

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA

**Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no
discurso de usuários e familiares.**

Lívia Sales Cirilo

Campina Grande

2006

Lívia Sales Cirilo

**Novos Tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no
discurso de usuários e familiares.**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da
Paraíba-UEPB, em requisito dos cumprimentos
necessário para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva, área de concentração Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Oliveira Filho

Campina Grande
2006

LÍVIA SALES CIRILO

Novos Tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares.

Campina Grande-PB, _____ de _____ de 2006.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho-Orientador
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Florianita Coelho Braga Campos-Membro externo
FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Eulálio-Membro interno
Universidade Estadual da Paraíba

Às pessoas que pelo seu grau de sofrimento psíquico necessitam de atendimento nos Serviços de Saúde Mental. Àqueles que já chegaram a algum CAPS e têm a oportunidade de se inserir num tratamento mais digno e àqueles que ainda povoam os grandes pátios e enfermarias dos hospitais psiquiátricos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela presença inequívoca nos momentos mais difíceis, pelas oportunidades que tem me propiciado e pelas portas que abriu em minha vida.

À minha família, pela fonte inesgotável de amor, pelas palavras de estímulo e de confiança.

Ao meu esposo, companheiro e amigo, pela paciência, incentivo, pelas palavras de conforto e sentimentos, que muito me fortaleceram.

Ao orientador Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho, pela simplicidade com que conduz seus ensinamentos, com a carga de estímulos e paciência, que me sempre incentivaram a seguir em frente.

Ao Prof. Dr. Edmundo Gaudêncio, pelos constantes aprendizados e pela preciosa participação na banca de avaliação desta pesquisa.

À Prof(a) Dra. Carmita Eulálio, pelas palavras ternas, pela presença constante ao longo desse Mestrado e por aceitar o convite em participar da Comissão examinadora desse trabalho.

Agradecimentos especiais à professora e companheira Florianita Campos, querida Flori, pela simplicidade das suas ações, suas sábias palavras e pela disposição, diante de tantos compromissos, em participar da banca examinadora.

A Pedro Gabriel G. Delgado ,Fernando Kinker , Suzana Robortella e demais atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, demonstrando que é possível oferecer um tratamento humano, digno e eficaz em Saúde Mental.

Ao amigo Geraldo Medeiros Júnior, pela sensibilidade e competência, pela sua participação ativa no processo de transformação do cenário da Saúde Mental em Campina Grande, durante o ano de 2005.

Aos amigos Josiplessis ,Carol, Fabi ,Fabiana e Vália, pela amizade sempre fraterna.

À Vitória Barbosa, pelas valiosas contribuições ao projeto inicial dessa pesquisa.

Aos colegas e professores do Mestrado, pela convivência ao longo desses dois anos e pelos momentos de experiência e aprendizado.

Aos profissionais de Saúde Mental e aos companheiros do CAPS II Novos Tempos, pela persistência, por aceitar o desafio de se engajar nessa luta difícil em busca de uma melhoria no atendimento em saúde mental no nosso município.

Agradecimentos especiais aos usuários do CAPS e seus familiares, que por suas palavras e sentimentos significaram a existência dessa pesquisa.

RESUMO

A loucura tem sido percebida de diferentes formas ao longo da história. Se na Antiguidade foi concebida como manifestação divina e na Idade média como resultante de possessões demoníacas, no Século XVIII ganha status de doença mental, passando a exigir mecanismos segregadores e excludentes de tratamento, culminando com o surgimento do hospital psiquiátrico. Somente após a II Guerra Mundial é que podemos observar movimentos que tentaram reformular as práticas dominantes e oferecer uma nova perspectiva de tratamento ao transtorno mental. Nesse contexto destaca-se a Psiquiatria Democrática Italiana, que influenciou de forma decisiva a Reforma Psiquiátrica Brasileira. No Brasil o movimento em busca de uma reestruturação do atendimento em Saúde Mental inicia-se a partir da década de 70, onde constatamos o surgimento de inúmeros serviços substitutivos como os CAPS e de outros dispositivos tais como as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta pra Casa e outros, que têm como objetivos promover a autonomia e o resgate da cidadania do portador de transtorno mental. Em Campina Grande o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou ênfase a partir da Intervenção Federal decretada num dos hospitais psiquiátricos da cidade, culminando no seu descredenciamento do SUS, no seu fechamento e no fortalecimento de uma rede substitutiva de Saúde Mental. Neste trabalho realiza-se um estudo sobre a concepção dos usuários e familiares acerca de conceitos como cidadania e saúde mental, destacando-se alguns temas como participação familiar, atendimento oferecido no CAPS, caracterização do hospital psiquiátrico e o estigma e preconceito que cercam a doença mental. Foram entrevistados para esta pesquisa 15 usuários e 15 familiares de um CAPS-Centro de Atenção Psicossocial de Campina Grande-PB. O material resultante das entrevistas, gerado a partir de um roteiro de entrevista semi-estruturada, foi gravado e transcrito na íntegra e analisado com base nos pressupostos da Psicologia Social Discursiva. No que se refere às discussões dos resultados podemos evidenciar que dentre as explicações dadas pelos entrevistados sobre o transtorno mental destacam-se as causas biológicas, psicossociais, sócio-econômicas e psicológicas. Ao conceituar o transtorno mental foi marcante no discurso dos entrevistados a descrição da sintomatologia da doença e das situações de crise. A importância da participação familiar também foi mencionada pelos entrevistados ao avaliarem a norma de funcionamento do CAPS que exige a participação no Grupo de família. De suma importância foram os relatos dos entrevistados sobre o atendimento no CAPS e suas caracterizações sobre o tratamento oferecido no hospital psiquiátrico, onde na totalidade da amostra o CAPS teve uma avaliação positiva do funcionamento e aspectos tais como medicação excessiva e isolamento familiar foram citados sobre a internação psiquiátrica. No que se refere à cidadania ressaltamos que para grande parte dos entrevistados este conceito está atrelado à aquisição de documentos e ao ato de votar, destacando –se em seguida a concepção da cidadania ligada à ações de solidariedade e auxílio aos necessitados, ao direito de ser atendido num serviço de saúde, sendo marcantes os discursos que abordam o preconceito e estigma dos quais os portadores de transtornos mentais são alvos.

PALAVRAS-CHAVE: Discurso, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

The madness has been observed from different ways along the history. If, during the Antiquate madness had been conceded as a divine manifestation, in the Medieval Age as a result of demoniac positions, in the eighteenth century it gains the status of a mental disease, starting to demand segregationist mechanisms and treatment excluding, coming to a head with the emergency of the Second Great War we can observe some pronouncements that tries to reform the dominating habits and offer a new view over the mental disturbance healing. In this context the Italian Democratic Psychology stands out, which has influenced in on a definitive way the Brazilian Psychology Reformation. In Brazil the pronouncement that aims at the optimization of the attendance on mental health starts from the seventies on, when we find out the emergency of several substitutive services such as CAPS and other devices like therapeutic shelters, the going back home programs and others, which goals are to provide the independency and the citizenship's ransoms of the mental sick porter. In Campina Grande city the pronouncement over the Psychiatric Reformation has acquired emphasis form the Federal Interference declared in one of the psychiatric hospitals from the city, coming to a head with it's own discredit from the SUS*- Unit Health System , on it's closure and fortifying of a substitutive net of Mental Health. In this work, a study about the conceptions of the usuries and their family is made, it is about concepts such as citizenship, mental health, and detaching some of the subjects like the family's participation, offered attendance on CAPS, characterization of the psychiatric hospitals and the stigma and misconception that rounds a mental illness. Fifteen usuries and fifteen relatives had been interviewed for this research; they are from a CAP in Campina Grande city. The results of the interview, which had been made up from a half-constructed interview regulation, had been taped and transcript integrally, and analyzed based on the presupposed of Social Discursive Psychology. About the discussions over the results, we can evidence that, among the explanations given by the interviewed persons about the mental disturbance causes biological, psychosocial, socio-economic and psychological are detaching. By the time we conceived the mental disturbance it had been standing out, on the speech of the interviewed persons the description about the disease's symptomatology and it's situations on the crises. The meaning of the familiar participation has also been mentioned by the interviewed persons to evaluate the rules of functioning from the CAPS, which demands the participation in the family's group. The narration of the interviewed about the attendance of the CAPS were extremely important, as well as theirs characterizations about the treatment offered in the psychiatric hospital, where most of the exhibit of the CAPS had a positive evaluation about the performance and points such as excessive medication and familiar isolation had been mentioned about the psychiatric placement. Relating the citizenship that great part of the interviewed think that concept is joint to acquirement of documents and voting, accentuating, right away, the conception of citizenship attached to fellowship acts and helping the needed, to the right of being attended on a health service, where the speeches that deal with misconception and stigma had been standing out, which the carriers of mental disturbance are victims.

KEYWORDS: speech, mental health, psychiatric reformation

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE SIGLAS	11
INTRODUÇÃO	12
1. A LOUCURA NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA	16
1.1-Manifestação dos deuses: A loucura na Antiguidade.....	16
1.2-A perseguição dos demônios:A loucura na Idade Média	19
1.3-Os Séculos XVII e XVIII: A grande internação	20
1.4-Pinel:o tratamento moral e o surgimento do asilo.....	22
1.5-A Assistência Psiquiátrica no Brasil: o Hospital, as Colônias e as modalidades de tratamento	25
2. REFORMA PSIQUIÁTRICA	29
2.1-Os principais movimentos.....	29
2.2- Psiquiatria Italiana: Desconstruindo o hospital psiquiátrico	34
3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	42
3.1-O caminho percorrido.....	42
3.2-Saúde Mental e Cidadania.....	50
4. CONSTRUINDO UM CAMINHO: A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE	55
4.1-A intervenção no ICANERF	55
O hospital.....	59
As estratégias iniciais: reinventando o cotidiano de uma instituição	63
O fim da intervenção e a Unidade de Referência em Saúde Mental	68
4.2-A rede de cuidados em Saúde Mental	71
Os Serviços de Saúde Mental	71
O CAPS II Novos Tempos	73

A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos	76
O Programa de Volta pra Casa	78
A inserção na comunidade:O Projeto Domingo no CAPS	80
O percurso e outras ações no ano de 2005.....	82
5. PRESSUPOSTOS TÉORICOS DA ANÁLISE DO DISCURSO	86
5.1-A perspectiva sócio-construcionista.....	86
5.2-Discurso e linguagem.....	90
5.3-Psicologia Social Discursiva	94
6. MÉTODO	100
Cenário do estudo	100
Amostra, instrumento e procedimento	100
Análise dos dados	102
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	103
1. Perfil sócio-demográfico da população.....	103
2. Análise dos discursos	104
2.1-Noções e teorias sobre o transtorno mental.....	104
Explicações dadas ao surgimento da doença mental	105
Manifestações e sintomas	113
O uso de termos para designar o transtorno mental.....	116
2.2-A participação familiar:A importância do Grupo de Família	119
2.3-Hospital psiquiátrico x CAPS:Breves considerações sobre o tratamento	124
2.4-Cidadania: Conceito e exercício.....	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
APÊNDICE A	155

APÊNDICE B	156
APÊNDICE C	157
ANEXO A	158
ANEXO B	159
ANEXO C	162

LISTA DE SIGLAS

AGEVISA-Agência Estadual da Vigilância Sanitária
AIH-Autorização para internação hospitalar
CAPS-Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad-Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i-Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CIB-Comissão Intergestores Bipartite
CONASENS-Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS-Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
DINSAN-Divisão Nacional de Saúde Mental
ICANERF-Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
MS-Ministério da Saúde
MTSM-Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental
OMS-Organização Mundial de Saúde
OPAS-Organização Panamericana de Saúde
PDR-Plano de Desenvolvimento Regional
PNASH-Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PPI-Plano de Pactuação Integrada
PRH-Programa Nacional de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS
PSF-Programa Saúde da Família
PVC-Programa de Volta pra Casa
SAMU- Serviço de Atendimento Móvel e Urgência
SENAC- Serviço Nacional do Comércio
SES-Secretaria Estadual de Saúde
SMS-Secretaria Municipal de Saúde
SRT-Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS-Sistema Único de Saúde
SRT-Serviço Residencial Terapêutico

UEPB-Universidade Estadual da Paraíba

URSM-Unidade de Referência em Saúde Mental

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar os discursos e a produção de sentidos dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS e seus familiares sobre saúde mental e cidadania.

A escolha pelo tema foi decorrente da experiência enquanto técnica de Saúde Mental de um CAPS e como membro da Comissão de Reestruturação do Hospital ICANERF.

Por acreditar que é possível dar voz a esses tão experientes interlocutores, pelas suas convivências com o transtorno mental e pela importância que tem a transmissão dessas experiências é que decidimos optar pela coleta de um conjunto de discursos e analisá-los na perspectiva de evidenciar conceitos e debater novas questões.

Segundo dados do Ministério da Saúde, é palpável a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, cuja prevalência em cidades brasileiras oscila de 20 a 50%. Mundialmente das dez doenças incapacitantes e que maior sobrecarga causam na vida das pessoas, cinco são de natureza psiquiátrica (Brasil, 1999).

Diante da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, o debate acerca do destino social do portador de transtorno mental, adquire impulso e começa a repercutir entre os setores sociais, que se manifestaram sobre os efeitos das práticas manicomiais. De acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que preconiza a implantação de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, foram implantados até o momento 848 CAPS e 497 módulos de Serviços Residenciais Terapêuticos acolhendo 2.148 moradores(Brasil, 2006).

Em Campina Grande o processo da Reforma Psiquiátrica atingiu seu ápice em 2005, com a intervenção federal num dos hospitais da cidade: o ICANERF e a implantação de uma rede de saúde mental substitutiva, contemplando quatro CAPS (II, III, I e AD), a Unidade de Referência em Saúde Mental e seis Residências Terapêuticas.

Uma rede de serviços que cresceu aceleradamente e tem como objetivo fundamental a aquisição da cidadania, autonomia e inserção social do portador de transtorno mental contrapondo-se a qualquer perspectiva de tratamento que englobe a segregação e o

preconceito, merece ser discutida para que antigos modelos manicomiais não sejam reproduzidos no seu cotidiano.

