitadas, desempenham o papel de geradoras de conflitos, deixam claras as diferenças e demonstram a impaciência, a indiferença e a intolerância com os portadores de doença mental. De fato, não é tarefa fácil, mas ao contrário do que se espera, os ambientes são sempre sujos, com superlotação, sem infra-

estrutura, insalubres tanto na saúde física, como mental, sempre conflituosos e difícil convivência.

Assim sendo, por meio dos relatos dos usuários e visitas aos familiares, pôde-se apreender o conhecimento gerado pelo senso comum às famílias, ou seja, um “saber social” que é construído pelo envolvimento das dimensões cognitivas, simbólicas e imaginativas que tem uma singularidade decorrente da estrutura dessas famílias e do convívio social que lhes dá sustentação. Compreendeu-se, então, alguns fatores (biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e institucional) que constituem em si, um campo estruturado e estruturante de significação às representações que os diferentes atores sociais construíram sobre o binômio saúde-doença mental.

4.1.6 Influência do meio ambiente em usuário portadores de transtorno mental

Atualmente o CAPS II está localizado na Av. Getúlio Vargas, bairro residencial, com infra-estrutura, ou seja, ruas pavimentadas com asfalto, lojas, padaria, farmácia entre outros. No entanto, o espaço é pequeno, o imóvel é antigo, com estrutura adaptada de forma não-funcional, em relação às antigas instalações. No atual imóvel, não tem espaço suficiente para circulação dos usuários, e para desenvolver satisfatoriamente oficinas de trabalhos manuais. Os consultórios são pequenos e em números insuficientes, banheiros também adaptados e não tem espaço externo que possa servir de área de lazer.

Apesar de toda a deficiência em relação a espaço físico, número de profissionais habilitados para o trabalho, estrutura física, instrumentalização, todos os usuários referiram ao CAPS durante as entrevistas, não como uma instituição de assistência, mas como uma segunda casa, pois lá eles se sentem melhor do que em suas moradias. Lá eles comem, mesmo sendo uma comida sem acompanhamento nutricional, tomam banho, são bem atendidos, se sentem seguros. Disseram até que no CAPS eles têm liberdade.

De acordo com a usuária (U3), 26 anos, feminina, católica, *“nos fins de semana é um inferno”*. Perguntado por que, ela respondeu: *“me sinto mais solta, feliz e amada aqui. É no CAPS que estão meus amigos, é onde me sinto segura, vejo os filmes que eu quero, porque na minha casa não tem DVD.”*

A usuária (U8), 29 anos, feminina, sem religião, relatou que: *“me sinto feliz aqui dentro. Tenho medo da vida. Em casa não saio desse sofrimento. Não posso ficar sozinha, porque, sozinha, entra bubiça na cabeça. Então, eu sempre quero ficar assim, aqui, brincando com um, com outro”*.

A usuária (U2), 49 anos, feminina, espírita, relatou que, *“aqui no CAPS, desligo dos meus problemas. Gasto energia, não me sinto tão sozinha”*.

O usuário (U4), 62 anos, masculino, católico, também relatou que: *“não sei o que a minha colega quer mais, porque aqui a gente tem comida, remédio, lugar pra tomar banho, tem perfume, sabonete, desodorante, faz a barba da gente, corta o cabelo e escuta a gente. Em casa não tem nada disso.”*

Reiterando o que foi dito anteriormente, o CAPS-Muriaé é deficiente em vários pontos, mas para os usuários que efetivamente não tem nada, é muito, o pouco que se pode oferecer. Porém, o mais interessante é que todos, de maneira geral citam o acolhimento, como uma dos aspectos mais importantes para eles.

De acordo com o usuário (U9), 51 anos, masculino, católico, em sua fala durante a entrevista, *“no CAPS é melhor que na minha casa, lá é no morro e feia, porque é suja, só tem barranco vermelho”*.

O usuário (U4), 62 anos, masculino, católico, diz que *“no CAPS me sinto melhor, porque na minha casa, lá eu não tenho liberdade, muito parado e é no morro e é feia. Aqui eu gosto mais.”*

O usuário (U5), 68 anos, masculino, católico, diz que: *“eu gosto de ficar no CAPS, a gente toma banho, come, a madrinha conversa com a gente. É por isso que eu gosto de ficar mais aqui do que na casa, lá eu não gosto.”*

A grande maioria demonstra que prefere ficar no CAPS do que na própria casa. De fato, as condições gerais das moradias dos usuários não são boas e não oferece ambiente propício a eles, pois, geralmente, são famílias com problemas de relacionamento, maus tratos, falta de higiene entre outros fatores que tendem a piorar o estado mental dos usuários, quando deveria ser o contrário. As famílias deveriam oferecer o mínimo necessário, principalmente em se tratando de relacionamento familiar.

Com relação à estrutura física do CAPS, mesmo tendo deficiência nas instalações instrumentalização, espaço físico para os usuários tudo é muito bom, uma vez que em suas moradias as condições piores, conforme relatado por eles nas entrevistas e detectado durante as visitas domiciliares.

O usuário (U10), 39 anos, feminina, católica, em sua fala, de maneira diferente, também relata as condições inadequadas de sua moradia: *“na minha casa tomo banho no terreiro, no córrego”*. Na visita domiciliar foi constatado que a água desse córrego não oferece condições de uso, nem para banho, pois o esgoto deságua no mesmo.

O usuário (U7), 17 anos, masculino, católico, também relata a falta de condições de higiene e habitação saudável na sua moradia. *“Na minha casa é um amontoado de gente. Não tenho liberdade pra nada. Até para usar o banheiro é difícil, por que é do lado de fora da casa, é um banheiro pra todas as casas da vila, onde moram meus parentes. Minha casa é pequena, feia, escura, triste e eu não gosto de lá”*.

Diante disso, faz-se necessária a implantação de estratégias que contemplem não somente uma permanente articulação entre os próprios serviços instaurados pelas políticas públicas de saúde, mas também políticas públicas que garantam moradia, lazer, educação, segurança, trabalho, enfim, os direitos sociais determinados pela Constituição Federal de 1988, no art. 6º: *“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”*.

De acordo com Amarante (2003), a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) compreendendo a importância dos aspectos ambientais teve como uma de suas primeiras iniciativas a constituição de uma comissão de salubridade, voltada para investigação dos diversos aspectos do cotidiano na cidade. Dessa forma foi realizado um diagnóstico sanitário das instituições de atendimento de pacientes com transtornos mentais na cidade do Rio de Janeiro. O trabalho dessa comissão constatou as precárias condições desses pacientes na cidade fossem, nos hospitais, prisões, ruas e dentro da própria família. Pela primeira vez houve uma reivindicação para a criação de um asilo de alienados.

Verificou-se, portanto, nas residências dos usuários deficiências de saneamento básico, infra-estrutura, higienização, aglomeração de pessoas em um mesmo espaço físico e sobrevivência precária que culminam nas condições de miserabilidade. Além de não favorecer a saúde levam cada vez mais as pessoas a adquirirem patologias, dentre as quais os transtornos mentais. Um ambiente desprovido de condições dignas não vem de encontro às premissas necessárias para a inserção do indivíduo e nem os leva a adquirir o direito à saúde, visto que saúde é um bem estar que não pode ser limitado a algum aspecto da vida do ser humano. A realidade dos usuários do CAPS-Muriaé revela que, esses aspectos não se encontram fortalecidos na política de saúde e nem na maioria daqueles que cuidam.

4.2 Perfil dos profissionais do CAPS-Muriaé

Os funcionários do CAPS, atualmente, são servidores do município, contratados ou concursados, em número insuficiente, sem capacitação/especialização. O que se observou

durante a pesquisa, foi que os funcionários do dia-a-dia, como atendente, técnico de enfermagem foram remanejados, mas não preparados para exercer as funções inerentes aos cargos. Observou-se também que a partir de fevereiro de 2008, não tem assistente social, tem uma psicóloga, que é coordenadora, um médico psiquiatra, um médico clínico e uma enfermeira.

Para trabalhar no CAPS II-Muriaé, não existe nenhuma restrição de gênero para o profissional da saúde. Entretanto, há exigência com relação à idade, respeitando os critérios legais da maior-idade, que segundo o Código Civil brasileiro (art. 5º), a menor-idade cessa aos 18 (dezoito) anos de idade.