Os passos rumo a uma nova forma de pensar e lidar com o processo de sofrimento psíquico merecem amplo debate, discussões e divulgações em prol da participação dos envolvidos e da sociedade, para que não apenas seja implantado o novo, mas que seja eficaz no que tange às possibilidades de vida e realizações do indivíduo.

Dessa forma esses aspectos justificam a realização deste estudo, no sentido de contribuir para reflexão e debate de políticas de Saúde Mental no Brasil. O processo de reorientação da assistência em saúde mental no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) contempla a utilização de novos paradigmas e novas tecnologias que, por sua vez, demandam estudos que possam descrever e avaliar esta construção de práticas, saberes e relações sociais.

Há uma série de trabalhos que tem estudado a Reforma Psiquiátrica e a implantação de serviços substitutivos ao manicômio, como há também uma gama de estudos que enfocam a questão da cidadania do doente mental, sendo que a partir da implantação desses novos serviços de saúde mental se faz necessário a realização de estudos que visem analisar quais as mudanças implementadas no tocante a cidadania desses usuários, a partir de suas próprias avaliações e percepções.

Robortella (2000) coloca que ao longo da história, a perspectiva de valorização dos diferentes sujeitos tem evidenciado uma lacuna: no trato com a doença mental somente governo (interesses dominantes), técnicos (ciência hegemônica) e setor privado (interesses econômicos) tiveram voz e poder de intervenção. De imediato aparece a lacuna do sujeito/objeto da ação em Saúde Mental: o usuário dos serviços e seus familiares.

A partir do processo de intervenção federal realizado num dos hospitais psiquiátricos, culminando no seu descredenciamento do SUS e da ampliação da rede substitutiva em saúde mental, surgem os questionamentos: Como os usuários e familiares têm concebido o transtorno mental? Quais as concepções sobre o novo modelo de atendimento em saúde mental? Qual avaliação é realizada, explícita ou implicitamente sobre o tratamento realizado nas instituições manicomiais? E a participação familiar nesses serviços como o CAPS, que exigem uma participação ativa, como está sendo avaliada? Qual a importância dessa participação?

No que tange à cidadania, reclame principal do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos deparamos com a problemática: Os Serviços de Saúde Mental tem contribuído para a prática de ações que estimulam o exercício de cidadania? Como os usuários e

familiares têm concebido a noção de cidadania? Quais as ações onde o usuário exerce sua cidadania? As elaborações construídas pelos entrevistados reforçam o estigma e estereótipos acerca da doença mental ou caminham a favor de uma concepção antimanicomial?

Tais perguntas são de extrema importância, tendo em vista a relevância social e científica do tema abordado. A questão do transtorno mental merece um amplo debate no contexto da saúde coletiva, dessa forma não se limita a uma discussão exclusiva das áreas “psi”, conforme nos afirma Lobosque (1997). Trata-se de um movimento em prol da construção da cidadania, como cidadãos que somos, temos o dever de sermos engajados socialmente.

Dessa forma o objetivo desse estudo consiste em analisar a repercussão do novo modelo de atendimento em Saúde mental nos discursos dos usuários do CAPS e de seus familiares e mais especificamente identificar conceitos e teorias sobre transtorno mental nos discursos dos usuários do CAPS e seus familiares, verificar como os familiares avaliam as normas que incentivam a sua participação no tratamento dos usuários do CAPS e identificar, nos discursos dos usuários e familiares, as comparações entre o modelo hospitalocêntrico e o modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica e noções implícitas ou explícitas de cidadania.

Para responder tais questionamentos, metodologicamente realizamos uma pesquisa de caráter qualitativo. Participaram desse estudo 15 usuários de um CAPS e 15 familiares, tendo como instrumento a entrevista semi estruturada, gravada e transcrita na íntegra, cujo material foi analisado a partir dos referenciais da Psicologia Social Discursiva.

Esse trabalho está dividido em sete capítulos. Para entender o destino social do portador de transtorno mental nos dias atuais entendemos que se faz necessário compreender minimamente como se dá a concepção histórica do conceito de loucura. No primeiro capítulo apresentamos uma reflexão teórica de como se deu historicamente a percepção e conceituação da experiência com a loucura e, conseqüentemente, das formas de agir perante ela.

No segundo capítulo abordamos a descrição dos principais movimentos de Reforma Psiquiátrica pelo mundo: A Psiquiatria Comunitária, Psiquiatria de Setor, Psicoterapia Institucional, Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, este último movimento inspirador da Reforma Psiquiátrica Brasileira atual.

Já no terceiro capítulo abordamos o movimento iniciado no Brasil, na década de 70, buscando uma nova forma de conceber e tratar o sofrimento mental, intitulado Reforma Psiquiátrica, descrevendo os principais acontecimentos, as legislações e o eixo cidadania e saúde mental dentro desse contexto.

A Reforma Psiquiátrica em Campina Grande, com a discussão sobre a implantação da rede de serviços, o processo de intervenção num dos hospitais psiquiátricos da cidade e os projetos e iniciativas são abordados no quarto capítulo.

A abordagem teórica do eixo metodológico dessa pesquisa, sob os pressupostos da Psicologia Social Discursiva, enfatizando temas como o discurso e a linguagem, o construtivismo social e a análise de discursos são apresentados no quinto capítulo.

No sexto capítulo foi abordado o desenvolvimento da metodologia, onde é explicitado o cenário de estudo, a amostra, o instrumento utilizado, os procedimentos e análise.

Os resultados e a discussão dos dados se apresentam no sétimo capítulo, a partir das temáticas: conceitos e concepções sobre o transtorno mental, a participação familiar, o tratamento do CAPS e do Hospital Psiquiátrico e por último, conceituação e exercício da cidadania, a partir da discussão sobre a relação entre os eixos temáticos encontrados nas entrevistas e suas conseqüentes implicações no avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

1. A LOUCURA NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

“Quando comecei a me aprofundar no conhecimento da loucura pensei tratar-se de uma ilha, agora vejo que é um oceano...”.

Simão Bacamarte

O Alienista, Machado de Assis.

Neste capítulo apresentamos uma explanação histórica sobre o transtorno mental, desde a antiguidade até os dias atuais, englobando conceitos e perspectivas de tratamento.

1.1 - Manifestação dos deuses: A loucura na Antiguidade¹

Na Grécia Antiga podemos observar que a loucura era considerada privilégio. Era através do delírio que alguns indivíduos podiam ter acesso às verdades divinas (SILVEIRA, 2003). O que o louco dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de modificar os acontecimentos e interferir no destino dos homens.

Era defendida a idéia de que a divindade Zeus era quem conduzia todas as coisas e seus resultados, o papel do homem seria de objeto inerte, à mercê dos agentes sobre humanos. Parecia que a divindade agia no plano cósmico, decidindo de forma soberana o curso das coisas e dos indivíduos, quando algo a ameaçava ela roubava dos homens a razão. A loucura seria, então, um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contrastados pela vontade dos homens (PESSOTTI, 1994).

Na Antiguidade pré-socrática não há dúvida: toda loucura era obra de Zeus, de outros deuses ou de entidades subalternas, de diferentes níveis hierárquicos. A etiologia da loucura era, marcadamente, de ordem mitológica.

Podemos dizer que nesse período a loucura encontrou espaço para expressar-se, não sendo necessário controlá-la ou excluí-la, pois ela era transformada pela cultura em um

¹ Poucos são os escritos que constituem as descrições da loucura na Antiguidade, grande parte dos textos referem-se a poesias épicas, peças teatrais, que não objetivavam uma conceituação da loucura, mas representavam a forma mais significativa de descrever o modo como o ideário popular se relacionava com a loucura.

instrumento necessário para que se compreendessem as mensagens divinas, não acarretava estigma e não havia necessidade de cura, pois não era considerada doença.

Os poemas de Homero, especialmente a *Ilíada*, caracterizam o primeiro modelo teórico da loucura. Predominantemente mitológica esta concepção trouxe reflexos duradouros para as diferentes épocas da Psicopatologia, posto que ainda persiste no imaginário social explicações mitológicas sobre a origem da loucura.

Eurípedes foi um dos primeiros filósofos a desacreditar que toda e qualquer loucura resulta de caprichos dos deuses. É principalmente nas obras dele que a loucura se psicologiza, chegando a uma visão mais racionalista, onde são citados os limites da natureza humana ante a força dos sentimentos e das paixões (PESSOTTI, 1994).

Já na obra de Hipócrates² o distanciamento em relação à concepção mitológica se torna maior. Este passará a explicar a loucura como desequilíbrio da natureza orgânica, corporal do homem. A saúde é considerada como a harmonia no sistema de humores e como o equilíbrio entre tal sistema e o ambiente externo. O desequilíbrio entre os dois sistemas ou entre os humores no interior do sistema orgânico seria a doença (PESSOTTI, 1994).

O médico de Coos defendia que a causa da loucura é muito óbvia: era a umidade do cérebro. As perturbações sensoriais, como ilusões e alucinações, são resultados de movimentos do cérebro que induzem variações no que se ouve ou no que se vê em dados momentos, em correspondência à posição do cérebro ou de parte dele, em dado momento daquele movimento (PESSOTTI, 2004).

Com essa idéia, Hipócrates inaugura a teoria organicista da loucura, que florescerá prodigamente na Medicina dos séculos XVIII e XIX, significando o fim do domínio absoluto da explicação mitológica e teológica das doenças. Em um de seus escritos, comentando as idéias mitológicas sobre a loucura, Hipócrates afirma:

... Todas essas prescrições, eles fazem como se fossem obras do divino, como se soubesse mais e invocando outras razões de modo tal que, se o doente sarasse, deles seria o valor e a glória; se ao invés morresse, ficasse bem assegurada a sua defesa e tivessem uma razão para sustentar que não são eles, de modo algum, os responsáveis, mas sim os deuses. (apud PESSOTTI, 1994. p. 49)

² Hipócrates, sábio, conhecido como pai da medicina, recebeu influência dos pensamentos de Eurípedes, Sócrates, e especialmente de Empédocles, que entendia o universo natural como composto de quatro elementos: calor, frio, seca e umidade.

Nesse contexto Resende (2000) descreve o caráter agressivo das terapêuticas adotadas nesta época, ressaltando que os tratamentos destinavam-se a livrar os enfermos dos seus maus humores, “sangrando-os até o ponto de leva-lós a síncope, ou purgando-os várias vezes por dia até que de seus intestinos nada mais saíssem senão água rala e muco” (p. 25).

Já Platão, entendia que a alma superior, racional, o *logos*, residia na cabeça, mais precisamente no encéfalo. As outras duas almas do homem, inferiores, tinham por sede o coração e as vísceras. O filósofo considerava essas três almas como três partes da *psyche*, ou da mente. Qualquer desvio das incumbências específicas de cada uma dessas partes seria a desordem mental, a loucura (PESSOTTI, 1994).

Uma teoria que alterou a anatomia de Platão foi defendida por Aristóteles. Nas idéias aristotélicas as duas partes da alma, a racional e a irracional, residiam no coração e não no encéfalo. E enfatizava que o cérebro não tem qualquer participação nas sensações. Para Aristóteles essa alma vive do calor vital, quanto mais ela se aquece, melhor funciona. Assim as variações na intensidade do frio e do calor explicariam todas as formas de loucura (PESSOTTI, 1994).

Com exceção de Aristóteles, todos os autores do período pós-hipocrático entendem que a loucura resulta de causas humorais, ainda quando as alterações nesses fluidos do organismo ou em sua distribuição possam resultar de episódios traumáticos da vida emotiva ou de carências sexuais.

No segundo século da era Cristã, o célebre médico greco-romano Cláudio Galeno retoma e aprimora a teoria platônica das três almas, como Hipócrates considerava o desarranjo humoral como a causa da doença mental. Para Galeno as doenças do sistema nervoso se localizam no cérebro, fazendo uma distinção clara entre a loucura e os delírios devidos a outras afecções, sendo essa uma das maiores contribuições do seu pensamento.

A partir de todas as concepções aqui descritas podemos destacar que até idade média, de forma predominante, a loucura como doença era praticamente despercebida e quando notada era vista como fato cotidiano ou dádiva divina, através de componentes mágicos e simbólicos e seu tratamento quando indicado não acarretava necessariamente mecanismos de exclusão.

1.2- A perseguição dos demônios: A loucura na Idade Média

Na Idade Média, o mal da sociedade era representado pelo leproso. Encarnando o mal e representando o castigo divino, a lepra se espalha rapidamente causando pavor e sentenciando seus portadores à exclusão. Entretanto, com o fim das Cruzadas e a ruptura com os focos orientais de infecção, a lepra retira-se, deixando aberto um espaço que vai reivindicar um novo representante (SILVEIRA, C.L BRAGA,2004).

Para Koda (2002) aos olhos do homem europeu, a lepra manifesta a presença de Deus na sua cólera e bondade, estando longe da comunidade se encontraria próxima da graça divina. Os leprosos são valorizados por Deus, segundo a liturgia, pelo fato de acreditar que foram punidos aqui na terra pelos males cometidos, assim era por meio do abandono e da exclusão que os leprosos obteriam a salvação.

Inicialmente esse lugar que ficou vago com a saída da lepra foi ocupado pelas doenças venéreas e mais tarde pelos pobres, vagabundos e loucos. Alguns séculos depois a loucura torna-se a herdeira legítima desse lugar de exclusão.

Nesse período surge a figura mítica da nau dos loucos, que vagava pelos rios, de cidade em cidade, povoando por muitos anos o universo imaginário do homem europeu. Acreditava-se que a água ao levar para longe, purificava, confiando o homem à incerteza da sorte. Os loucos eram entregues a navegantes que tinham a missão de deixá-los em outras cercanias ou a grupos de peregrinos que andavam por várias localidades em busca de um milagre. Como afirma Foucault (1978):

É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação liminar do louco no horizonte das preocupações do homem medieval-situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da sua cidade: sua exclusão deve encerra-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência.(p.12)

Nessa época irá predominar também a associação da loucura à possessão diabólica. Uma infinidade de demônios definia a ampla difusão das crenças numa poderosa e onipresente influência diabólica sobre a vida humana. Como os demônios eram considerados fontes seguras de prazeres e poderes e, principalmente conhecimentos especiais, se tornava mais fácil atribuir uma série de comportamentos pouco comuns, bizarros à cumplicidade com o demônio (PESSOTTI, 2004).