A especialidade é exigida apenas para o médico-psiquiatra. Psicólogo, enfermeiro e assistente social, basta a graduação. Quanto aos demais, o 2º grau completo é o bastante para ocuparem as funções de atendentes e serviços gerais. Técnico em enfermagem deve ter a capacitação correspondente ao cargo, ou seja, ter cursado uma escola técnica reconhecida pelo Conselho Regional de Enfermagem.

Para Armelin e Scattena (2000) as funções de atendente, serviços gerais e auxiliar de enfermagem não precisam realmente de uma especialização, nem tão pouco, graduação ou pós-graduação. Basta que se tenha consciência que aquele usuário também é um ser humano e carece das mesmas coisas que as pessoas ditas normais. Isso porque todas as formas de apoio se relacionam e se direcionam para o bem-estar emocional das pessoas, passando confiança e sensação de conforto e, dessa forma, fazendo com que o paciente e toda a equipe de trabalho sintam-se emocionalmente apoiada. Apesar dos autores se referirem a auxiliar de enfermagem o CAPS possui apenas técnicos de enfermagem conforme orientação do COREN a partir de 2007. De acordo com as orientações todas as unidades de saúde não podem mais contratar auxiliares de enfermagem, entretanto, as unidades de saúde que já possuíam em seu quadro funcional auxiliares de enfermagem podem mantê-los.

Tal entendimento é confirmado pela fala do profissional (P5), 42 anos, feminina, monitora de oficina: *“Precisamos de espaços que não sejam os corredores, mas que a gente possa cuidar da própria equipe, pois conviver com a psicose é uma coisa muito complicada, que mobiliza muito inteiramente, uma coisa é falar que não está dando conta, outra é perceber e entender o porquê não está dando conta e não poder falar, não poder compartilhar e impedir sobre isso o próprio crescimento e dar margem ao próprio adoecimento; não há nenhuma barreira entre nós e o paciente é como estivéssemos na praia só de sunga ao lado do paciente. O paciente psicótico precisa de uma estrutura maleável e isto é muito desgastante. Nós não ganhamos porque temos valor, temos porque ganhamos.*

Nossa tarefa é lidar com a subjetividade e, isso exige muito do profissional, fazer uma operação de estômago e o paciente logo tem alta e vai embora. Nós deparamos cotidianamente com a nossa impotência.”

O apoio emocional é uma forma de ajuda, é compreender aquelas atividades e comportamentos executados pelo enfermeiro, cujo objetivo é o oferecimento de conforto e promoção da saúde. Para Benjamin (1996), esse apoio apresenta pelo menos três parâmetros: físico, social e emocional.

4.2.1 Significado do trabalho e sua influência na vida pessoal

É consenso entre os profissionais do CAPS-Muriaé que as atividades desenvolvidas por eles são prazerosas apesar do desgaste.

Na entrevista, ao ser perguntado aos profissionais se trabalhar no CAPS mudou sua percepção sobre a vida particular/social, de modo geral relataram que de alguma maneira a convivência com os usuários do CAPS modificou suas vidas, seja pela ampliação da visão sobre os seres humanos, seja pela forma de encarar a vida em situações de difícil solução, seja pela melhora da relação com a família ou até mesmo seus vizinhos.

Isso pode ser comprovado pelas falas como, por exemplo, profissional (P4), 43 anos, masculino, técnico de enfermagem: *“a minha vida particular mudou, depois que comecei a trabalhar no CAPS onde convivemos com pessoas totalmente carentes. Através dessa convivência diária, o meu comportamento em relação às pessoas mudou para melhor. Aqui no CAPS é diferente do hospital onde trabalho há 20 (vinte) anos; convivemos com pessoas que são segregados das famílias, outros vivem na rua, a diferença está aí, eu me apeguei mais aos usuários. É mais prazeroso, pois me sinto útil e vejo que os usuários me reconhecem assim, pelo que vejo e pelo que faz a equipe toda. A gente faz com prazer, não é só pelo salário, às vezes fazemos até o que não nós é permitido somente para ajudar os usuários, pois sabemos o quanto necessitam”*. Profissional (P2), 28 anos, feminina, psicóloga, completa dizendo que o trabalho significa para ele: *“é um exemplo de vida, tenho colhido coisas boas, amizades, as visitas nas casas dos usuários, eles se apegam também a gente, respeitam, é uma convivência que não tem como explicar”*.

Para o profissional (P1), 51 anos, masculino, médico-psiquiatra: *“trabalhar no CAPS me aproximou mais, me tornou ... assim mais família, entender a relação familiar, fazer parte da relação familiar, eu acho que nesse sentido aí eu diria que sim, no mais foi só um continuação do que eu já fazia no ambulatório, não mudou muito”*. E continuou dizendo que:

“difícil dizer que esse convívio diário com transtorno mental, porque meu exercício são 30 (trinta) anos dentro da saúde mental, o que eu acho que mudou foi ter ficado mais próximo numa convivência mais intensa, porque no CAPS a gente convive mais tempo com o usuário”.

Talvez esse consenso se deva pelo fato de os usuários serem carentes na acepção da palavra, uma vez que 95% deles vivem em condições subumanas, ou seja, em péssimas condições de moradia, até mesmo nas ruas, pela falta de apoio familiar, inclusive em total abandono, pelas variadas maneiras de convívio com a violência, seja doméstica ou familiar. Talvez por isso os profissionais passem a refletir mais sobre suas próprias vidas, filhos, pais, amigos e nas relações diárias.

4.2.2 Percepção dos profissionais do CAPS II em relação aos transtornos mentais dos usuários

Ao buscar a definição de “loucura” nas falas dos profissionais do CAPS-Muriaé, observou-se uma multiplicidade de percepção devido a múltiplos fatores: contexto social, meio ambiente, cultura e até mesmo a formação acadêmica e os caminhos buscados ao longo de sua atividade profissional. Um consenso sobre essa definição foi em relação aos usuários em momentos de surto, nesses casos todos acreditam que a loucura é uma patologia.

Observou-se que a visão holística em relação ao usuário do CAPS-Muriaé não é uma constante. Os profissionais de menor nível de escolaridade encontram-se ainda atados a uma visão de doença no sentido orgânico de corpo, como se esta pudesse ser dissociada do contexto social, cultural e ambiental. Todavia, pôde-se perceber durante a pesquisa que existe a busca por uma prática voltada para as relações de quem trata e de quem é tratado, onde não existe a clínica sem a interação usuário/aquele que cuida/doença/equilíbrio. Estabelece-se nesse contexto, um paradoxo, uma vez que, principalmente no campo do transtorno mental não se pode vincular diretamente a doença a questões puramente orgânicas. A visão correta deve privilegiar um olhar socioambiental em relação ao usuário, envolvendo todos os contextos de vida possíveis que o usuário traz consigo.

Apesar de não haver consenso em relação à definição de loucura, visto que a mesma apresenta conotações diferentes e em níveis diversos, para os profissionais de saúde do CAPS-Muriaé, os usuários, quando estão fora das crises são vistos como “*peças normais*”.

Algumas falas obtidas durante a pesquisa, desses profissionais em relação à loucura, são interessantes, vêm reforçar as observações mencionadas acima, por exemplo, profissional (P2), 28 anos, feminina, psicóloga, está no CAPS desde 2006. Ela entende a loucura “*como*

algo biopsicossocial, porque ela é influenciada por três fatores: biológico, porque mesmo não sabendo em qual gên. se encontra a esquizofrenia, ou o transtorno de humor, algo existe no organismo, porque senão o medicamento não faria efeito, então entendo a loucura como algo biológico, algo que vem do corpo, da organicidade, até existem hoje, psicólogas orgânicas que entendem que a loucura é algo que foi provocado, ou pelo uso excessivo de drogas, de álcool, ou por um tumor, existem várias explicações, mas acho que nenhuma comprovação, apenas teorias. O fator social influencia e interfere porque o contexto da loucura tem que ser encarado no ambiente que ele está vivendo, na sociedade que ele pertence, na cultura que ele pertence, no meio religioso que ele está inserido, então a gente pensa que a cultura ocidental, diferente da cultura oriental, o ambiente social diferente de cada família, porque existe esquizofrênico dentro das famílias estruturadas que as vezes ficam num quadro muito mais grave do que de uma família que é muito estruturada em um nível socioeconômico muito inferior, então esses questionamentos sociais que a gente faz com relação a loucura; fator psicológico, atendo um doente mental, não estou só preocupado com o fator psicológico, atendo muito mais ao contexto social, do que propriamente ao psicológico e o orgânico, no momento da entrevista preliminar.

O profissional (P6), 56 anos, feminina, auxiliar de serviços gerais, vê a “loucura” de maneira muito singela, percebida durante a entrevista: *“é difícil explicar, quando os pacientes entram em crise, só sei que fico muito triste, é uma doença que não tem cura. Sinto que existe falta de humanidade, compreensão, principalmente familiar e social. As pessoas os vêem como bichos, se falar que é paciente do CAPS eles correm, nem querem chegar perto [...] eu na verdade os vejo como pessoas normais, sei que eles têm seus problemas, mas para mim são normais. Eu penso em ajudá-los em tudo que eles precisam, pois o que a gente faz é pouco, mas não depende só de mim ou da equipe, depende de tantas outras coisas. Eu hoje aqui no CAPS, me sinto incapaz diante da carência deles, mas com toda essa carência, eles nos ensinam muitas coisas. Só quem convive com eles no dia-a-dia sabe o que é isso aqui.”*

Observa-se dessa forma, que o entendimento desses profissionais é mais uma busca de compreender as várias facetas do ser humano e o seu compromisso pessoal com o mesmo, não podendo, portanto estabelecer uma definição mais exata, além do fato de que o indivíduo e as ciências estão em constante evolução. Entretanto, existe uma tendência em aceitar a “loucura” dentro de um nível de normalidade, salvo em situações específicas (surto), ou seja, em situações que exigem intervenção medicamentosa ou internação em hospitais manicomialis, que, aliás, ainda existem para atenderem determinados pacientes, considerados graves ou crônicos.

Para a profissional (P3), 49 anos, feminina, enfermeira, a “loucura” não tira da pessoa as suas virtudes, e que devemos trazê-las para a convivência e não a “doença” com o objetivo de darmos condição de reinserção social, respeitando as diferenças, levando em conta que a concepção de loucura está mais nos olhos de quem vê e que a mesma procura vê-los como pessoas que necessitam ser assistidos como qualquer outro usuário. “Portanto a “loucura” é a diferença que precisa ser compreendida, aceita e principalmente respeitada, nada pode tirar das pessoas a possibilidade de ser feliz. Não devemos nos apropriar de seus mundos e querer modificá-los”.

Rodrigues (2004), com vistas à utilização da enfermagem na psiquiatria, entende que existem cinco pontos-chaves para cuidar dos doentes mentais: *o primeiro* deles é transmitir ao outro que os enfermeiros são merecedores de sua confiança, que estão seguros; *o segundo* é expressar sem ambigüidades, ou seja, o enfermeiro deve agir de maneira transparente e se mostrar de maneira verdadeira; *o terceiro* demonstrar sentimentos positivos para com o outro, no caso dele, para os doentes mentais. Esses sentimentos são afeição, interesse, respeito e atenção, respeitando suas singularidades; *o quarto* o enfermeiro deve se mostrar sempre forte o suficiente para enfrentar qualquer situação, até mesmo as situações de riscos, como por exemplo, enfrentar as agressões dos doentes mentais em momentos de surto; *o quinto* é permitir ao outro ser independente, pois, no CAPS, em se tratando de doentes com esquizofrenia em diversos níveis, o enfermeiro não deve impor ao doente a sua vontade e, sim, mostrar-lhes como determinada coisa ou situação pode ser bom para ele, como por exemplo, trabalhos manuais, terapias de grupo.

Já Rogers (1982) faz um alerta quanto ao juízo de valor, para que o enfermeiro não o faça, sem antes ter um conhecimento do doente, na sua totalidade, deixar que ele reconheça dentro de seus limites que ele está no CAPS para ser ajudado, ou seja, deixar que ele, por si só, descubra suas responsabilidades, seus limites e sua importância.

Sabe-se que essa leitura que os autores, Rogers (1982) e Rodrigues (2004) fazem, não é tarefa fácil, inclusive, é utópico, uma vez que se fala em doentes mentais, subentendidamente, sujeitos incapazes. Entretanto, se forem visto como seres humanos, possivelmente, alguns deles conseguirão atingir o esperado, ou seja, conseguirão superar suas limitações como seres humanos subjugados. Por outro lado, se os CAPS forem instrumentalizados, equipados e contar com uma equipe capacitada, nada obsta que se consiga de fato, a progressão clínica de pelo menos grande parte dos usuários.

Vale ressaltar que atualmente, com a nova política do tratamento de doença mental sem asilamento manicomial, os profissionais de saúde que atuam nos CAPS, em particular no

CAPS-Muriaé, têm buscado exercer suas funções de maneira mais humanizada, onde o foco principal é o ser humano e não a doença.

4.2.3 Percepção dos profissionais sobre o usuário do CAPS II

De modo geral, os profissionais no período de observação (2007-2008), vêem os usuários apenas como pessoas com um determinado grau de desequilíbrio e, que isso é temporário. A convivência social com eles busca integrá-los de alguma forma na dinâmica da instituição. Buscam também uma identidade social para estreitar ligações, pois acreditam que quanto mais forte for esse laço os usuários se sentiram apoiados evitando crises e conseqüentemente internações. Assim, a visão que os profissionais do CAPS-Muriaé têm a respeito do doente mental está baseada na diferença, em algo que ultrapasse o convencional e ou regras sociais.

De acordo com a fala da profissional (P5), 42 anos, feminina, monitora de oficina, “*o doente mental é muito fofo. Eu os acho lindos. É tudo que o ser humano precisa ser: puro de coração, sincero, amigos ao extremo, perfeitos. São Deus, humanamente presente. Por causa da pureza, carinho, eles com toda a loucura sabem nos ouvir, coisas que os que se dizem normais, não sabem fazer. Ouvem-nos, nos acolhem e até silenciosamente nos dão respostas.*”

Na visão do profissional (P1), 51 anos, masculino, médico-psiquiatra, “*conviver é uma condição necessária. É ela que ensina, é ela que transforma. Nesse tanto, eu diria que é importante, mas diria que é um exercício difícil, mas vale à pena. Mas, reconheço que o meu trabalho como me ajudou a melhorar na convivência e ao mesmo tempo recebi muito. Por isso, entendo a loucura sob o ponto de vista médico, como uma enfermidade, mas aí, vamos entender a loucura tecnicamente e vamos compreender a pessoa na singularidade, cada pessoa é única e a enfermidade por si só.*”

Diante de todos os relatos, tanto dos profissionais, como dos usuários, observou-se que esse convívio que todos falam, é uma relação de ajuda. Mas especificamente sobre os funcionários, essa relação de ajuda deve ser entendida como aquela em que se procura promover no outro o crescimento, o desenvolvimento e a maturidade, sempre objetivando um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar quaisquer situações no CAPS-Muriaé, pois essa relação de ajuda que se estabelece entre funcionários e usuários devem ser submetidos à prova da experiência de cada um, para que se possam formar hipóteses pessoais que possam ser utilizadas num futuro próximo (ROGERS, 1982).

5 CONCLUSÃO

A reforma psiquiátrica não se encontra legitimada no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II-Muriaé.

As condições do CAPS II-Muriaé em relação ao espaço físico, infra-estrutura e pessoal apresentam-se deficientes, não contribuindo para o cumprimento do papel preconizado para o CAPS, como lugar de referência para tratamento de portadores de transtornos mentais, pelo acesso ao trabalho, lazer, dinâmicas familiares e atividades laborativas.

Existe um distanciamento entre o discurso e a prática, indicando diferentes modos de lidar com a questão da “loucura” por parte dos profissionais, gestores e famílias. Os usuários não estão inseridos na dinâmica da comunidade, família, associações de qualquer classe e até do próprio CAPS.

Não existem estratégias concretas que possibilitam a reintegração dos usuários ao convívio da família, da comunidade e do próprio CAPS, existindo apenas uma tentativa de evitar a internação desses usuários. A conduta clínica adotada hoje no CAPS II-Muriaé é a medicalização, a retenção desses usuários, acolhimento e assistência. O modelo de CAPS hoje existente na cidade de Muriaé encontra-se como via entre o hospital e o usuário.