Silva (1977) ressalta que a Idade Média destacou-se como o período de maiores credences supersticiosas, em que as façanhas do “satanás” predominaram na mentalidade das pessoas. Os loucos eram considerados hereges, sendo martirizados em tribunais religiosos, que na maioria das vezes os condenavam às fogueiras.

Segundo o autor esse pensamento na idade média, faz voltar aos tempos em que predominava a superstição, comprometendo toda atividade médica. Foi um período de 400 anos de silêncio no que se refere aos estudos mentais. Os poucos especialistas que se dedicavam ao assunto faziam-no às escondidas.

Apesar de se perceber que desde a Idade Média já existiam mecanismos de exclusão do louco, ainda não é nesse período que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que requeira um saber específico, pois os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se meramente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele. Somente no próximo período histórico é que se transformará essa relação.

1.3-Os Séculos XVII e XVIII: A grande internação

O Século XVII foi marcado pelo surgimento dos primeiros movimentos intelectuais que propunham um novo modelo político que diminuísse o absolutismo dos reis e a instauração de um novo modelo econômico: o mercantilismo. Nesse século começaram a ser encarcerados todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, de comércio ou de consumo, assim a repressão predominantemente religiosa, passou a ter um caráter econômico.

A exclusão se dá devido à ordem burguesa em construção, à relação do homem com o trabalho, ao comércio, à necessidade de um novo controle social. São criados em toda a Europa, estabelecimentos de internação denominados hospitais gerais, para onde eram

enviados todos aqueles que comprometiam essa nova ordem: marginalizados, pervertidos, miseráveis e dentre eles os loucos (FOUCAULT, 1978).

Nessa época começa uma caminhada para uma abordagem científica do desvario e do descontrole emocional, trazendo em si a característica de colocar em segundo plano as concepções mágicas da loucura. Como afirma Foucault (1978):

A experiência clássica da loucura nasce. A grande ameaça surgida no horizonte do século XV se atenua, os poderes inquietantes que habitavam a pintura de Bosch perderam sua violência. Algumas formas subsistem, agora transparentes e dóceis, formando um cortejo, o inevitável cortejo da razão. A loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem e da morte, uma figura escatológica; a noite na qual ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão da sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidio e absoluto. Ei-la amarrada, solidamente no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital. (p.42)

Dessa forma em 1656 é fundado em Paris o Hospital Geral e várias instituições foram reorganizadas com a tarefa de recolher, alojar e alimentar os pobres. Estas não possuíam o tratamento como objetivo, mas se constituíam como uma solução para o problema da miséria. As pessoas eram isoladas no interior desses hospitais reconstituindo os velhos rituais de isolamento dos leprosos.

O que Foucault denominou de A Grande Internação caracteriza-se então por transformar o hospital, ao mesmo tempo, num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão:

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer-o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontrou em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo. (Foucault, 1978, p. 38)

É somente no século XVIII que a loucura passa a ser isolada de outras formas de desatino, assumindo o papel de legítima herdeira do espaço de internamento. Esta é marcada como objeto do saber médico, caracterizando-se como doença mental e, portanto, passível de cura. Neste século considerado pelos iluministas como o século das luzes, a razão vem a

ocupar lugar de destaque, posto que era através dela que o homem poderia conquistar sua liberdade e felicidade (SILVEIRA, C.L. BRAGA,2005).

No final desse século, acontecimentos históricos repercutiram na Europa Ocidental, principalmente na França, onde as idéias liberais e libertadoras passaram a se estabelecer como discurso. A Revolução Francesa tornava-se símbolo de uma transformação na humanidade suscitando a proclamação dos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade.

As casas de internamento passaram a ser questionadas, posto a constatação de que elas não resolviam o problema do desemprego e da pobreza, o internamento foi criticado, principalmente no âmbito econômico, posto que detinha mão de obra necessária ao processo de industrialização. Dessa forma o desemprego vai se separando das sanções morais e a indigência passa a ser visualizada como fenômeno econômico: o pobre como força de trabalho torna-se importante para a riqueza do Estado.

Esse movimento revolucionário trouxe a necessidade de transformação das instituições sociais e aqueles pacientes que podiam produzir foram inseridos no trabalho. É nesse contexto que o jovem médico Phillipe Pinel³ é indicado para ser reformador de um hospital em Paris, o Hospital de Bicêtre (AMARANTE, 2003). Assim se inicia o processo de reforma do espaço hospitalar: o surgimento do hospital psiquiátrico.

1.4 - Pinel: O tratamento Moral e o surgimento do Asilo

De fato em 1793, Pinel rompe com as práticas dominantes, libertando os loucos das correntes que os prendiam. Acreditando que eles precisavam de um tratamento mais humano advogava uma terapêutica moral como base da sua medicina.

Castel (1978) cita os fatores que na época serviram de explicação para as novas relações da sociedade com a loucura: o contexto político do advento do legalismo (com a ruptura do equilíbrio tradicional de forças do Antigo Regime surge a necessidade de novas formas de regulação social); o surgimento de novos agentes (a justiça, as administrações locais e a medicina); a atribuição do status de doente mental ao louco e a constituição de uma nova estrutura institucional (o asilo de alienados). Assim a Psiquiatria surge como resposta a uma problemática social e ocupa o lugar de instância reguladora da loucura.

³ Phillipe Pinel ,médico enciclopedista, filósofo e naturalista, foi indicado pelo também filósofo Pierre-Jean – Georges Cabanis, para ser reformador do hospital.

Silva Filho (1987) discorre sobre essa positividade da Psiquiatria em controlar, sem arbítrio, a desordem social provocada pela figura do louco:

Diferenciando o louco do cidadão comum, responsável e obediente às leis, e por isso digno de liberdade; do criminoso que racional e responsável transgredir as leis, por isto se faz merecedor da prisão; e do miserável ser agora pleno de direitos e, portanto merecedor de trabalho, o alienismo instaura uma nova relação da tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor versus a incapacidade do tutelado, categorizado como ser incapaz de intercâmbios racionais, isento de responsabilidade e, portanto digno de assistência. Além do estatuto de doente, ganha o louco o de menor, ficando o médico, no caso o Psiquiatra, como seu tutor respondendo assim ao desafio da administração e controle legal da loucura na sociedade liberal. (p.91)

Com o surgimento da Psiquiatria, a loucura continuava a ser um problema que se diferenciava da pobreza, ela merecia uma assistência que pudesse minimizar o temor por ela despertado na sociedade. Dessa forma a loucura permanecerá dentro do campo da exclusão, agora com a diferença de estar sob a vigília médica.

Foucault (1978) inverte a explicação científica das reorganizações institucionais, demonstrando como as instituições surgem de necessidades sociais e não de descobertas científicas ou do aprimoramento do conhecimento; o asilo seria o *a priori* da psiquiatria, e não o contrário. Através do princípio do confinamento e do ideal da normatização do sujeito louco no asilo é produzida uma nova experiência do fenômeno da loucura.

Neste processo de apropriação da loucura pela medicina o *conceito de alienação* tem um papel fundamental, este se torna sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, mas uma desordem desta. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social, deixando-o fora da realidade (TORRE, 2001).

Através do conceito de alienação a forma da sociedade conceber a loucura passa a ser profundamente influenciada por uma ciência que, num primeiro momento, Pinel define como o *alienismo*. Se o alienado era desprovido de juízo, seria por extensão, perigoso, para si e para a sociedade. Um dos principais autores da clínica psiquiátrica, Emil Kraepelin considera que todo alienado constitui, de algum modo, um perigo para seus circunstantes, porém, em especial, para si próprio.

Assim, segundo Pinel, o princípio terapêutico do tratamento moral, se refere ao isolamento do mundo exterior. Se as causas da alienação mental estavam presentes no meio social, era o isolamento que permitia afastá-las, transportando o enfermo para um meio no qual as mesmas não podiam mais prejudicá-los (AMARANTE,1996).

Neste contexto em que Pinel dá início à transformação do hospital de Bicêtre, a elaboração do conceito de alienação possibilita a manutenção do internamento, já que o doente mental era um dos habitantes do antigo "hospital" que, com a revolução francesa, seria extinto. Isso ocorre na medida em que a internação deixa de ter uma natureza filantrópica ou jurídico-política, tal qual no período absolutista, e passa a ter o caráter de tratamento.

Enfatizando as idéias de Pinel, Esquirol, posteriormente, vem a apresentar as razões para justificar esse isolamento: garantir a segurança social dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT, 1978).

Para Castel (1978) o ato fundador de Pinel foi o ordenamento do espaço hospitalar através da exclusão e do isolamento. Assim se inicia uma série de críticas à concepção pineliana e a seu caráter de tratamento, posto que a partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o louco aparece, sem dúvida, seqüestrado como os outros, porém por outras razões.

É notório então vislumbrar que a liberdade da qual falava Pinel não significava a liberdade de sair do asilo, mas o direito ao tratamento numa instituição autorizada, o louco é libertado dos porões, mas não do hospício. Como nos afirma Foucault (1978):

...se o século XVIII aos poucos abriu lugar para a loucura, se distinguiu certas figuras dela, não foi aproximando-se dela que o fez, mas, pelo contrário, afastando-se dela: foi necessário instalar uma nova dimensão, delimitar um novo espaço e como que uma outra solidão para que, em meio desse segundo silêncio, a loucura pudesse enfim falar. Se ela encontra seu lugar, isto acontece na medida em que é afastada; deve seus rostos, à uma indiferença que a isola. De modo que o máximo de distância será conseguido às vésperas do dia em que ela surgirá como “limitada” e transformada em “humana”, às vésperas do mesmo dia em que Pinel reformará a Bicêtre. (p. 393)

Então é válido afirmar que ao mesmo tempo em que Pinel foi enaltecido devido ao ato de “libertar os loucos” também foi muito criticado, como afirma Resende (2000) ao ressaltar que, se as amarras que prendiam fisicamente foram suprimidas, outras surgiram mais

perigosas e sutis. Foucault (1978) apresenta crítica semelhante, ao afirmar que “...reconstituiu-se em torno deles (os loucos) todo um encadeamento moral que transformava o asilo numa instância perpétua de julgamento; o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, ridicularizado nos seus erros.” (p.26).

Conforme constatado as concepções pinelianas tentaram vislumbrar a recuperação do louco, dando um caráter técnico a sua prática e realizando o “gesto libertador” dos loucos, liberdade esta caracterizada como paradoxal posto que só poderia ser efetivada dentro dos muros do hospital, sob a tutela do médico.

1.5- A Assistência Psiquiátrica no Brasil: o Hospital, as Colônias e as modalidades de tratamento.

No Brasil a loucura só veio ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX. As mudanças exigidas socialmente e economicamente, solicitavam medidas eficientes de controle social, sem as quais ficaria impossibilitado o crescimento ordenado das cidades e das populações.

Em 1830 é realizado um diagnóstico da situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro, pela Sociedade de Medicina da cidade. A partir desse levantamento os loucos passaram a ser vistos como doentes mentais, merecendo um espaço para sua reclusão e tratamento, já que eram encontrados em todas as partes: nas ruas, nas prisões e casas de correções, em asilos e nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Assim a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil ocorreu no ano de 1852: o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1994; COSTA, 1980).

O Hospício D. Pedro II tinha capacidade para 350 pacientes e recebia pessoas de todo império. Ao ser inaugurado já abrigava 144 doentes, atingindo sua capacidade completa pouco mais de um ano depois. Os hospitais que eram abertos, em pouco tempo estavam lotados e seus administradores clamavam por mais verbas e mais hospitais (RESENDE, 2000).

Com a justificativa de se proporcionar aos pacientes calma, tranqüilidade e espaço era comum construir hospícios geograficamente isolados. Para que os crescimentos das cidades não os deixassem perigosamente mais próximos os hospitais psiquiátricos eram construídos

cada vez mais distantes, assim o isolamento e a proteção contra fugas continuavam garantidos (RESENDE, 2000).

Os profissionais, não médicos, por sua vez não tinham discurso próprio, eram representantes do discurso psiquiátrico. Estabelecia-se desta maneira um sistema hierárquico, e a sua funcionalidade introduziu a dimensão da ordem nesta estrutura. Esta, a ordem, se realizaria de muitas formas, como o controle do tempo e do espaço dos internados. Neste sistema hierarquizado, as visitas dos familiares eram abolidas, pois poderiam propiciar o surgimento de um discurso próprio, que iria contrariar o discurso psiquiátrico e quebrar o núcleo de toda a organização (ROBORTELLA, 2000).

A prática psiquiátrica passou a adotar a capacidade laborativa como ponto de divisão entre os normais e os doentes mentais, se empenhando em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. Conforme Pinel já teria observado em visitas aos vários hospícios da Europa, naqueles onde os pacientes trabalhavam para “pagar” os gastos que se faziam com eles e em outros nos quais os pacientes ocupavam-se com lazer e jogos, os pacientes pareciam mais ativos, menos bestificados e mais tranquilos, levando-o a concluir pelo valor terapêutico do trabalho (RESENDE, 2000).

Assim no âmbito da assistência, Amarante (1994) descreve a implantação das duas primeiras colônias de Alienados no Brasil, inspiradas nas experiências européias, que por sua vez foram baseadas numa prática natural de uma pequena aldeia belga, Gell, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa. O trabalho passou a ocupar uma função terapêutica, já que a idéia desse modelo de colônias era de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho.

A idéia das colônias agrícolas se encontrava ainda com as necessidades do sistema capitalista na valorização do trabalho e exigência de mão de obra e com a vocação agrária da sociedade brasileira. Dessa forma a maioria dos Estados brasileiros incorporou colônias agrícolas a sua rede de serviços, seja como modalidade de complemento aos tradicionais hospitais existentes ou em outros casos como opção exclusiva ou predominante (AMARANTE, 1994).