As atividades laborativas se restringem a poucos usuários que desenvolvem trabalhos ligados a limpeza e atendimento de telefone, sem nenhum critério. As oficinas terapêuticas se resumem em tapeçaria, bordado e desenho. Os jogos lúdicos assumem um simples caráter de distração, com as práticas de dama, dominó e baralho, sendo que em nenhuma dessas atividades são planejadas e adequadas a cada caso, ficando a cargo do usuário a escolha da atividade a ser desenvolvida ou até mesmo a opção de não participação em nenhuma delas.

O CAPS não se encontra capacitado em termos espaciais e número de profissionais, como também na capacitação dos mesmos, com os usuários não conseguindo serem atendidos em sua integralidade, gerando internações em hospitais psiquiátricos, como na Clínica São José na cidade de Leopoldina, distante 60 km de Muriaé.

Há um consenso, entre os funcionários de que os transtornos mentais encontram-se presentes em momentos de surto, quando são vistos como uma patologia. Porém, quando os usuários estão fora dos momentos de surto, são vistos como normais, apesar de apresentarem comportamentos fora dos padrões exigidos pela sociedade.

A percepção dos usuários é positiva em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS-Muriaé; chegando a referir a este como sua segunda casa às vezes até como a primeira.

A “loucura” continua ainda hoje como um enigma que desperta uma variedade de sentimentos concepções e buscas, onde o homem se limita apenas a buscar uma compreensão ainda tão difícil de alcançar.

A essência do homem pode ser descrita a partir do conteúdo humano de sua vida, portanto mudá-la é negá-lo como homem, único, singular.

A loucura faz parte do imaginário do homem, pois o torna livre:

“... Louco eu? Sou apenas diferente.” (Usuário 7)

“De perto ninguém é normal.” (Caetano Veloso)

“Dizem que sou louco por pensar assim...” (Mutantes)

6 SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Diante do exposto, a efetivação da reforma psiquiátrica, torna-se necessário, a construção de uma rede de atendimento aos portadores de transtornos mentais, onde pressupõe um eixo: diagnóstico precoce, acolhimento, criação de vínculos locais e acessíveis, apoio medicamentoso, relação terapêutica, ante as diversas necessidades destes usuários.

As funções desses dispositivos seriam dar suporte ininterrupto, evitando que fatores externos afetem o equilíbrio alcançado. É necessária a criação de uma política de desmistificação da loucura, aonde a “loucura” viria a ser uma diferença compreendida pela sociedade, como qualquer patologia que necessita de ser tratada.

Dentro do propósito da percepção do cuidar, necessário se faz a implantação de um modelo de programa em saúde mental no município de Muriaé mais adequado à sua necessidade, priorizando o núcleo familiar. Para a efetivação da política do CAPS, seria necessária a implantação de uma rede de assistência que integrasse os seguintes dispositivos: o PSF tendo no núcleo familiar seu foco de atenção, dentro da sua realidade local, o que possibilita vislumbrar o homem, seu contexto familiar e social, meio ambiente, fatores de riscos, qualidade de vida, equipe multidisciplinar, convívio direto sendo regionalizado. Com isso poderia detectar quaisquer transtornos precocemente, favorecendo o contato entre a familiar, o usuário e o CAPS, promoção de continuidade do tratamento (como uso regular de medicações, comparecimento ao CAPS), sensibilização da família frente às necessidades individuais deste cliente, apoio psicológico no intuito de manter a unidade familiar, escuta, enfim seria a porta de entrada e intercâmbio; associação de familiares, promovida em conjunto pelo PSF e CAPS como forma coletiva de solidariedade e de ajuda mútua; o CAPS por sua vez deveria ter uma infra-estrutura física capaz de se fazer cumprir as ações preconizadas em sua portaria, além de promover cursos capacitação para os funcionários de modo a poderem planejar e executar ações que levem à ressocialização dos usuários; residência terapêutica onde seriam acolhidos os usuários dos CAPS que não tem laço familiar

e aqueles em que a família os abandona; unidade terapêutica em hospital geral visando o atendimento durante os surtos evitando internações.

Na busca da concretização da inversão do assistir é necessário uma ação conjunta respeitando os princípios básicos de reorientação do modelo assistencial, onde sejam privilegiados a atenção biopsicossocial, participação e controle dos usuários, sendo capaz de manter a integração, operacionalização das estratégias de promoção, prevenção, tratamento, reinserção social, sendo preciso para isto estarmos nós profissionais num constante processo de ensinar/aprender. Portanto, as políticas públicas só serão relevantes quando as visões dos profissionais estiverem cada vez mais voltadas para o homem e não a doença, sem esquecer que a família funciona como base, onde ele está inserido.

Nesta perspectiva os profissionais envolvidos no cumprimento destas ações deverão ter a coragem e vontade de trabalhar diretamente com a “loucura” e com o “sofrimento”, visto que a reforma psiquiátrica está longe de apresentar mudanças significativas na vida desses usuários. O estigma da “loucura” ainda permanece enraizado em nosso meio, fazendo dos portadores de transtornos mentais reféns da discriminação social. Necessário se faz que toda equipe esteja sensibilizada, motivada a defender o verdadeiro papel destes, que é o de cidadão, devendo ser respeitado dentro de suas singularidades.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (org.) **A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

_____. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. Cadernos de Saúde Pública**, 11 (3): 491-494, 1995.

_____. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1998.

_____. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, P.; FREIRE, F.H.; OLIVEIRA, F.M. de.; BRITTO, R.; MARCHEWKA, T.M.N. **Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil: a regulamentação das internações involuntárias como estratégia de proteção da cidadania e dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais**. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

AMARAL, A. **A Enfermagem psiquiátrica na realidade brasileira: desafio entre o saber e o fazer**. Rio de Janeiro, 1990. 141p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ana Nery, UFRJ. *In*: VILLA, E.A.; CADETE, M.M.M. **Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. Revista Latino America de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 13-19, dezembro 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 1994. *In*: TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica**. Conceitos de cuidados. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ARENDT, H. **Crises da república**. [Trad. José Volkmann]. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **A condição humana**. (Trad. Roberto Raposo) 5.ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

ARISTÓTELES. **A Política**. São Paulo: Martin Claret, 2001.

_____. **Ética a Nicômaco**. (Trad. Mário da Gama Kury). 2ed., Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1992.

ARMELIN, M.V.A.; SCATENA, M.C.M.. A importância do apoio emocional à pessoas hospitalizadas: o discurso da leitura. **Revista Técnica de Enfermagem** nº 31 – dezembro de 2000 – Ano 3. pp.22-25.

ARRETCHE, M.T.S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **Boletim Informativo Bibliográfico (BIB)**, n 39, 1º sem., pp. 03-40, Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ANPOCS, 1995.

AZAMBUZA, D. **Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Globo, 2002.

BARBOSA, M.L.O.; QUINTANEIRO, T.M.W. *In*: **Um toque de clássico**. 2 ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. pp. 107-154.

BARBOSA, W.A. **Dicionário Histórico-Geográfico de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Ed. Gov. de Minas Gerais, 2004.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

BARROS, D.D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp/Lemos, 1994. 155p.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BATISTA, D. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

BÍBLIA SAGRADA. **Mateus 5:29**. [Tradução dos originais pelo Centro Bíblico Católico]. São Paulo: Edição Claretiana, 1996. p. 1.289.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. [Trad. Carlos Nelson Coutinho]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. **Estado, Governo, Sociedade**. Para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

BRAGA, V.A.B.; SILVA, G.B. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Recife: a realidade que se esboça. **Revista Latino America de Enfermagem**. Ribeirão Preto - v. 8 - n. 1 - p. 13-21 - janeiro 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF, 10 de outubro de 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 196/96**, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. 1996a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. Norma Operacional Básica. **NOB-96**, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. **Portaria n. 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria n. 305**, de 03 de maio de 2002. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Resolução n. 50**, de 21 de fevereiro de 2002. ANVISA, Brasília, 2002.

_____. **Resolução n. 50**, de 05 de agosto de 1993. Conselho Nacional de Meio Ambiente, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília; 2004.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Área da unidade territorial (km²)**. Brasília, 2007.

_____. **Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental**. Brasília, 2001.

- BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, 15 (Sup.): 177-185, 1999.
- CAMARGO, L.G.F. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- CAMPOS, R.P. Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. *In: Cad. Saúde Pública* v.23 n.5 Rio de Janeiro, Maio 2007.
- CARVALHO, A. *et al.* **Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Editora UFMG/PROEX, 2002.
- CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COSTA, J.F. Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. *In: Clínica do social*. São Paulo: Escuta, 1991.
- COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. **Inovação na Organização e Gestão do Setor Saúde**. Rio Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1997.
- CHARDIN, T. **O fenômeno humano**. [Trad. José Luiz Archanjo]. 14 ed., São Paulo: Cultrix, 1995.
- COHN, A. & ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo, Cortez Editora, 1996.
- COLLET. *Vie de Saint Vicent de Paul*, [1818], I. *In: FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica*. 8 ed., São Paulo: Perspectiva, 2005.
- COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 38(2):197-205, 2004.
- COSTA, J.F. A sexualidade na vida humana. *In: Saúde e prevenção nas escolas*. Guia para a formação de profissionais de saúde e educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CUNHA, E.P.; CUNHA, E.S.M. Políticas públicas sociais. *In: CARVALHO, Alysson et al. Políticas Públicas*. Belo Horizonte: Editora UFMG/PROEX, 2002.
- CUTTING, J. *The psychology of schizophrenia*. New York: Churchill Livingstone, 1985. *In: TOWNSEND, M.C. Enfermagem Psiquiátrica*. Conceitos de cuidados. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.34 supl.1 São Paulo 2007.

- DAUD, N.J. **Desafios na atenção a saúde mental**. Maringá: Editora da Universidade de Maringá, 2002.
- DECLARAÇÃO de Caracas. *In*: GONZÁLEZ UZCÁTEQUI, R.; LEVAV, I. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Washington: Organização Panamericana da Saúde, 1991. p. 13-16.
- DEGENNSZAJH, R.R. Desafios da gestão democrática das políticas sociais. *In*: _____. Capacitação em serviço social e política social. Brasília: UnB/CEAD, 2000.
- DESVIAT, M.A. **Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DRAIBE, S. & HENRIQUE, W. *Welfare State*, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. *In*: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.3, n.6. ANPOCS, pp. 13-60, 1988.
- DURKEIM, É. **As formas elementares da vida religiosa**: o sistema totêmico na Austrália. (Trad. Joaquim Pereira Neto). São Paulo: Edições Paulinas, 1989.
- ENCICLOPÉDIA LIVRE [online] Disponível em www.pt.wikipedia.org, acesso em 15 de maio de 2008.
- ESPING-ANDERSEN, G. O futuro da *welfare state* na nova ordem mundial. n. 35, 1995. *In*: SALGADO, Gilberto Barbosa (org.). **Cultura e Instituições Sociais**. Juiz de Fora: UFJF, 2006.
- ESPINOSA, A.F. **Guias práticos de enfermagem**: psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora McGraw Hill Interamericana do Brasil, 2000.
- FARIA, C.A.P. Uma Genealogia das Teorias e Modelos do Estado de Bem-Estar Social. **BIB** n 46, pp. 39-78, 1998.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 3 ed., Curitiba: Positivo, 2004.
- FERNANDES, J.D. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil. Salvador, 1982. 111 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia. *In*: BRAGA, V.A.B. & SILVA, G.B. O ensino de enfermagem psiquiátrica no ceará: a realidade que se esboça. **Revista Latino Americana de Enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8, n. 1, p. 13-21, janeiro 2000.
- FRANCO, M.A.S. Pedagogia da Pesquisa - Ação. **USP- Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set/dez. 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

_____. **As palavras e as coisas**. Uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005.

FREIRE COSTA, J. **Psicanálise e contexto cultural**: imaginário psicanalítico dos grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

FUREGATO, A.R.F. **Depressão, aborto, auto-estima e resiliência**: uma reflexão. *In*: 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Santa Catarina, 2007.

GEERTZ, C. A religião como sistema cultural. Cap. 4. *In*: _____. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GONDIM, D.S.M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes-RJ**. Dissertação [Mestrado], Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

GOMES, N.P.M.; PEREIRA, E.A. **Do presépio à balança**. Representações sociais da vida religiosa. Belo Horizonte: Mazza edições, 1995.

GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose**. Um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1994.

GONZÁLEZ UZCÁTEQUI, R.; LEVAV, I. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Washington: Organização Panamericana da Saúde, 1991.

GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 1995.

HIRANO, S. (org). **Pesquisa Social: projeto e planejamento**. São Paulo: Quercus, 1979.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo, Editora da UNESP, 1994.

JORGE, M.A.S.; ALENCAR, P.S.S.; BELMONTE, P.R.; REIS, V.L.M. **Textos de apoio em saúde mental**. 20 ed. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003.

- KANTORSKI, L.P. *et al.* Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.3, p.317-24, 2005.
- KIRKHAM, A.K. Neuroses. Ney York: Garden City, 1980. *In*: TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica**. Conceitos de cuidados. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- KIRSCHBAUM, D.I.R.; CORREA DE PAULA, F.K. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 36(2): 170-6, 2002.
- KOENIG, H.G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.34 supl.1, São Paulo, 2007.
- LAST, J.M. **Dicionário de Epidemiologia**. Nova York, Universidade de Oxford, 1983.
- LEONHARDT, R.R. **Homem** – Cultura unidade essencial. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UEC, 1999.
- LOPES, U. Mulheres em pedaços. **Histórias reais de violência doméstica**. Belo Horizonte: Armazém das Idéias, 2005.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *In*: **Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1, 1991.
- _____. História de uma Marginalização: A Política Oficial de Saúde Mental. *In*: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- _____. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas práticas em saúde no Brasil atual. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *et al.* **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2001.
- MARSIGLIA, R.G. Os cidadãos e os loucos no Brasil: a cidadania como processo. *In*: _____. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo, Mandacaru, 1987.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã** (1845/1846). [Trad. Conceição Jardim e Eduardo Nogueira] 1 ed., São Paulo: Martins Fontes, 1976.
- MARX, K. Crítica à Economia Política. *In*: _____. **Contribuição para a crítica da economia política**. Lisboa: Estampa, 1973.

_____. **O Capital. Crítica a economia política.** v 1. (Trad. De Floreal Mazía. Buenos Aires: Cartago, 1973.

_____. Carta a Annenkov, 28/12/1846. *In:* MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escogidas de Marx y Engels.** 2 v. Madrid: Fundamentos, 1975.

MENEZES, J.E. **A Teoria Freudiana da Cultura.** São Paulo: Ed. Unimarco, 2000.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MIGUÉLEZ, M.M. *Un nuevo enfoque paradigmático de la medicina.* Caracas: Universidade Central de Venezuela, 1999. *In:* PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde.** FIOCRUZ/ENSP, 2001.

MINAYO, M.C.S. Saúde doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública,** 1994 :363-381.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MISHRA, R. O bem-estar das nações. *In:* BOYER, R.; DRACHE, D. (Orgs.). **Estado contra mercados.** Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

MIRANDA, C.M.L. **O Risco e o Bordado:** um estudo sobre a formação da identidade profissional. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1996.

MORAES, A. **Direitos humanos fundamentais.** 6 ed., São Paulo: Atlas, 2005.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

MUCCI, M.G.; DALGALARRONDO, P. A auto-mutilação: relato de seis casos de enucleação. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 22 (2) :80-86, 2000.

NICÁCIO, M.F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura.** Dissertação [Mestrado], PUC-SP, 1994.

NIETZSCHE, F.W. **Sobre Verdade e Mentira no Sentido Extra-Moral.** Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

_____. **Genealogia da moral:** uma polêmica. São Paulo: Cia das Letras. 2005.

OGATA, M.N.; FUREGATTO, A.R.F. Concepções de saúde e de doença de profissionais da saúde. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. **Anais,** CD-ROM, Salvador: ABRASCO, 2000.

OLIVEIRA, M.G.M.; QUINTANEIRO, T. Karl Marx. *In: Um toque de clássico*. 2 ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

OLIVEIRA, M.G.M.; QUINTANEIRO, T. Karl Marx. *In: Um toque de clássicos*. 2 ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

OLIVEIRA, J.A.; TEIXEIRA, S.F. **Previdência Social**: 60 anos da história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. *In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sistemas de Saúde**: melhorar o desempenho. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. 14 de novembro de 1990. Caracas, OMS/OPAS, 1990.

PACHECO, R.A. **A saúde mental no fio da clinica**. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas, 2001.