Porém um dos maiores entraves ao sucesso do modelo das colônias se referia ao fato de que localizados a uma distância considerável daqueles que o procuravam, a centenas de quilômetros, os hospitais colônias não tinham condições de interferir na seleção das pessoas que lá deveriam se internar, assim na população das colônias eram encontrados, além de pacientes que já tinham passagens pelo hospital psiquiátrico, moças desvirginadas, crianças

órfãs, mendigos, que lá chegavam por intermédio de um político local ou delegado de polícia (RESENDE 2000).

Além disso, a superlotação, os recursos humanos escassos, os maus tratos e as condições estruturais precárias, denunciavam que as colônias tinham as mesmas características dos hospícios, atestando a sua função social de exclusão do doente mental.

Partindo para as décadas de 20 e 30, o discurso predominante era o de ordem preventista que enfatizava a higiene, profilaxia mental e eugenia. A higiene mental tinha como objetivo preservar o psiquismo do indivíduo normal e realizar ações de prevenção nos indivíduos predispostos. Se a função fosse preservar o indivíduo normal seria a profilaxia mental; se, porém, o fim visado fosse manter e melhorar o ajustamento psíquico falava-se em higiene mental propriamente dita. Já a eugenia se referia ao estudo dos fatores socialmente controláveis que poderiam elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, no âmbito físico e mental (ESCOLA, 2003).

A euforia pela descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico e da eletroconvulsoterapia, é vislumbrada na década de 30. A Psiquiatria se torna então mais poderosa e novos asilos são construídos na década de 40, com uma quantidade maior de vagas e com modernos centros cirúrgicos para realização das lobotomias⁴ (AMARANTE, 2004).

De importância relevante nos anos 40, especificamente em 1948, destacamos o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira⁵, que propôs como alternativa às formas violentas de tratamento, a implantação do setor de terapia ocupacional no Hospital Psiquiátrico D.Pedro II. Nise da Silveira passou a inserir técnicas expressivas de desenho, pintura e esculturas, defendendo que os sintomas psicóticos faziam parte da diversidade humana e cada paciente, por mais diferente que fosse, compunha o que conceituava como “os inumeráveis estados do ser” (ESCOLA, 2003, p.22).

Já na década de 50 aparecem os primeiros neurolépticos e nos manicômios os enfermos tornavam-se menos agitados. A farmacologia começava a pressionar com sua propaganda industrial, dando origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre era tecnicamente orientada. Foi a partir do advento da descoberta das novas substâncias farmacológicas, que a Psiquiatria pôde exercer suas proposições de controle dos distúrbios mentais.

⁴ A lobotomia, mais apropriadamente chamada leucotomia é uma intervenção cirúrgica no cérebro, onde são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas. Foi utilizada no passado em casos graves de esquizofrenia.

⁵ Os trabalhos realizados por Nise da Silveira encontram-se no site: www.museudoinconsciente.com.br.

Segundo os criadores das primeiras dessas substâncias-a clorpromazina, tais medicamentos têm a capacidade de produzir um estado de indiferença, são quanto à excitação e agitação psicomotora; reduzem os sintomas psicóticos, como alucinações e delírios. Assim os portadores de transtornos mentais tornavam-se alvo também de outros tipos de camisa de força: as novas substâncias descobertas.

Partindo para a década de 60 observamos que com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. Dessa forma o Estado sofria pressões sociais com a intenção de lucro pelos empresários e a doença mental tornava-se objeto de lucro, ocorrendo surpreendente aumento do número de leitos psiquiátricos. Assim a Previdência Social chegou a destinar 97% do total de recursos da Saúde Mental para as internações na rede hospitalar (Amarante, 1994).

Enquanto diversos movimentos aconteciam em diversos países objetivando uma mudança no paradigma de atendimento em saúde mental, como discutiremos no próximo capítulo somente a partir da década de 70 experiências inovadoras foram implementadas no âmbito da assistência psiquiátrica no Brasil, contra a prática excludente instaurada, o poder médico psiquiátrico, o número excessivo de internações psiquiátricas e a favor da implantação de uma rede de serviços comunitários, conforme descrito mais adiante.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 – Os principais movimentos

“Não tem dó no peito, não tem jeito, não tem ninguém que mereça, não tem coração que esqueça.”

Geraldo Azevedo

Vários autores descreveram as características das instituições psiquiátricas, principalmente no que se refere ao seu caráter de exclusão e estigmatização, aspectos que mais tarde vieram a denunciar as péssimas condições oferecidas e a necessidade de reformulação das práticas vigentes.

Gradella Júnior (2002) afirma que o hospital psiquiátrico favoreceu o processo de cronificação do sujeito, justificando a tutela e a submissão do portador de transtornos mentais a mecanismos de violência institucional. Segundo esse autor:

Ao cronificar o sujeito, a instituição psiquiátrica o condena ao internamento por toda vida, ou podemos dizer à morte em vida, pois impossibilita qualquer possibilidade de retorno ao convívio social, pela total falta de resolutividade nas ações terapêuticas e pelo desconhecimento do fenômeno estudado. (p.3)

Goffman (1999) em seus estudos sobre os asilos também apontava as características das instituições totais, os chamados “fatores etiológicos”, a saber: perda de contato com a realidade externa; ócio forçado; submissão a atitudes autoritárias de médicos e restante do pessoal técnico; perda de amigos e propriedades; sedação medicamentosa; condições do meio ambiente nos pavilhões e enfermarias e perda da perspectiva de vida fora da instituição.

Além das críticas supracitadas sobre o hospital psiquiátrico, o fim da Segunda Guerra Mundial também influenciou o desencadear de diversos movimentos. O asilo como espaço de tratamento dos portadores de transtornos mentais passou a receber inúmeros questionamentos por toda Europa, posto que muito se assemelhavam aos campos de concentração. Além de se constatar também que era de fundamental importância a recuperação da mão de obra invalidada pela guerra. Para Amarante (1995) a reforma dos hospitais psiquiátricos se

configurava enquanto “imperativo social e econômico” (p. 28), perante o grande desperdício de força de trabalho.

As cenas de violência e exclusão vivenciadas durante a Guerra propiciaram uma reflexão sobre a forma pela qual a Psiquiatria vinha lidando com o sofrimento mental, principalmente no que se refere à privação da liberdade e desrespeito aos direitos humanos. Foi nesse período que a Psiquiatria sofreu profundas transformações, sendo alvo de críticas e de tentativas de superação dos problemas apontados, numa busca de novas abordagens na teoria e na técnica.

Amarante (2003) divide tais experiências em três grandes grupos, o primeiro deles tem como proposta inicial promover mudanças dentro do próprio modelo do hospital psiquiátrico, se inserindo aqui a *Comunidade Terapêutica* e a *Psicoterapia Institucional*, o segundo grupo atribui à comunidade a importância fundamental para a eficácia do tratamento, neste grupo se inclui a *Psiquiatria de Setor* e a *Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva)*; já para o terceiro grupo as mudanças devem ser realizadas na própria Psiquiatria, as práticas e o saber psiquiátricos eram questionados na *Antipsiquiatria* e na *Psiquiatria Democrática Italiana*.

O movimento das Comunidades Terapêuticas caracterizou um processo de reforma predominantemente restrita ao espaço do hospital psiquiátrico, ou seja, pensava-se que a transformação deveria ser feita em primeiro lugar, dentro do âmbito do hospital. Dessa forma o movimento foi estruturado a partir de mudanças administrativas e técnicas que passaram a valorizar aspectos democráticos, participativos e coletivos, ocasionando uma transformação na dinâmica do hospício.

Maxswell Jones, um dos principais militantes desse movimento propunha que o papel terapêutico deveria ser assumido tanto pelos médicos e pacientes quanto por familiares e pela comunidade. Com esse objetivo criou as reuniões diárias e as assembléias gerais, todos deveriam participar com igual importância na organização do dia a dia do hospital.

Os princípios da Comunidade Terapêutica, com os quais se buscava o máximo aproveitamento técnico de todos os recursos da instituição, eram os seguintes:

Liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções; análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal de tudo que acontece na instituição; tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais em um ambiente de extrema tolerância; atividades coletivas (bailes, festas, excursões...); presença de toda comunidade nas decisões administrativas do serviço. (DESVIAT, 1999, p.35)

Apesar de representar um grande avanço em sua época, a experiência das Comunidades Terapêuticas apresentou alguns pontos alvos de muita crítica. Rotelli(1989) afirma que tal movimento foi uma importante modificação dentro do hospital, mas indicou que ela não conseguiu tratar com clareza o problema da exclusão , questão esta que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico. Já Amarante (2002) assinala que embora essa proposta tentasse modificar o hospital para que este voltasse a alcançar seus objetivos iniciais de tratar os pacientes, não questionou outros aspectos tais como: o lugar onde eram desenvolvidas as práticas da Psiquiatria, o conceito de doença mental e a relação entre doença mental e sociedade.

Semelhante às Comunidades Terapêuticas o movimento denominado Psicoterapia Institucional, iniciado na França, propunha que a reestruturação dos hospitais seria a melhor forma de retomada do caráter terapêutico da Psiquiatria e superação das dificuldades denunciadas no pós-guerra. Na Europa, durante a Guerra, muitas pessoas haviam experimentado a fome, tendo em alguns casos não resistido e falecido. Se para a população geral já era difícil, nos hospitais psiquiátricos a situação era ainda mais alarmante.

Para Desviat (1999) essa experiência é a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. A proposta teve como principal representante o jovem catalão Tosquelles⁶, que exerceu uma forte mudança no Hospital francês de Saint Alban, onde foram implementadas ações para salvar os pacientes da morte e oferecer melhores condições de tratamento.

Tosquelles tinha como objetivo resgatar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, assim apontava para a possibilidade de retornar a proposta inicial, para ele fundadora da Psiquiatria, de que o hospital deveria ser um local de tratamento e cura. Para ele o hospital estaria distante da sua finalidade inicial, posto que se tornara local de violência e opressão (AMARANTE, 1996).

Na Psicoterapia Institucional houve forte influência da Psicanálise, principalmente das teorias psicanalíticas de Jacques Lacan, que nesta época defendia e discutia suas idéias na França. Assim esse movimento tornou-se conhecido como introdutor da Psicanálise nas instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1996).

Esses dois movimentos descritos até então, salientam uma forma de mudança restrita ao espaço hospitalar. Enquanto a Comunidade Terapêutica concentrava-se numa organização de natureza funcional na estrutura hospitalar, a Psicoterapia Institucional tinha como finalidade

⁶ Tosquelles, exilado antifranquista da Guerra Civil Espanhola, atuou como enfermeiro no hospital psiquiátrico de Saint Alban, sendo depois aprovado no curso de medicina , fato que o levou a assumir a direção do Hospital.

modificar a terapêutica das próprias relações da instituição. Para Amarante (1996) esses dois movimentos influenciaram as iniciativas posteriores, com importantes resultados.

Um outro movimento foi a Psiquiatria de Setor também iniciado na França, em 1945, anterior à Psicoterapia Institucional. Sua proposta tinha como objetivo oferecer uma alternativa ao doente entre a doença e a instituição psiquiátrica, assim seus defensores pensavam em levar a psiquiatria à população, nos locais habituais de convivência.

Os precursores da Psiquiatria de Setor consideravam a estrutura hospitalar alienante, onde o tratamento não poderia ser eficaz, apontando para a necessidade de desenvolver outros locais e novos meios de atuação da Psiquiatria.

Um dos fatores que influenciou o desenvolvimento dessa proposta foi o alto custo das internações psiquiátricas. Com a intenção de reduzir os custos, além dos outros objetivos, o paciente deveria ser tratado dentro da própria comunidade, que era dividida em setores geográficos, sendo acompanhado por uma equipe de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Assim o hospital também seria dividido em setores, conforme a divisão da região. Essa divisão facilitava o acompanhamento dos pacientes no território (ESCOLA, 2003). Os hospitais psiquiátricos continuavam a existir, porém não eram a única opção, mas uma das fases do tratamento, quando necessária.

Esse modelo baseado no setor recebeu críticas principalmente no que concerne ao fato de que essa política poderia dimensionar o conceito de desvio, posto que qualquer comportamento de não adaptação à sociedade deveria ser controlado, fiscalizado, enquadrado pelos técnicos, visando garantir a funcionalidade do sistema.

Outro movimento que aqui descrevemos surgiu nos Estados Unidos, na década de 60, e ficou conhecido como Psiquiatria Comunitária ou Preventiva. O nome mais associado a esse movimento é o de Gerald Caplan, que defendia a possibilidade de intervenção sobre as causas e a evolução das doenças mentais e acreditava na possibilidade de não somente tratar os distúrbios mentais, mas evitá-los, e “formar uma comunidade mentalmente sadia” (AMARANTE, 2003, p. 45). A loucura era reconhecida como desadaptação social, como reação a um meio angustiante. Com esse movimento surgiu o termo saúde mental dentro da Psiquiatria.

Para os precursores dessa proposta os doentes procuravam o serviço apenas quando estavam doentes, em crise, em desespero, sendo necessário então uma busca aos suspeitos, aos que poderiam adoecer mentalmente, busca esta realizada principalmente através da realização de questionários com perguntas sobre vários aspectos da vida pessoal, indicando possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico. De acordo com Caplan (1980):

Uma pessoa suspeita de distúrbio mental deve ser encaminhada para investigação diagnóstica a um psiquiatra, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz, ou de um superior administrativo no trabalho. A pessoa que toma iniciativa do encaminhamento deve estar cônica de que se apercebeu de algum desvio no pensamento, sentimentos ou conduta do indivíduo encaminhado, e deverá definir esse desvio em função de um possível distúrbio mental. (p.47)

Amarante (2003) entende que a partir dessa experiência foi inserido o termo saúde mental, ao invés de apenas doença mental, pois: “Ampliouse a faixa de atuação da Psiquiatria, que antes era preocupada somente com a doença mental e em curar os doentes, ou quando muito com o que se denominava de profilaxia. Agora pretendia-se levar a saúde mental para toda comunidade”(p.46).

Tal proposta veio a influenciar a formulação das políticas de saúde mental no Brasil e demais países da América Latina, na década de 70. Ela foi incorporada ao discurso da Organização Mundial de Saúde, que indicou esta proposta como modelo a ser seguido pelos países do terceiro mundo.

O programa de prevenção dos Estados Unidos gerou um aumento significativo da população atendida em serviços não hospitalares o que não significou redução do número de internações psiquiátricas, posto que ocorreu um aumento do contingente de pessoas atingidas por intervenções de ordem psicológica enquanto que os pacientes psiquiátricos permaneciam no sistema asilar(AMARANTE, 2003).

A Psiquiatria era vista pela Antipsiquiatria como instrumento de violência ao ser humano. A internação era fortemente questionada posto que não cumpria seus objetivos iniciais de tratamento e recuperação, permitindo ao movimento assumir um papel muito importante no questionamento da ordem imposta pelo saber e instituições psiquiátricos(AMARANTE,2003).

Para Roudinesco(1998) a Antipsiquiatria teve ao mesmo tempo, uma duração efêmera e um impacto considerável no mundo inteiro, ressaltando que a proposta teve a idéia de extinguir o manicômio e eliminar a noção de doença mental.” Ela foi uma espécie de utopia: a da possível transformação da loucura num estilo de vida, numa viagem, num modo de ser diferente e de estar do outro lado da razão...” (p.26)

Os movimentos descritos acima, por mais que não tenham se revelado como uma forma ideal e completa de oferecer uma nova forma de acolher, tratar e conceber a doença mental,delinearam algo, deixaram uma marca que veio de alguma forma influenciar inúmeras

práticas êxitosas. Nas páginas seguintes, iremos apresentar e discutir, de forma mais aprofundada, o movimento que mais influenciou o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira atual: a Psiquiatria Democrática Italiana.

2.2 - Psiquiatria Italiana: Desconstruindo o hospital psiquiátrico

O maior representante do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana foi o Psiquiatra Franco Basaglia, que em 1961 abandonou suas atividades acadêmicas na Universidade de Pádua para dirigir o Hospital Provincial de Gorizia, habitado por internos em condições de vida extremas, que muito lhe lembraram os tempos que passou na prisão durante a Segunda Guerra Mundial⁷.

Logo ao assumir a direção do Hospital de Gorizia, Basaglia realizou grandes mudanças no cotidiano hospitalar, como a extinção dos métodos coercitivos e violentos de tratamento e a adoção de medidas que tinham como objetivo resgatar a dignidade e a cidadania do portador de transtorno mental. Com base nesse ideal, incentivou a participação dos médicos, técnicos e pacientes em espaços coletivos, nas assembléias e reuniões, culminando na abertura, em 1962, à comunidade do primeiro pavilhão do hospital.

Em 1968 os trabalhadores de Gorizia solicitaram à administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros de saúde na comunidade, posto que grande parte das pessoas permaneciam no hospital devido a ausência de condições econômicas e sociais para viver fora da estrutura manicomial. Diante das resistências políticas e administrativas encontradas, a equipe se demitiu em bloco e declarou cura à todos os pacientes (AMARANTE, 1994).

Neste contexto, inúmeros fatores passaram a ser questionados dentre eles o papel do técnico, que para programar as mudanças em Gorizia, precisou rejeitar a delegação de poder implícita no seu saber, processo denominado por Basaglia como renúncia ao mandato terapêutico, ou seja, recusa de controle social delegada aos técnicos pela instituição hospitalar e pela sociedade (AMARANTE, 2003).

Os precursores do movimento italiano criticaram arduamente o manicômio e as instituições. Para Franco Rotelli (1990 a) o manicômio pode ser considerado como o lugar zero de troca, posto que todas as singularidades são desconsideradas. A única diferença que

⁷ Basaglia participou do movimento civil de resistência armada ao regime fascista e sua aliança com o nazismo, denominado Resistência Italiana, sendo por isso detido até o fim da segunda guerra mundial (Amarante, 2003).

ainda torna-se possível é a dos diferentes sintomas e diagnósticos. Portanto o que importa não é a forma como administrar o hospital, mas o que precisava ser questionado era o seu lugar de controle social.

Com base na idéia do manicômio como espaço zero de troca, Saraceno (1999) acena que os manicômios são iguais em toda parte, ou seja, independente da situação sócio-econômica do país onde se encontre. As características do hospital são muito semelhantes, com pacientes abandonados e ociosos, banheiros úmidos e mal cheirosos; salas de estar esfumaçadas, onde os pacientes permanecem incomunicáveis; internos contidos nos leitos ou isolados em quartos e vastos consumidores de cigarro e café.

As instituições em geral, por reproduzirem as formas de relações sociais predominantes, necessariamente contribuirão para o processo de alienação e despersonalização, através da violência e da exclusão, que estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade capitalista, onde todo aquele que não tem aptidão para o trabalho é considerado diferente ou anormal. Uma das características das instituições é a nítida divisão entre os que têm poder e os que não têm poder, ocasionando uma relação de opressão e violência entre poder e não poder. Assim Basaglia (1985) afirma:

Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária e manicomial. A violência e exclusão estão justificadas por serem necessárias, nas primeiras como consequência da finalidade educativa, nas segundas “da culpa” e “da doença”. Tais instituições podem ser definidas como instituições da violência. (p.101)

Para os defensores do movimento a instituição é o conjunto que liga os saberes, as administrações, leis, os regulamentos, os recursos materiais, que formalizam a relação médico-paciente. Rotelli(1990) ressalta que nesta o médico busca uma relação com o paciente , só entre ele e o paciente, entre ele e a loucura , sem perceber que os mesmos estão dentro desta rede institucional, a psiquiatria dentro desta instituição se preocupa com a doença e não com o doente, se detém numa cadeia disciplinar e não nas necessidades dos pacientes. Conforme afirma:

Ele vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim suposto saber. Mas se este produziu um resultado como o manicômio, provavelmente não é um bom saber. (p. 151)

É a realidade dessa instituição, desse saber detido pela Psiquiatria, que o Movimento difundido na Itália veio a combater, propondo novas formas de tratar na comunidade, esta é a instituição a ser negada, questionada radicalmente. Conforme afirma Basaglia (1994):

...É a negação da instituição manicomial: da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental enquanto resultado de uma doença paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição. (p.16)

Inicialmente Basaglia (1985) aplicou os princípios adotados na Psicoterapia Institucional e nas Comunidades Terapêuticas. Pouco tempo depois considerou que os modelos adotados pela França e Inglaterra não seriam úteis para uma transformação verdadeira da assistência psiquiátrica, posto que nenhum deles conseguiu colocar em questão, junto com o paciente, a instituição da psiquiatria. Para ele os modelos francês e inglês tentaram modificar as práticas da Psiquiatria, mas não colocavam as instituições e o saber psiquiátrico em questionamento, assim afirma que a maior prova disso é que os hospitais psiquiátricos ingleses e franceses, não conseguiram reduzir o número de pacientes e as formas de tratamento não foram melhoradas.

Pouco tempo depois Basaglia começou a realizar reflexões críticas sobre a ineficácia de tais experiências, que tinham como objetivo apenas reformar o hospital psiquiátrico: o movimento das Comunidades Terapêuticas apesar de ter promovido mudanças significativas no interior do hospital, não questionou a exclusão imposta pela Psiquiatria e a Psicoterapia Institucional enfatizou a o espaço hospitalar e não considerou a função social da Psiquiatria, dos hospitais e dos técnicos. Para ele o fato do movimento italiano ter se iniciado mais tarde em relação ao restante da Europa, propiciou o aparecimento de novas idéias e práticas transformadoras (AMARANTE, 2003).

Então é notório afirmar que a desconstrução questionava as bases do dispositivo psiquiátrico, na sua forma de atuar frente à loucura. Não havia modernização, nem novas estruturas, que resolvessem a questão da cura em psiquiatria. A partir de então a cura se torna

a ação de produzir subjetividade, sociabilidade, sendo defendida a idéia de que construindo a história dos sujeitos poderia mudar a história da própria doença.

Com base nesse pressuposto a ciência psiquiátrica foi arduamente criticada, a proposta de Basaglia recusava aceitar a hipótese do todo incompreensível da doença mental e o processo de rotulação nosográfica do individuo diagnosticado doente mental (AMARANTE, 2003, v.2). A hipótese é a de que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença", da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre essa separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a "instituição"), todos referidos à "doença". É esse conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, como "existência" doente (ROTELLI, 1990).

Desse modo, Basaglia introduz o conceito de duplo da doença mental, descrevendo tudo que se sobrepõe à doença, tudo que se constrói em torno do indivíduo devido ao processo de institucionalização, com base em atributos que não são próprios da condição de estar doente, mas sim de estar institucionalizado ou estigmatizado, negando a subjetividade do individuo, da identidade do louco e principalmente de sua objetivação externa como objeto de saber (AMARANTE, 1994).

Esta forma de tratar o transtorno mental se apresenta cercada de preconceitos, justificados cientificamente, tais como a crença de que todo louco é perigoso, insensato, irrecuperável e incompreensível (AMARANTE, 2003). Para Basaglia (1985) o ato terapêutico mais fundamental consistia em descobrir a pessoa, o sujeito que sofria, encoberto e coisificado por todos esses rótulos e conceitos.

Submetido às mais variadas formas de coerção, o paciente internado passa a reproduzir em seu comportamento tudo aquilo que recebe da instituição: violência, indiferença e alienação. Dessa forma independente do grau de sofrimento mental, dentro de algum tempo torna-se difícil distinguir o que é próprio da doença ou marca da sua condição de ser institucionalizado. Conforme afirma Basaglia (1985):

Se no início o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova segundo o tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e os estereótipos culturais com que o rodearam... O doente, que já sofre de uma perda de liberdade que se pode considerar como característica da doença, ao aderir a um novo corpo que é, na realidade, o da instituição, está negando cada desejo, cada ação e cada aspiração autônomos que fariam com que se sentisse ainda vivo e ainda ele próprio. (p.121)

Dessa forma é nítido vislumbrar que não é tanto a doença mental que está em evidência, mas a falta de poder contratual⁸ do doente mental, que não encontra outra saída de oposição a não ser apresentar comportamentos anormais e excêntricos, atitudes institucionalizadas:

Assim sua couraça de antipatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: è o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído (BASAGLIA, 1985, p.120).

As idéias defendidas por Basaglia não negam a existência da doença, porém o que passa a ser colocado em questão é o conceito de doença mental construído pelo saber psiquiátrico, fator este que Basaglia denomina como “colocar a doença mental entre parênteses”, ocupando-se da doença mental não a partir do conceito psiquiátrico, mas considerando tudo aquilo que se construiu em torno da doença (AMARANTE, 1994).

Neste sentido é que a estratégia de negação adotada inverte a operação realizada pela psiquiatria, que coloca o doente mental entre parênteses, para assim conhecer a doença mental, como descreve Rotelli (1990):

A inversão, portanto, é o princípio de colocar entre parênteses, não o doente, mas a doença, com o qual se abre a possibilidade de fazer emergir os sofrimentos e os desejos do sujeito concreto em sua experiência-sofrimento em relação com o corpo social. (p.139)

Segundo Basaglia (1985) o doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser definido e limitado pela doença, assim atribui à Psiquiatria exercer as funções médica e social, com o objetivo de mostrar ao doente o que é a doença e como o tratou a sociedade, que o excluiu.

Então, para Basaglia, a tentativa de reintegrar o doente mental à sociedade não pode ser definida apenas como científica, mas engloba também os âmbitos sociais, políticos e culturais,

⁸ O poder contratual refere-se à capacidade do indivíduo estabelecer ordens e normas de acordo com as situações vividas.

exigindo uma resignificação do modo como a sociedade se relaciona com a doença mental.

Assim o autor afirma:

...se a doença mental está ligada, como a maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais, a níveis de resistência ao impacto de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio-econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo. Toda tentativa de abordagem do problema confirmará a viabilidade de uma tal empresa, e, ao mesmo tempo, lembrará que ela será, inevitavelmente, isolada e, assim, privada de qualquer significado social se não se acompanhar de um movimento estrutural de base que se ocupe daquilo que ocorre quando um doente mental recebe alta: o trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das circunstâncias que, em vez de contribuir para a sua reintegração acam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico. Falar de uma reforma atual da lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos. (1985, p. 116)

Dessa forma no ano de 1970, em Trieste⁹, Basaglia deu início a uma experiência ainda mais inovadora no Hospital de San Giovanni, onde após dois anos de trabalho tornou-se possível abrir os pavilhões e extinguir todas as formas de coerção, representados através das celas fortes e camisas de força, caracterizando um processo que ficou conhecido como desinstitucionalização (AMARANTE, 2003).

Algumas estratégias iniciais foram elaboradas por Basaglia ao iniciar os trabalhos no Saint Giovanni assim como a contratação de pessoal, redefinição da organização interna do hospital: os pacientes não seriam mais divididos conforme diagnóstico, houve a organização de pavilhões mistos (formados por homens e mulheres) e o sistema de punição também foi banido (AMARANTE, 2003).

Rotelli (1990) descreve que na cidade de Trieste, em substituição ao hospital psiquiátrico foram implantados sete centros de saúde mental (um para cada bairro), que funcionam 24 horas por dia, com atenção contínua e intensiva. São serviços que atendem a

⁹ Em 1970 Basaglia retornou à Itália, após um curto período em Parma e de uma estada em Nova York em Trieste pôde dar início à experiência mais inovadora (Amarante, 2003, v.2).

toda patologia psiquiátrica, porém dentro do bairro, atuando no âmbito territorial¹⁰, com as portas sempre abertas, com respeito ao direito das pessoas.

Além dos Centros de Saúde Mental houve organização de outros dispositivos a exemplo da rede de cooperativas: oficinas, ateliês, rede de apartamentos (para pessoas que não tem formas de estar com a família), dos lares abrigados, da associação de usuários e familiares e outros serviços inovadores no campo da saúde mental, constituindo um conjunto que passou a ser denominado de instituição inventada, posto suas características de inovação, de possibilidades de expressão de criatividade e renovação de seus objetos e técnicas.