PASSOS, I.C.F. e BEATO, M.S.F. Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da História da Loucura de Foucault para investigações etnográficas. **Psychê**. São Paulo: Universidade de São Marcos, Ano VII, n.12, p. 137-158, jul-dez 2003.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Bruno Burcini, 1969.

PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista**: uma lógica na América Latina. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

PELISOLI, C.L.; MOREIRA, A.K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *In: Revista Psiquiatra RS set/dez 2005; 27(3):270-277*.

PEREIRA, P.A.P. **Concepções e propostas de políticas sociais em curso**: Tendências, perspectivas e conseqüências. Brasília: NEPPS/CEAM/UnB, 1994.

PEREIRA, C. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. **Boletim Informativo Bibliográfico (BIB)**, n. 44, Rio de Janeiro: Relume Dumará: ANPOCS, 1997.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PFOHL, B.; WINOKUR, G. The micropsychopathology of hebephrenic/catatonic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 1983:171, 295-300. In: TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica**. Conceitos de cuidados. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PINEL, P. *Traité médico-philosophique*. Parais, Ano IX [1836]. In: FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005.

_____. *Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes*. Parais, Ano IX [1836]. In: AMARANTE, P. (org.) **A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

QUARANTINI, L.C.; PONDÉ DE SENA, E; OLIVEIRA, I.R. Tratamento do transtorno esquizoafetivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.32, supl.1, São Paulo 2005.

QUINTANEIRO, T. **Um toque de clássico**. 2 ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

REZEK, J.F. **Direito internacional público: curso elementar**. 6 ed., São Paulo: Saraiva, 1996.

_____. **O direito internacional no século XXI**. São Paulo: Saraiva, 2002.

RIETRA, R.C.P. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro**. FIOCRUZ/ENSP, 1999.

RODRIGUES, A.R.F. Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 38(2):197-205, 2004.

ROESE, A.; LOPES, M.J.M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), 2004 abr; 25(1):98.

ROGERS, C.R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. Cadernos do NUPSO, 3:14-19, 1989.

_____. *et al.* **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

- SALAGADO, G.B. (org.) *et al.* **Cultura e instituições sociais**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2006.
- SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo** – globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo: Loyola, 1991.
- SARLET, I.W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6 ed.. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.
- SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública**, Porto Alegre, L&PM Editores, 1987.
- SILVA, K.P. **A Cidade, uma Região, o Sistema de Saúde**: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas - SP. Campinas: CMU/UNICAMP, 1996.
- SILVA, A.A. Política social e política econômica. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 53, p. 189-191, 1997.
- SILVA, A.L.A.; GUILHERME, M.; ROCHA, S.S.L.; SILVA, M.J.P.da. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, outubro 2000.
- SILVA, A.C. **O nascimento da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- SOUZA, W.S. **Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)**. Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999.
- SPADINI, L.S.; MELLO e SOUZA, M.C.B. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *In: Revista Escola de Enfermagem USP*, 2006; 40(1):123-7.
- TEIXEIRA, M.G.; PENNA, G.O.; RISI, J.B.; PENNA, M.L.; ALVIN, M.F.; MORAES J.C.; LUNA, E. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Informativo de Epidemiologia SUS**, 7(1): 7-28, 1998.
- THIOLLANT, M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. São Paulo: Polis, 1982.
- TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica**. Conceitos de cuidados. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- THOMAS, K. O Dilema humano. Cap. VI. *In: _____*. **O Homem e o Mundo Natural**. São Paulo: Companhia de Letras, 1996.

TOBEÑAS, J.C. *Los derechos del hombre*. Madri: Reus, 1976. In: MORAES, A. **Direitos humanos fundamentais**. 6 ed., São Paulo: Atlas, 2005.

VIANNA, M.L.T.W. **A Americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ed. Revan, IUPERJ/UCAM, 1998.

VILLA, E.A.; CADETE, M.M.M. Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 13-19, dezembro 2000.

WEBER, M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. (trad. Irene Szmerecsányi e Tamás Szmerecsányi. São Paulo: Pioneira/Unb, 1981. In: **Um toque de clássico**. 2 ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

WERNECK, M.A.F. **A reforma sanitária no Brasil**. [Texto publicado pelo Departamento de Saúde Coletiva da UFMG]. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

WILENSKI, H. *Democratic corporatism, consensus and social policy: reflections on changing values and the "crisis of Welfare State"*, 1981. In: FARIA, C.A.P. Uma Genealogia das Teorias e Modelos do Estado de Bem-Estar Social. **BIB**, n 46, p. 39-78, 1998.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.C. Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 9, p. 91-105, 2006.

ANEXOS

ANEXO I: Autorização para a realização deste trabalho junto à Secretário de Saúde de Muriaé; Conselho de Ética.

ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Pesquisa (Usuário e/ou Representante) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Pesquisa (Funcionários).

ANEXO III: Questionário do Usuário e Questionário dos funcionários

ANEXO IV: Entrevista Semi-Estruturada com Funcionário

ANEXO V: Tabela 1: Número de usuários do CAPS-Muriaé-MG e respectivas patologias (CID, nº, patologias e frequência); Tabela 2: Usuários do CAPS em relação ao gênero; Tabela 3: Quantidade de usuário por regime de atendimento; Tabela 4: Patologias mais incidentes em usuários do CAPS; Tabela 5: Identificação dos usuários observados – Período 2007 a 2008; Tabela 6: identificação dos profissionais do CAPS; Tabela 7: Escolaridade (usuários pesquisados); Tabela 8: Religião (usuários pesquisados); Tabela 9: Estado civil (usuários pesquisados); Tabela 10: Gênero (usuários pesquisados); Tabela 11: Cidade de origem (usuários pesquisados); Tabela 12: Zona territorial (usuários pesquisados); Tabela 13: Tipo de residência (usuários pesquisados); Tabela 14: Número de cômodos (usuários pesquisados); Tabela 15: Tempo que reside no domicílio (usuários pesquisados); Tabela 16: Ocupação (usuários pesquisados); Tabela 17: Em relação ao diagnóstico (usuários pesquisados); Tabela 18: Em relação à internação (usuários pesquisados); Tabela 19: Em relação à ajuda recebida (usuários pesquisados); Tabela 20: Em relação à unidade familiar (usuários pesquisados); Tabela 21: Identificação dos profissionais do CAPS.

ANEXO VI: Observação Participante (Diário de Campo)

Conselho de ética

ANEXO II

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO À
PESQUISA
(Usuário e funcionários)**



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO À PESQUISA
(Usuários)

Eu, _____, autorizo Ana Maria Luciano Ligeiro da Mata, Enfermeira COREN-MG 26.970 e seu orientador, Meubles Borges Junior pesquisador responsável do CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA do Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade, a incluir-me como elemento da pesquisa, *“PERCEPÇÕES SOBRE LOUCURA: NOVA PERSPECTIVA NO ATENDIMENTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – MURIAÉ-MG”*.

Estou ciente do conteúdo do projeto dessa pesquisa, o qual tem como objetivo: Estabelecer uma nova perspectiva em relação à assistência de enfermagem de pessoas com transtornos mentais, considerando as atividades terapêuticas, psicológicas, sociais, de atendimento e manutenção dos indivíduos, assistidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Muriaé-MG, que visa contribuir tanto para a melhoria de atendimento aos usuários, como também a perspectiva de (re)inserção dos mesmos na família e comunidade.

Também me foi informado que nesta investigação será aplicado inicialmente um questionário para definir o perfil da amostra e em seguida uma entrevista semi-estruturada com questões que discurssem o tema em tela e observação dos usuários, escolhidos de maneira aleatória, no período de janeiro de 2007 a junho de 2008.

Os pesquisadores me asseguraram que o material por mim fornecido será utilizado apenas para fins desta pesquisa e para a publicação de seu resultado e que posso interromper a qualquer momento a minha participação sem qualquer prejuízo ou dano decorrente da pesquisa. A Pesquisa respeitará a todo instante, a Resolução nº196/96 do CNS - Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos), e toda legislação vigente em nosso país, respeitando todos os meus direitos como cidadão.

Além disso, me foi garantido que minha identidade será mantida em sigilo e que minha participação não envolve qualquer custo financeiro.

Muriaé, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do (a) participante (usuário ou representante legal)
Nº da Carteira de Identidade _____

Termo de compromisso:

Comprometo-me a utilizar as informações fornecidas no questionário e entrevista semi-estruturada obedecendo aos termos do presente consentimento informado. Garanto ainda que os resultados serão apresentados aos (às) participantes que manifestarem o interesse na forma de entrega do artigo científico.