Outro ponto de suma importância na reforma italiana se refere à aprovação da lei 180, em 1978, que proibia a internação no manicômio, mas conhecida como lei Basaglia trata-se da primeira lei que retrata condições efetivas de extinção do modelo manicomial e a criação de serviços alternativos na comunidade.

Desviat (1999) destaca alguns pontos importantes da lei 180, tais como: a proibição de internações após data estabelecida na lei; não poderiam ser construídos novos hospitais psiquiátricos; os serviços comunitários deveriam ser criados para determinadas áreas geográficas e foi abolido o estatuto de periculosidade do portador de transtorno mental, com avaliação das medidas que legitimavam a internação obrigatória.

A partir das experiências de Basaglia em Gorizia e em Trieste foi que um grupo de profissionais em saúde mental fundou o movimento conhecido por Psiquiatria Democrática Italiana, difundindo as idéias basaglianas por toda Itália.

Dessa forma a experiência de Basaglia estendeu-se pela Europa e pelo mundo, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde em 1973, como piloto em um plano de pesquisa sobre novas soluções em psiquiatria, no que se refere à adequação dos serviços às novas exigências da organização social. Daí a importância da obra basagliana defendida por alguns autores.

Ongaro Basaglia (apud: ROBORTELLA, 2000), descreve que a obra de Franco Basaglia deve ser encarada:

Não somente como mero fazer, mas como produtora de uma outra realidade e de uma outra cultura, tendo que lidar seja com o preconceito social para

¹⁰ Os serviços de base territorial são diferentes dos serviços comunitários. O território é definido “como uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam.”(Giovannella e Amarante,1994), ou seja vai além da área geográfica, é mais amplo que a comunidade.

com o doente mental, seja com o preconceito científico para com a doença. Não se tratou de uma simples mudança de teoria, substituível com uma nova ideologia de recâmbio, mas da demolição concreta de uma cultura, possível somente se, contemporaneamente, outras culturas pudessem ser construídas: outra sustentação, outro suporte, outro conceito de saúde e de doença, de normalidade e de loucura... (p. 10)

Diante do exposto podemos então destacar a experiência de Trieste, operada por Basaglia e seus seguidores como um processo de desconstrução das práticas psiquiátricas jamais visto, conforme nos afirma Delgado J. (1992) ao caracterizar as idéias basaglianas como mobilizadoras e desafiadoras de toda sociedade italiana, que tinha suas ruas invadidas pela loucura que pulava os muros do hospital e habitava no dia a dia da cidade, assim afirma:

A progressiva abertura do manicômio de Trieste, ao buscar entre outras coisas restituir ao louco a sua condição de cidadão-indivíduo que sofre, mas que é acima de tudo um cidadão-desmascarou estruturas hipócritas que legitimavam a sanidade” dos de fora” em troca da loucura”dos de dentro” e praticamente forçou um posicionamento de cada cidadão a respeito do tema. (p.13)

Com a demonstração prática de uma experiência realizada os organizadores da Psiquiatria Democrática Italiana conseguiram convencer políticos e forças sociais e culturais, de que era possível viver sem o manicômio. Dessa forma podemos concluir que a repercussão mundial da experiência italiana se deve principalmente ao fato de revelar a possibilidade de se estabelecer uma psiquiatria sem hospitais, mas com responsabilidade, dignidade e cidadania; por questionar de forma radical o saber medico-psiquiátrico e por realizar constantes inovações.

3- A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

“Vem, vamos embora que esperar não é saber
Quem sabe, faz a hora não espera acontecer...”
Geraldo Vandré

Neste capítulo descreveremos o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este capítulo é dividido em dois tópicos, o primeiro deles discorre sobre o contexto histórico da Reforma, caracterizando seu início, os avanços na legislação e acontecimentos de suma importância no fortalecimento do movimento e no segundo tópico abordaremos aspectos relacionados à cidadania e sua importância no contexto que objetiva uma mudança na forma de acolher e conceber o transtorno mental no país.

3.1- O caminho percorrido

Historicamente os portadores de doenças mentais tem sido um dos grupos sociais mais excluídos e despossuídos de direitos e cidadania. A prática secular de asilamento desses indivíduos tem concorrido para a enorme segregação, discriminação e preconceito, circunstâncias que têm dificultado imensamente o processo de recuperação e reintegração dos mesmos.

No Brasil, foi a partir da década de 70 que se disseminaram alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico no que se refere à assistência psiquiátrica. A violência nos manicômios e a exclusão já eram pautas de discussões que reivindicavam os direitos do doente mental. Os principais questionamentos estavam relacionados à natureza do modelo privatista e à sua incapacidade de oferecer um tratamento que atendesse às necessidades dos usuários.

Neste período se iniciavam também as denúncias de maus tratos, falta de higiene, superlotação, péssima qualidade dos serviços oferecidos e falta de assistência médica nos hospitais psiquiátricos. No Hospício D. Pedro II os doentes eram vítimas das camisas de força, dos jejuns impostos, das cacetadas, dos maus tratos e até de assassinato. Em Olinda, em alguns anos a mortalidade ultrapassou os 50% da população internada e no Pará o Beribéri era uma das mais importantes causas de morte entre os internos (RESENDE 2000).

Em 1973, foi aprovado o Manual de serviços para assistência psiquiátrica, a partir de um documento elaborado anteriormente por Luís Cerqueira, um dos maiores críticos ao

modelo hospitalocêntrico na década de 70. O manual enfatizava a importância da assistência extra hospitalar, da readaptação do doente e do trabalho em equipes multidisciplinares. Apesar de exercer grande influência no pensamento ideológico em saúde mental, sua aplicação não foi efetiva, posto o destino dos recursos da Previdência Social, financiadora das ações de saúde, ser marcado pela compra de serviços hospitalares privados. A mudança proposta pelo manual só poderia ser efetivada concomitante com a transformação do modelo das políticas de saúde no Brasil (AMARANTE, 2003).

Podemos observar que o início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da disseminação da Reforma Sanitária, em favor da mudança dos modelos de atenção nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos Serviços, e protagonismo dos trabalhadores, usuários e outros atores nos processos de gestão e produção de novas formas de cuidado.

O marco do Movimento Brasileiro segundo Amarante (1995) foi o episódio que ficou conhecido como a crise da DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAN deflagram uma greve em Abril de 1978, após a demissão de 260 estagiários e profissionais.

A crise foi anunciada a partir da denúncia realizada por profissionais médicos, ao exporem as situações irregulares de alguns hospitais, trazendo a público a trágica situação existente. Este fato repercutiu localmente, acabando por mobilizar profissionais de diversas unidades e recebendo apoio de diversos movimentos. Assim sucedem-se diversas reuniões periódicas em grupo, assembléias, ocupando discussões em sindicatos e demais entidades da sociedade civil, constituindo o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental-MTSM.

O MTSM, criado então em 1978, denuncia a falta de recursos nas unidades, a precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população. O MTSM se configurava como um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995).

As reivindicações iniciais giravam em torno da regularização da situação trabalhista, aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque. Assim esse Movimento reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa.

Assim é, sobretudo nesse Movimento, por meio de variados campos de luta, que é protagonizada a denúncia de violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, a construção coletiva de uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência aos portadores de transtornos mentais.

As lideranças do MTSM continuaram a lutar para que o movimento não fosse dissolvido. Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, surgiu a oportunidade de organizar nacionalmente tais movimentos, que já eram desenvolvidos em alguns Estados. Esse evento, realizado em Camboriú, Santa Catarina, ficou conhecido como o Congresso de Abertura, pois se mostrava como a primeira vez em que os movimentos de saúde mental participavam de um encontro, antes restrito aos setores conservadores. Nesse Congresso foi criticada a privatização do setor de saúde e a falta de participação democrática na elaboração dos planos de saúde. A partir daí foi estabelecida no evento uma frente a favor das mudanças, que possibilitou a organização político-ideológica das questões relativas a saúde mental e uma crítica ao regime político do país (AMARANTE, 1995).

Durante os anos de 1978 e 1979 Franco Basaglia esteve duas vezes no Brasil, participando do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. A vinda de Basaglia foi de suma importância no fortalecimento do MTSM, na medida em que ela realizou reuniões, visitas e debates com os membros e interessados, além de realizar uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena, comparando-o a um campo de concentração nazista. As visitas deste membro ilustre do movimento italiano ao Brasil propiciaram uma série de reflexões críticas sobre o modelo vigente no país e a conquista de mais adeptos para a luta do MTSM, até pelo fato de que o ano da primeira visita coincidiu com o ano da aprovação da lei Basaglia, na Itália. No mesmo período estiveram no país diversos atores das críticas ao modelo hospitalocêntrico, entre eles: Robert Castel, Felix Guatarri, Erwing Goffman e outros (AMARANTE, 2003, v.3).

Em 1979 destacamos também a realização do I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo relatório final aponta a necessidade de uma organização que vise a maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de saúde mental. Outra crítica ainda presente neste evento se referia aos grandes hospitais psiquiátricos públicos e seu caráter asilar.

Contudo foi somente na década de 80 que o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou força política e social. Esse período, marcado pelo final da ditadura, abriu as possibilidades de mudança no setor de saúde, permitindo a participação de outros setores, que

não os médicos, nesse processo. Surgiram também uma série de críticas às noções de clínica e cidadania, ambas alicerçadas numa concepção universal do sujeito. Santos (2000) cita Birman (1992), quando salienta que a construção de um novo espaço social para loucura exigia que a noção de cidadania e a base do saber psiquiátrico fossem colocadas em debate: “Era preciso inventar novos locais, instrumentos técnicos e terapêuticos, como também novos modos sociais de estabelecer relações com esses sujeitos.” (p. 47)

Assim em 1986 foi realizada em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o diferencial de que pela primeira vez participavam desta cena, representantes populares, trabalhadores e vários setores da comunidade. Instituiu uma nova concepção de saúde: A saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, a partir da definição de alguns princípios básicos como a universalização do acesso à saúde, a descentralização e a democratização (AMARANTE, 1995).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro em 1987, ocorreu como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e contou com a participação de dezenas de delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, representantes de usuários e demais segmentos da sociedade, onde foram discutidos três temas centrais: a Economia, a Sociedade e o Estado e seus impactos sobre a saúde mental e doença; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde mental; cidadania e doença mental-direitos, deveres e legislação.

Destacam-se as seguintes recomendações elaboradas na I Conferência Nacional de Saúde Mental:

-A orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com intuito não só de redirecionar as suas práticas, mas também de combater a psiquiatrização do social, democratizando instituições e unidades de saúde;

-A necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto ao nível decisório das políticas de saúde mental, e que os Estados reconheçam os espaços não profissionais criados pelas comunidades visando a promoção da saúde mental;

-A priorização de investimentos nos serviços extra hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (BRASIL, 1988).

O que é válido ressaltar é que foi a na I Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Controle Social se pronunciou a favor do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, a partir da construção de um modelo substitutivo, clamando a população e outros setores na adesão ao movimento.

Já o II Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental, realizado também em 1987, trouxe o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” e determinou um novo alvo de ação: não seriam apenas as grandes reformas, mas a preocupação também com a saúde num contexto mais amplo, que envolve profissional e usuário, não só as instituições psiquiátricas, mas a cultura, as mentalidades. Incorporou ainda novos atores, os usuários e seus familiares, que passaram a ter um papel ativo no processo (AMARANTE, 1995).

A escolha pela expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, procurava demonstrar conforme Amarante (1995) que não existe diferença entre este e qualquer hospital psiquiátrico. A ação voltada pra cultura ocupa um lugar estratégico no chamado “Movimento da luta antimanicomial”, convocando toda sociedade a discutir e reconstruir sua relação com a loucura. Assim com o objetivo de expandir o movimento foi instituído o dia 18 de Maio, como Dia Nacional da Luta Antimanicomial e o movimento abria possibilidades de inserção de parcelas maiores da população em torno da causa. Considera-se que foi a partir de tal movimento que o MTSM se expandiu, limitando-se não apenas aos técnicos, mas adquirindo uma amplitude maior, inclusive no seu objetivo que passou a ser a luta por um novo lugar social para o transtorno mental e não simplesmente a transformação do modelo assistencial (AMARANTE, 2003, v.3).

Outro acontecimento historicamente importante na Reforma Psiquiátrica Brasileira se refere à Intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos-SP. Em Maio de 89 a Prefeitura Municipal após receber uma série de denúncias de maus tratos, mortes violentas, iniciou o processo de Intervenção com o objetivo de pôr um fim nas condições de vida aterrorizadas dos internos.

Sobre a Intervenção na Casa de Saúde Anchieta, Tykanori(1996) afirma:

...sem considerar o aspecto da cidadania, isto é as relações éticas, os direitos e deveres, o respeito pelos pacientes, não se modificaria a situação de violência e opressão a que os pacientes erma continuamente submetidos, decidiu-se então pela intervenção. Esta intervenção teve como objetivo não apenas a melhoria das condições técnicas, ou a adequação a padrões abstratos, mas a recuperação e a afirmação da cidadania daqueles pacientes, mirando além dos muros do hospital, buscando interferir e modificar a própria sociedade. (p. 40)

A partir dessa diretriz foi sendo desconstruída a Casa de Saúde Anchieta, desinstitucionalizando o atendimento psiquiátrico em Santos, onde foi implantada uma rede substitutiva exemplar no que concerne à Reforma Psiquiátrica almejada no país.

Ainda em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, marcando o início dos registros da Reforma no campo da legislação (BRASIL, 2005). O Projeto de lei ampliava as discussões sobre Saúde Mental no país, diversas Associações de usuários e familiares foram criadas, umas a favor e outras contra a Reforma Psiquiátrica e simultaneamente às discussões vários Estados e municípios elaboravam suas leis.

É nesse contexto de luta pela cidadania do portador de transtorno mental, partindo do princípio de inclusão social e dos pressupostos de uma clínica antimanicomial, que a década de 1980 assiste ao surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental: os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial. Desde a primeira experiência (CAPS Luis Cerqueira-Santos, 1988), a idéia de CAPS vem mexendo com o ideário nacional, ampliando os horizontes da clínica para incorporar a dimensão psicossocial.

Em 1990 destacamos a realização da Conferência de Caracas que discutiu num contexto amplo as políticas de saúde mental e a reorientação do modelo de atenção nos países da América Latina e Caribe. Essa conferência culminou na elaboração da Declaração de Caracas, que traz como princípios a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, o respeito pelos direitos das pessoas com doenças mentais, através da superação do modelo do hospital psiquiátrico e da luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental.

Já a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada posteriormente, em 1992, trouxe a participação de familiares, usuários e profissionais, e nela foram discutidos e pactuados os princípios e as diretrizes norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que concerne à desinstitucionalização e a luta antimanicomial. Nesse mesmo ano entram em vigor no país as primeiras regulamentações federais sobre a implantação de serviços substitutivos e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

O atendimento do tipo CAPS passou a fazer parte do sistema de financiamento do SUS em nível nacional a partir da portaria 189 (1991), do Ministério da Saúde, sendo regulamentado pela portaria 224(1992). Essa portaria define o CAPS como unidades regionais de “cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, com funcionamento mínimo de cinco dias na semana em horário diurno, podendo funcionar 24 h por dia, durante os sete dias da semana, contando com equipe multiprofissional, para os

seguintes procedimentos entre outros: Atendimento individual (Médico, Psicoterápico e outros), Grupos diversos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade.” (BRASIL, 2004 b,p.244)

Após as primeiras regulamentações na década de 90, outro fato de suma importância se constituiu na aprovação da Lei Paulo Delgado, em 2001, após 12 anos de difícil tramitação no Congresso Nacional. A aprovação foi de um projeto substitutivo ao projeto original, trazendo consideráveis modificações. A lei 10.216¹¹ redireciona os cuidados em saúde mental, ressalta a importância dos serviços comunitários, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamentando as internações psiquiátricas, classificadas como: voluntárias, involuntárias e compulsórias, sendo que não institui mecanismos nítidos para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2004 a).

A promulgação da lei 10.216 trouxe novo impulso à Reforma Psiquiátrica Brasileira e neste mesmo ano destaca-se a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, usuários e familiares, o que vem a consolidar a Reforma Psiquiátrica como política de Governo, com importantes questões como o reconhecimento do papel estratégico dos CAPS na mudança do modelo assistencial, além da defesa da construção de uma política específica para os usuários de álcool e outra drogas e a presença do controle Social como garantia para o avanço do Movimento no país.

No mesmo ano de aprovação da Lei Paulo Delgado foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o lema: “Cuidar sim, excluir não- Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social” , com a discussão em torno de temas como a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, os Recursos humanos e o Financiamento dos Serviços e ações (BRASIL, 2002). O Dia Mundial da Saúde, neste ano foi dedicado à Saúde Mental.

Diante de algumas constatações de que seriam necessárias realizar complementações a portaria 224 e seguindo as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde, foi promulgada em 2002 as portarias 251 e 336. Enquanto a portaria 251 regulamenta as normas para assistência hospitalar psiquiátrica, instituindo normas de funcionamentos dos hospitais e dispondo sobre a classificação dos mesmos, a portaria 336 discorre sobre o funcionamento e financiamento dos CAPS e de outros tipos de Serviços substitutivos, ampliando o funcionamento e complexidade dos mesmos (AMARANTE, 2003).

¹¹ A Lei 10.216 consta nos anexos.

Concomitante a esses fatos o Ministério da Saúde fortaleceu o processo de redução de leitos psiquiátricos, através de mecanismos claros e seguros tais como a realização do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a implementação do Programa de Volta pra Casa, da ampliação dos CAPS, das Residências Terapêuticas e outros mecanismos que tem possibilitado a redução de milhares de leitos psiquiátricos. Em 1996 eram 72.514 leitos enquanto que em 2005 foram identificados 42.076, sendo que entre 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos em hospitais de Psiquiatria (BRASIL, 2005).

Já em Julho de 2004, foi realizado em São Paulo o I Congresso Brasileiro de CAPS, reunindo profissionais de Saúde Mental de todo país, para discutir as políticas de saúde mental e compartilhar as experiências, participando do evento cerca de 2000 pessoas, entre profissionais e representantes de associações de usuários e familiares (BRASIL, 2004 D).

O evento se configurou como um congresso inédito na área da saúde mental brasileira, com discussões emergidas a partir das temáticas: CAPS laços sociais; O cuidado cotidiano nos CAPS; e Trabalhadores, usuários e familiares-transformando relações, produzindo novos diálogos. A programação contemplou ainda a realização de mesas redondas, oficinas, cursos, mini conferências, apresentações artísticas e culturais, mostras de arte e de produtos e idéias dos CAPS (Brasil, 2004 d).

A realização da Conferência Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, realizada em Brasília em 2005, teve como principal meta avaliar e reafirmar as propostas elaboradas na Declaração de Caracas e elaborar novas diretrizes a ser seguidas pelos países participantes, questões estas concernentes à ampliação do Movimento da Reforma Psiquiátrica, descritas na Carta de Brasília: Princípios para o desenvolvimento da Saúde Mental nas Américas, elaborada durante o Encontro¹².

Embora algumas pessoas tenham se mostrado contra os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, movidos pela ameaça que esta representa, aterrorizando familiares, deturpando as ações e chegando a disseminar que a Reforma Psiquiátrica impõe o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a devolução de forma irresponsável dos internos aos familiares ou o abandono dos mesmos, podemos constatar que muito se tem avançado na reorientação dos modelos de atendimento em saúde mental, de base comunitária com o objetivo principal de

¹² Como será descrito mais adiante Campina Grande foi convidada para apresentar o processo de intervenção no Hospital Psiquiátrico, a implantação da rede substitutiva e o Programa de Saúde Mental.

estabelecer a autonomia e reinserção social do portador de transtorno mental. De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) atualmente o país conta com 848 CAPS cadastrados, 426 Residências Terapêuticas totalizando 2.148 moradores e 2.241 beneficiados com o Programa de Volta pra Casa, revelando que é possível oferecer cuidados com dignidade e cidadania, sem a necessidade de um aparato excludente e segregador.

3.2 - Saúde mental e Cidadania

Para Medeiros (2002) o debate brasileiro em torno da cidadania, em especial no âmbito do setor saúde, recrudesce após a ditadura de 1964, voltando à tona no final da década de 1970, com efervescência de questionamentos e movimentos organizados. Na saúde mental, já marcada pela crítica da superlotação e ineficiência dos hospícios, o processo de discussão e iniciativas concretas no sentido de mudar a consciência coletiva e gerir a problemática do doente mental dentro da sociedade brasileira vem tendo um percurso longo e polêmico.

Pinsky (2003) afirma que a cidadania plena está intrinsecamente ligada ao exercício dos direitos civis, políticos e sociais, para o autor:

“Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice tranqüila.” (p.9).

Dentro dessa mesma perspectiva podemos conceituar os direitos humanos como o conjunto dos quatro direitos fundamentais: os direitos individuais, sociais, econômicos e políticos. Os direitos individuais se referem à vida, liberdade, propriedade, segurança e igualdade. Os direitos sociais são aqueles relacionados à saúde, educação, previdência e assistência social, lazer, trabalho, segurança e transporte. Já os direitos econômicos englobariam o direito de emprego, direito ambiental e direitos do consumidor. E os direitos políticos se conceituam como aqueles que dizem respeito à participação popular no poder do Estado, como votar e ser votado, referendo, plebiscito e iniciativa popular das leis, a partir de requisitos que o indivíduo deve preencher, determinados pela constituição (Magalhães, 2000).

No contexto de consolidação democrática no país, a luta pela cidadania torna-se uma luta geral, de toda sociedade civil, a partir de diversos segmentos: cidadania das mulheres, crianças, negros, e assim se incluí também o doente mental, com algumas especificidades. ”De fato pelas peculiaridades cientificamente estabelecidas quanto à categoria doença mental, o doente é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se dessa maneira um não cidadão.” (AMARANTE, 1996, p.15).

Como observamos após as mudanças concebidas pela Revolução Francesa não caberiam os recolhimentos arbitrários e isolamento dos diversos desviantes da ordem. A cidadania exigia que fosse regularizada a situação daqueles que estavam nos hospitais gerais, aos criminosos deveria ser designado um processo, os idosos deveriam ser destinados a um asilo, a quem merecesse, seria libertado. E aos loucos? O que caberia? Estes indivíduos considerados desprovidos de razão e incapazes de discernimento quanto ao contrato social, não podiam ser vistos como desobedientes passíveis de punição, ao contrário daqueles que tinham conhecimento e capacidade de firmar o contrato e mesmo assim o transgrediam. Dessa forma se disseminava ainda mais a necessidade de reclusão do louco, posto sua incapacidade de respeitar o contrato social e exercer sua cidadania (TENÓRIO, 2001).

No que concerne à relação entre cidadania e saúde mental, Birman (1992) afirma que ao tentar prevenir e tratar os portadores de transtornos mentais o discurso psiquiátrico se estabeleceu como regulador da marginalidade social, instituindo as regras básicas de cidadania, ou seja, o portador de transtorno mental poderia adquirir sua cidadania, porém esta seria ligada ao conceito que a Psiquiatria havia encontrado para a condição de ser cidadão.

Observamos que ao instituir um sentido terapêutico à casa de reclusão, Pinel trouxe intrinsecamente um paradoxo: é respeitada a cidadania formal do louco (já que terá um local específico para tratamento), limitando sua cidadania de fato (mantendo-o enclausurado).

A doença mental, então, implicava em sua origem o erro da razão. O alienado nesse contexto não poderia gozar de razão plena, nem liberdade de escolha. Para Amarante (1995b) a liberdade de escolha seria o pré-requisito da cidadania, sem ser livre, o indivíduo não poderia ser cidadão, com o direito de participar inclusive das decisões sociais. O tratamento moral restituiria a razão, devolveria a liberdade e por conseguinte estabeleceria ao louco sua condição de sujeito de direito.

Dessa forma Tenório (2001) discute o paradoxo presente na relação saúde mental e cidadania, enfocando que o louco foi reconhecido como “cidadão” merecedor de cuidados terapêuticos do Estado ao mesmo instante em que se negou a ele os atributos simbólicos que definem um cidadão: a razão, o direito de responder pelo que diz e a possibilidade de dizer a

verdade e quanto ao exercício efetivo da cidadania, a possibilidade de ocupar a cidade e exercer os atos da vida social e civil.

Enquanto a cidadania pressupõe a liberdade e a igualdade como seus pressupostos básicos, a assistência médica e jurídica ao portador de transtorno mental pressupõe o amparo social do Estado, na maioria das vezes instituindo um processo de interdição, no que se refere ao exercício dos direitos civis.

Foi somente a partir da experiência italiana que o conceito de cidadania tornou-se um dos pilares das tentativas de mudanças no tocante à assistência prestada aos portadores de transtornos mentais. Ela se relaciona à ampliação de direitos sociais, políticos e jurídicos dos sujeitos, conforme descreve Amarante (1996):

Melhor dizendo, não se trata de, com base na idéia de cidadania como valor universal, admitir sua extensão a todo o tecido social trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se ainda de não deixar o louco viver a sua loucura, porém em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos. (p.115)

Para Saraceno (1999) a cidadania plena e a saúde mental são condições intrinsecamente ligadas e uma deficiência em uma delas implica prejuízo na outra. Para o autor um indivíduo que não goze plenamente da sua cidadania é um risco para própria saúde mental, assim como um indivíduo que não goze plenamente de saúde mental está com a sua cidadania ameaçada. Para ele: “A estreita relação entre cidadania e saúde implica que cada ação para a saúde (e para a doença) deve ainda ser ação para a cidadania.” (p. 159)

Saraceno (2001) afirma ainda que a construção da cidadania depende de variáveis que operam contra ou a favor da contratualidade, do exercício da autonomia nos três cenários onde atuamos: habitat ,rede social e trabalho com valor social.Tudo que está contra isso,está contra a reabilitação e conseqüentemente não favorece a aquisição da cidadania.Para o autor:

A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro

de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível. (Saraceno, 1999, p.18)

Já no que se refere à legislação o tema cidadania e saúde mental aparece nos relatórios das três Conferências Nacionais de Saúde Mental e nas portarias e leis aprovadas após 1990. O relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental é mais enfático, pois apresenta no seu texto um capítulo sobre direitos e cidadania, numa dimensão mais ampla, incentivando a priorização de políticas que estimulem a autonomia dos portadores de transtornos mentais e o exercício pleno da cidadania em substituição aos modelos tutelares (BRASIL, 2002).

Neste sentido, deve ser incentivada a instituição de parcerias entre o Poder Público e Organizações Não governamentais (ONGS) locais que possam funcionar como apoio na reinserção social dos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, desenvolvendo projetos sociais e comunitários, de geração de renda e acesso a todos os direitos, garantindo a inclusão destas pessoas na sociedade, sem qualquer restrição e limitação. (BRASIL 2002, p. 121)

Nesse contexto outras medidas de inserção social foram aprovadas, tais como: a criação da legislação de incentivos fiscais para que pessoas físicas e jurídicas possam aderir às políticas de inclusão; criação de projetos de geração de renda, implantação de centros de convivência, oficinas de cultura, artes e lazer e garantia da abertura de linha de crédito especial a associações de usuários de saúde mental e outros.

O relatório trata ainda de assuntos específicos relacionados a Educação e inclusão social, Cultura e lazer, medidas de apoio e atenção a grupos específicos, mudanças na legislação civil e penal, direitos dos usuários privados de liberdade, legislação psiquiátrica e direito dos usuários nos Serviços, benefícios sociais, exercício e direito dos direitos sociais, redes em Saúde Mental e organização dos usuários e familiares(BRASIL, 2002). Ampliando assim o conceito de Cidadania e suas diretrizes.

Embora saibamos que a cidadania não se garante exclusivamente por meio de documentos oficiais, mas sim é conquistada no dia a dia , nas ações , discussões e criação de possibilidades, não podemos deixar de registrar que a inclusão do termo cidadania e seus pilares se constituíram como um importante pressuposto da política nacional de saúde mental.