Ana Maria Luciano Ligeiro da Mata



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO À PESQUISA
(Funcionários)

Eu, _____, autorizo Ana Maria Luciano Ligeiro da Mata, Enfermeira COREN-MG 26.970 e seu orientador, Meubles Borges Junior pesquisador responsável do CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA do Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade, a incluir-me como elemento da pesquisa, *“PERCEPÇÕES SOBRE LOUCURA: NOVA PERSPECTIVA NO ATENDIMENTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – MURIAÉ-MG”*.

Estou ciente do conteúdo do projeto dessa pesquisa, o qual tem como objetivo: Estabelecer uma nova perspectiva em relação à assistência de enfermagem de pessoas com transtornos mentais, considerando as atividades terapêuticas, psicológicas, sociais, de atendimento e manutenção dos indivíduos, assistidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Muriaé-MG, que visa contribuir tanto para a melhoria de atendimento aos usuários, como também a perspectiva de (re)inserção dos mesmos na família e comunidade.

Também me foi informado que nesta investigação será aplicado inicialmente um questionário para definir o perfil da amostra e em seguida uma entrevista semi-estruturada com questões que discurssem o tema em tela e observação dos usuários, escolhidos de maneira aleatória, no período de janeiro de 2007 a junho de 2008.

Os pesquisadores me asseguraram que o material por mim fornecido será utilizado apenas para fins desta pesquisa e para a publicação de seu resultado e que posso interromper a qualquer momento a minha participação sem qualquer prejuízo ou dano decorrente da pesquisa. A Pesquisa respeitará a todo instante, a Resolução nº196/96 do CNS - Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos), e toda legislação vigente em nosso país, respeitando todos os meus direitos como cidadão.

Além disso, me foi garantido que minha identidade será mantida em sigilo e que minha participação não envolve qualquer custo financeiro.

Muriaé, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do (a) participante (funcionário)
Nº da Carteira de Identidade _____

Termo de compromisso:

Comprometo-me a utilizar as informações fornecidas no questionário e entrevista semi-estruturada obedecendo aos termos do presente consentimento informado. Garanto ainda que os resultados serão apresentados aos (às) participantes que manifestarem o interesse na forma de entrega do artigo científico.

Ana Maria Luciano Ligeiro da Mata

ANEXO III

QUESTIONÁRIOS DOS USUÁRIOS
(IDENTIFICAÇÃO, NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
E EXAMES CLÍNICOS, PSÍQUICOS)



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

1. Identificação do usuário

Nome: _____

Prontuário: _____ Idade: _____ anos Sexo: F () M ()

CID – Código Internacional da Doença:

2. Dados de admissão

Dia:mês.....ano.....

Como chegou ao CAPS?

Indicação de familiares e/ou amigos Indicação/orientação médica

Indicação/orientação psiquiátrica Procura direta

3. Já esteve internado? Onde? Foi internado voluntariamente?

4. Você tem consciência do porquê está aqui?

5. Antecedentes clínicos

Doenças pré-existent (doenças e internações anteriores)

Tratamentos regulares atuais. (Locais onde realiza ou realizava tratamentos e medicações clínicas)

Antecedentes mórbidos familiares.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Psico-espirituais.

Qual a religião?

Pratica habitualmente?

Como se sente quando participa das missas, cultos e outros?

Relacionamento familiar.

Como é o seu relacionamento com sua família?

Bom Ruim Regular Péssimo

Explique:

Relacionamento interpessoal (com outras pessoas: vizinhos, parentes, colegas outros).

Bom Ruim Regular Péssimo

Explique:

Aprendizagem (capacidade de assimilação, capacidade de raciocínio)

Bom Ruim Regular Péssimo

Assimilação: Bom Ruim Regular Péssimo

Explique:

Capacidade de raciocínio:

Bom Ruim Regular Péssimo

Você tem conhecimento sobre sua doença e tratamento que precisa?

Sim Não

Se sabe, fale um pouco sobre sua doença e seu tratamento:

Você gosta de recreação?

Sim Não

Se a resposta for positiva, explique:

Cuidados pessoais (apresentação, condições de higiene)

Queixas (dores, sono, eliminações, etc).

Quantos membros têm na família?

Renda familiar?

Você recebe algum tipo de benefício- saúde? Qual o valor?

Você mesmo recebe seu benefício ou alguém da sua família?

Você mesmo gerencia seu recebimento ou não? _____

Em caso negativo, quem gerencia por você? Por que?

Você se acha em condições de gerenciar seu benefício? Por que?

Data ____ / ____ / ____

Assinatura



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

EXAME FÍSICO

Couro cabeludo: apresenta alterações?

() não () sim (quais?) _____

Olhos:

() normal, acuidade visual preservada

() alterações: especificar _____

Nariz

() normal (sem secreções, sem congestão, prurido, epistaxe)

() alterações: especificar _____

Orelhas

() normal (sem secreções, sem lesões, sem dores, acuidade auditiva preservada)

() alterações: especificar _____

Cavidade Oral

() normal (higiene, sem lesões, rachaduras labiais, gengivite, dores, uso de próteses)

() alterações: especificar _____

Pescoço

() normal (sem gânglios palpáveis, bócio, movimento)

() alterações: especificar _____

Membros superiores e inferiores

() normal (integridade, rede venosa, ausência de manchas, micoses, escabiose...)

() alterações: especificar _____

Tórax

() condições cutâneas: lesões, pruridos

() simetria, abaulamentos, retrações

especificar se alterações: _____

Abdômen

() normal

() alterações (globoso, distendido, hérnia, desconforto, bexigoma, fezes palpáveis)

especificar: _____

Peso: ___ Temperatura: ___ Pressão Arterial: ___ Pulso: ___ Respiração: ___

Data: ___ / ___ / ___ **Assinatura:** _____

ANEXO IV
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(FUNCIONÁRIOS)



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

ENTREVISTA COM FUNCIONÁRIO

1) Dados que caracterizam os entrevistados:

Nome: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Número de filhos: _____

Grau de instrução: _____

Bairro onde mora: _____

Com quem mora: _____

Imóvel: () próprio () alugado () outros _____

Profissão: _____

2) Dados referentes ao seu trabalho:

Com que idade começou a trabalhar? _____

Quando começou a trabalhar no CAPS? _____

Fale um pouco sobre a sua vida de trabalho no CAPS.

Você acha que ao trabalhar no CAPS, alterou sua percepção em relação dos enfrentamentos da vida cotidiana?

Além do CAPS, quais os empregos que teve?

Gostava, sentia prazer com o seu trabalho anterior?

O que o trabalho no CAPS significa em sua vida?

Como você vê a “loucura”?

Como você vê o doente mental?

Como o trabalho no CAPS influencia na sua qualidade de vida?

ANEXO V

TABELAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS E FUNCIONÁRIOS

Tabela 1: Número de usuários do CAPS-Muriaé-MG e respectivas patologias
(CID, nº, patologias e frequência)

Tabela 2: Usuários do CAPS em relação ao gênero

Tabela 3: Quantidade de usuário por regime de atendimento

Tabela 4: Patologias mais incidentes em usuários do CAPS

Tabela 5: Identificação dos usuários observados – Período 2007 a 2008

Tabela 6: Idade (usuários pesquisados)

Tabela 7: Escolaridade (usuários pesquisados)

Tabela 8: Religião (usuários pesquisados)

Tabela 9: Estado civil (usuários pesquisados)

Tabela 10: Gênero (usuários pesquisados)

Tabela 11: Cidade de origem (usuários pesquisados)

Tabela 12: Zona territorial (usuários pesquisados)

Tabela 13: Tipo de residência (usuários pesquisados)

Tabela 14: Número de cômodos (usuários pesquisados)

Tabela 15: Tempo que reside no domicílio (usuários pesquisados)

Tabela 16: Ocupação (usuários pesquisados)

Tabela 17: Em relação ao diagnóstico (usuários pesquisados)

Tabela 18: Em relação à internação (usuários pesquisados)

Tabela 19: Em relação à ajuda recebida (usuários pesquisados)

Tabela 20: Em relação à unidade familiar (usuários pesquisados)

Tabela 21: identificação dos profissionais do CAPS

Tabela 1: Número de usuários do CAPS-Muriaé-MG e respectivas patologias (CID, nº, patologias e frequência)

CID	nº	Patologias	f(%)
06.0	02	Alucinação Orgânica	0,69
06.3	03	Transtorno do humor (afetivo) orgânico	1,03
06.5	01	Transtorno dissociativo orgânico	0,34
06.8	02	Outros transtornos mentais especificados devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física	0,69
06.9	05	Transtorno mental não específico devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física	1,73
07.0	09	Transtorno orgânico da personalidade	3,11
07.8	01	Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção.	0,34
07.9	05	Transtorno orgânico não especificado da personalidade e do comportamento devido à doença cerebral, lesão e disfunção.	1,73
10.8	01	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool-outros transtornos mentais ou comportamentais.	0,34
20.0	23	Esquizofrenia paranóide.	7,95
20.1	05	Esquizofrenia hebefrênica	1,73
20.3	04	Esquizofrenia indiferenciada	1,38
20.5	23	Esquizofrenia residual	7,95
20.6	05	Esquizofrenia simples	1,73
20.8	01	Outras esquizofrenias	0,34
22.0	29	Transtorno delirante	10,0
22.8	01	Outros transtornos delirantes persistentes	0,34
23.0	02	Transtornos psicóticos agudos e transitórios	0,69
23.1	01	Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos.	0,34
25.2	01	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	0,34
28.0	01	Outros transtornos psicóticos não-orgânicos	0,34
29.0	05	Psicose não-orgânica não especificada	1,73
30.0	02	Hipomania	0,69
30.1	03	Mania sem sintomas psicóticos	1,03
31.0	16	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco.	5,53
31.1	05	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos.	1,73
31.2	16	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos.	5,53
31.3	03	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado.	1,03
31.4	03	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos.	1,03
31.5	02	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos.	0,69
31.6	15	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto.	5,19
31.7	09	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão.	3,11
31.8	02	Outros transtornos afetivos bipolares	0,69
31.9	02	Transtorno afetivo bipolar, não específico.	0,69
32.0	01	Episódio depressivo leve	0,34
32.1	09	Episódio depressivo moderado	3,11
32.2	06	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	2,07
32.3	10	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	3,46
33.1	02	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado.	0,69
33.2	06	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos.	2,07
33.3	05	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos.	1,73
33.4	01	Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão.	0,34
34.0	02	Ciclotimia	0,69

34.8	05	Outros transtornos do humor (afetivos) persistentes	1,73
38.0	07	Outros transtornos do humor (afetivos) isolados	2,42
38.1	04	Outros transtornos do humor (afetivos) recorrentes	1,38
38.8	01	Outros transtornos especificados do humor (afetivos)	0,34
41.0	01	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	0,34
41.2	03	Transtorno misto ansioso e depressivo	1,03
42.0	01	Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de idéias ou de ruminções obsessivas	0,34
43.0	01	Reação aguda ao estresse	0,34
44.6	01	Anestesia e perda sensorial dissociativas	0,34
44.7	06	Transtorno dissociativo misto (de conversão)	2,07
48.0	03	Neurastenia	1,03
54	01	Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte	0,34
60.1	01	Transtorno da personalidade histriônica.	0,34
71.1	02	Retardo mental moderado-comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento.	0,69
72.1	01	Retardo mental grave-comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento.	0,34
Total	288		100

CID: Código Internacional de Doença

Tabela 2: Usuários do CAPS em relação ao gênero

Masculino		Feminino	
Quantidade	<i>f</i> (%)	Quantidade	<i>f</i> (%)
102	46,18	118	53,82

Tabela 3: Quantidade de usuário por regime de atendimento

Intensivo	Semi – Intensivo	Não Intensivo
45	75	100

Tabela 4: Patologias mais incidentes em usuários do CAPS

CID	Nº de usuários	Patologias	<i>f</i>(%)
22.0	29	Transtorno delirante	10,03
20.0	23	Esquizofrenia paranóide.	7,95
20.5	23	Esquizofrenia residual	7,95
31.0	16	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco.	5,53
31.2	16	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco com sintomas psicóticos.	5,53
31.6	15	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto.	5,19
32.3	10	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	3,46
Totais	132		45,64

Tabela 5: Identificação dos usuários observados (Período 2007 a 2008)

Nome	Idade	Sexo	Religião	Renda mensal (R\$)	Patologia
U1	21	Feminino	Espírita	215,00	Esquizofrenia indiferenciada
U2	49	Feminino	Espírita	415,00	Transtorno afetivo bipolar
U3	26	Feminino	Católico	415,00	Transtorno da personalidade histriônica.
U4	62	Masculino	Católico	415,00	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas
U5	68	Masculino	Católico	415,00	Esquizofrenia. Residual
U6	37	Masculino	não tem	415,00	Esquizofrenia
U7	17	Masculino	Católico	380,00	Transtorno afetivo bipolar
U8	29	Feminino	não tem	75,00	Transtorno bipolar
U9	51	Masculino	Católico	415,00	Esquizofrenia residual
U10	39	Feminino	Católico	415,00	Esquizofrenia indiferenciada

Tabela 6: Idade (usuários pesquisados)

Idade	(f%)
15 – 19	10
20 – 29	30
30 – 39	20
40 – 49	10
50 – 64	20
65 -79	10
Total	100

Tabela 7: Escolaridade (usuários pesquisados)

Escolaridade	(f%)
Analfabeto	30
Ensino fundamental incompleto	20
Ensino fundamental completo	0
Ensino médio incompleto	20
Ensino médio completo	10
2º grau incompleto	10
2º grau completo	10
Total	100

Tabela 8: Religião (usuários pesquisados)

Religião	(f%)
Católica	50
Evangélico	0
Espírita	20
Não tem	20
Várias	10
Total	100

Tabela 9: Estado civil (usuários pesquisados)

Estado civil	(f%)
Solteiro	70
Casado	0
União consensual	10
Viúvo	10
Separado ou divorciado	10
Total	100

Tabela 10: Gênero (usuários pesquisados)

Gênero	(f%)
Masculino	50
Feminino	50
Total	100

Tabela 11: Cidade de origem (usuários pesquisados)

Cidade de origem	(f%)
Leopoldina	10
Muriaé	70
Rio de Janeiro	10
São Paulo	10
Total	100

Tabela 12: Zona territorial (usuários pesquisados)

Zona territorial	(f%)
Urbana	100
Rural	0
Total	100

Tabela 13: Tipo de residência (usuários pesquisados)

Tipo de residência	(f%)
Casa própria	40
Aluguel	50
Emprestada ou cedida	10
Total	100

Tabela 14: Número de cômodos (usuários pesquisados)

Número de cômodos	(f%)
Até 4	90
5 - 7	10
Total	100

Tabela 15: Tempo que reside no domicílio (usuários pesquisados)

Tempo que reside no domicílio	(f%)
< 1 ano	10
1 - 4 anos	30
5 - 8 anos	40
9 - 12 anos	20
Total	100

Tabela 16: Ocupação (usuários pesquisados)

Ocupação	(f%)
Não trabalham	90
Trabalham fora	0
Trabalham serviço do próprio lar	10
Total	100

Tabela 17: Em relação ao diagnóstico (usuários pesquisados)

Em relação ao diagnóstico	(f%)
Não sabem	20
Sim, parece saber.	40
Sim, parece não saber.	40
Sabem	20
Total	100

Tabela 18: Em relação à internação (usuários pesquisados)

Em relação à internação	(f%)
Já foram internados	90
Não foram internados	10
Total	100

Tabela 19: Em relação à ajuda recebida (usuários pesquisados)

Em relação à ajuda recebida	(f%)
Material	10
Emocional	40
Cuidados ao portador de transtorno mental	10
Não recebe	50
Total	100

Tabela 20: Em relação à unidade familiar (usuários pesquisados)

Em relação a unidade familiar	(f%)
Mantém	20
Não mantém	80
Total	100

Identificação dos profissionais do CAPS

Tabela 21: Identificação dos profissionais do CAPS

Nome	Idade	Sexo	Profissão/função
P1	51	M	Médico
P2	28	F	Psicólogo
P3	49	F	Enfermeiro
P4	43	M	Técnico em Enfermagem
P5	42	F	Monitor de Oficina
P6	56	F	Auxiliar de Serviços Gerais

ANEXO VI
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

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](#)