Dessa forma a Reforma Psiquiátrica Brasileira apresenta como marco distintivo, nitidamente o reclame da cidadania do louco. Sua marca distintiva está no fato de que a crítica ao hospital deixou de visar sua humanização e a melhoria no atendimento oferecido, para

reinvindicar novas formas de tratamento. A partir daí a característica dominante se torna a conquista de cidadania dos sujeitos obrigatoriamente tutelados, denominada por Delgado (1992) como “o desafio paradoxal da cidadania interdita”. (p. 29)

Diante do exposto podemos vislumbrar que a conquista e exercício da cidadania se constitui como eixo norteador do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde os seus primórdios, se constituindo como premissa dos Serviços substitutivos e palavra chave nas legislações vigentes. Dessa forma é válido questionar: as práticas dos serviços substitutivos de Saúde Mental se baseiam na aquisição da Cidadania de seus usuários? De que forma os usuários e familiares têm conceituado essa Cidadania? Os avanços na Reforma Psiquiátrica propiciaram uma mudança no tocante à cidadania dos portadores de transtornos mentais?

Baseado nessas indagações Oliveira e Alessi (2005) realizaram um estudo sobre a cidadania no CAPS de Cuiabá, constatando que conceitos como cidadania, autonomia e socialização se apresentam ainda de modo bastante conflituoso diariamente no cotidiano das equipes de saúde mental, nas suas relações com os usuários. Assim nos deparamos agora com outro questionamento: Em Campina Grande, como os usuários do CAPS II Novos Tempos, primeiro serviço substitutivo do município, tem conceituado e exercido sua cidadania? Qual a concepção dos familiares acerca dessa cidadania? Tais questões compõem a problemática em que se insere esta pesquisa.

4. CONSTRUINDO UM CAMINHO: A SAÚDE MENTAL EM CAMPINA GRANDE

“Aqui a agilidade deve evitar atropelos, e rapidez não pode ser sinônimo de pressa; a leveza não se confunde com a superficialidade, nem a brincadeira com a zombaria. O respeito à dor não se revela na formalidade da postura, mas no seu acolhimento; não se revela nas cerimônias ocultas da polidez, mas na cordialidade do interesse verdadeiro.”

Ana Marta Lobosque

Diante do exposto sobre o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira ficamos com a seguinte questão: Como se procedeu a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande?

Neste capítulo descreveremos alguns aspectos relativos à reorientação do modelo de assistência psiquiátrica em Campina Grande até Janeiro de 2006, a partir da descrição do processo de Intervenção no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional- ICANERF, ponto culminante da Reforma Psiquiátrica no município, da implantação da rede substitutiva e da caracterização dos Serviços.

4.1 - A intervenção no ICANERF

Como descrevemos há um movimento no Brasil que objetiva repensar a doença mental e construir uma nova forma de acolhê-la, o que não significa reformar o local onde forçosamente o transtorno mental habitou durante centenas de anos, mas acima de tudo possibilitar espaços de convivência entre as instituições e a sociedade e extinguir a transponível fronteira entre a loucura e os ditos normais. Em Campina Grande não foi diferente, o ICANERF não poderia ser remodelado, nem suas práticas, modernizadas. Não era o hospital, no que concerne a estrutura física, recursos humanos, administração, que estava em questionamento, mas o modelo hospitalar excludente e segregador.

Tal medida foi adotada de acordo com a política de saúde mental do Ministério da Saúde, que tem como diretrizes principais: a redução de leitos de forma gradual e a paralela expansão e consolidação da rede substitutiva, que vem sendo implementada através de

diversos instrumentos de gestão entre eles o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH/Psiquiatria¹³.

Conforme o roteiro para avaliação dos hospitais psiquiátricos-PNASH-Psiquiatria, elaborados de acordo com as portarias GM nº. 799/00 e GM/MS nº. 251/02 (BRASIL, 2004a), os seguintes itens são avaliados:

1. Estrutura física e funcional
2. Limpeza hospitalar
3. Roupa hospitalar
4. Almoxarifado
5. Farmácia
6. Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência
7. Condição para atendimento de intercorrências clínicas
8. Aspectos gerais dos internos
9. Alimentação dos internos
10. Recursos humanos
11. Enfermagem
12. Prontuários
13. Projeto terapêutico/prática institucional
14. Projeto terapêutico/alta hospitalar e encaminhamento
15. Espaços restritivos/punitivos
16. Contenção Física
17. ECT/Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica
18. Reuniões
19. Vinculação e direitos
20. Aspectos gerais da assistência

É parte deste processo avaliativo a realização de entrevistas de satisfação com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar. Assim o instrumento de avaliação gera uma pontuação que cruzada com o número de leitos do hospital, classifica os hospitais psiquiátricos em quatro categorias: os hospitais de boa qualidade de assistência;

¹³ O PNASH-Psiquiatria é realizado anualmente nos hospitais psiquiátricos credenciados pelo SUS, com o objetivo de avaliar as condições técnicas, administrativas e estruturais de funcionamento da instituição. Dessa forma é um instrumento que localiza leitos inadequados e em sua redução garante uma assistência digna aos usuários do SUS.

os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer revistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Entre as dez piores instituições avaliadas no país, colocadas em processo de intervenção federal, através de Decreto Ministerial, encontrava-se o ICANERF. O descredenciamento desta instituição foi publicado em Diário Oficial em Julho de 2003, a partir da revistoria do PNASH 2002. No entanto, a gestão municipal, como gestor local do SUS, não adotou critérios que intervissem nas condições da instituição e esta continuava atendendo ao público, apesar de não corresponder aos critérios adequados.

No dia 19 de agosto de 2004 o Ministério da Saúde anunciou uma medida de grande impacto visando por um fim nas condições desumanas de tratamento encontradas em alguns hospitais psiquiátricos brasileiros: intervenção na gestão de 10 instituições próprias e conveniadas ao SUS, nos estados da Bahia, de Pernambuco, da Paraíba, do Rio Grande do Norte, do Rio de Janeiro e de Minas Gerais.

No documento elaborado em Brasília em Agosto de 2004, durante a reunião para pactuação do processo de intervenção nos hospitais psiquiátricos estavam entre as medidas a ser adotadas pelo Ministério da Saúde a intervenção em alguns hospitais, através de ação civil pública, entre eles o Hospital de Camaragibe - PE, o Sanatório de Juazeiro – BA, o de Salvador- BA, Caicó- RN, Montes Claros-MG e o ICANERF em Campina Grande.

A visita da Coordenação Nacional de Saúde Mental, em Novembro de 2004, constituiu um dos marcos da intervenção no Hospital. Muito noticiada, esta visita trazia a perspectiva de descredenciamento do hospital do SUS e conseqüentemente seu fechamento. Para o imaginário social esta ação geraria uma completa desassistência ao portador de transtorno mental. Como conseqüência familiares recorriam à mídia, onde apelavam para que o hospital não fechasse suas portas, afinal, diziam eles, para onde iriam seus parentes lá internados? Como iriam conviver de forma social considerando sua ‘periculosidade’?

O processo de Intervenção no Hospital foi iniciado, de forma extra oficial, em Novembro de 2004, com a visita ao hospital de representantes da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, reunião com o proprietário e uma reunião no Conselho Municipal de Saúde, na qual foi estruturada uma Comissão de Intervenção denominada “Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento do Processo de Reestruturação do ICANERF” (Ofício nº. 145/2004-Ministério da Saúde), cuja função seria apoiar e viabilizar o processo de intervenção no hospital, bem como propiciar uma reorientação da assistência em saúde mental do município.

As reuniões iniciais com a direção do hospital foram marcadas pelo questionamento sobre as possibilidades de realizar melhorias no interior do hospital e pela alegação da escassez de recursos financeiros, condição esta que não justificava a precariedade do tratamento e o onipotente atestado de desrespeito à condição humana. O processo de intervenção seria imprescindível e inevitável, mediante as sucessivas reprovações no PNASH e diversas oportunidades dadas ao hospital para que reformulasse as condições reprovadas em tal relatório.

O departamento de controle e avaliação da Secretaria Municipal de Saúde realizou um censo clínico e psicossocial dos pacientes internados no hospital, sendo encontrados 151 internos, metade deles com residência em Campina Grande, outra parte com residência em outros municípios e um pequeno número com dados não identificados. É válido observar o número de pacientes com tempo de permanência entre 10 e 20 anos (78 internos), dentre eles 47 moradores¹⁴, enquanto apenas 11 pacientes apresentavam de 6 a 11 meses de internação. Esses dados demonstravam um quadro inicial da situação dos internos no hospital.

Antes da medida judicial que decretava a intervenção ser concedida, foi pactuado entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental, a Coordenação Estadual de Saúde Mental, o gestor municipal e a direção do Hospital que a equipe de intervenção iniciaria os trabalhos de ordem técnica no interior da instituição.

Dessa forma uma das primeiras medidas adotadas foi conhecer os pacientes, colher dados da história de cada um e identificar possíveis candidatos às Residências Terapêuticas, sendo estabelecido como prioridade a realização, junto aos futuros usuários, de um trabalho de reintegração social e resgate de suas histórias e vínculos pessoais. Apesar da ameaça eminente de perda do emprego e retaliações por parte da direção do hospital, alguns trabalhadores contribuíram ativamente no desenrolar do processo. Foram realizados ainda exames clínicos para averiguar o estado de saúde dos pacientes.

A comissão técnica de acompanhamento da intervenção passou a se reunir regularmente e algumas estratégias foram lançadas, tais como o fortalecimento dos serviços já existentes (CAPS II e CAPS Ad), transformação do CAPS II em CAPS III, implantação das Residências Terapêuticas, estabelecimento de parcerias com o Programa Saúde da Família, realização de visitas regulares ao hospital por membros da comissão e outros.

¹⁴ Grande parte dos moradores não possuíam contatos com seus familiares.

- O Hospital

Em Abril de 2005, por determinação judicial¹⁵, o Ministério da Saúde e a Gestão Municipal assumiram a administração e o gerenciamento do Hospital, intervindo por tempo indeterminado para, a partir do manicômio e da sua desconstrução dar origem a outro modelo, de caráter substitutivo à internação psiquiátrica.

O citado processo judicial ordenava o afastamento imediato da direção do hospital, até que a situação fosse regularizada ou efetivado o descredenciamento do mesmo. Além disso, nomeava o interventor, concedendo-lhes poderes para administrar a instituição.

Devido à escassez dos recursos financeiros do Hospital, a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu apoio determinante na compra de produtos alimentícios, medicação, colchões, cobertores e outros materiais essenciais de urgência. Aspectos no mínimo essenciais ao funcionamento digno da instituição.

No dia 28 de Abril de 2005 o jornal Correio da Paraíba traz em sua capa a reportagem: “Doentes nus e abandonados levam o Ministério da Saúde a intervir no Hospital ICANERF”, onde caracteriza o espaço do hospital:

...os relatos são de pessoas que tomavam banhos juntas, cujo único instrumento para a higiene era uma mangueira operada por um funcionário que, mecanicamente parece limpar elefantes, como aqueles de circo...O quadro foi completado por ambientes, na maioria das vezes sem luz e sem banheiros...além do estoque empobrecido de comida , um déficit considerável na farmácia do hospital.O estoque de medicamentos não apresentava o que era necessário para a manutenção mínima do hospital.

Pela primeira vez uma equipe de reportagem teve acesso ao interior da instituição. A partir daí a situação do hospital foi exposta à comunidade. Com a presença da imprensa pretendia-se vislumbrar que ao ferir qualquer princípio humano, a intervenção não se limitava a uma questão meramente técnica, mas demandava aspectos de uma amplitude maior, devendo ser alvo de interesse de toda comunidade.

As medidas de vigilância dos internos se mostravam inquestionáveis, os profissionais responsáveis pela mesma, mantinham em suas fardas o nome escrito com letras grandes:

¹⁵ A ordem de intervenção foi determinada pelo juiz da 6ª Vara Federal da Paraíba, processo nº. 2005.82.01.001002-2 atendendo a solicitação do Ministério da Saúde encaminhada em novembro do ano passado.

SEGURANÇAS, mantendo sob seu controle as chaves e o acesso dos internos às áreas permitidas, até então as enfermarias, o pátio-local do banho de sol e o refeitório.

A gestão financeira dos recursos do SUS se apresentava absolutamente comprometida, segundo avaliação da comissão de intervenção, os recursos seriam suficientes para oferecer condições melhores aos internos. Até porque um olhar, um gesto mais humano, um cuidado despojado de controle e submissão, dependem de algo que certamente ultrapassa o caráter financeiro.

Como processo semelhante ao vivenciado em Campina Grande temos a Intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, no ano de 1989, quando a imprensa local denunciou as formas de violência e as mortes ocorridas no hospital, levando o governo municipal a optar por uma posição de não omissão. Com relação a intervenção do Hospital local a intervenção do Anchieta teve o diferencial de que tal processo não foi decretado pela instância federal ,mas a partir da decisão do poder executivo local, onde a Prefeitura Municipal assumiu o desafio de desmontar a instituição manicomial e originar outro modelo.

No ICANERF foi iniciado então o enfrentamento dos problemas detectados, passando a construir um novo paradigma de cuidados no qual a qualidade de vida do portador de transtorno mental e o respeito aos direitos de cidadania passavam a justificar a nova dinâmica de trabalho.

No referido hospital, os pacientes, na maioria marcados pelas suas longas histórias de internação, apresentavam comportamentos demasiadamente institucionalizados, onde toda história natural da doença , causas, fatores determinantes passam a ter um papel cada vez menos importante no quadro psiquiátrico do paciente, tendo prioridade o fator identificado por Goffman(1999) como o principal determinante da evolução de pacientes crônicos: a rotina institucional,a vida asilar e o conjunto de práticas que permeiam o hospital, as quais os pacientes são submetidos.

Furtado (2001) destaca como consequência dessa rotina asilar uma outra doença: a neurose institucional, assim denominada por Barton na década de 50. Os fatores que estariam ligados à neurose institucional seriam: a perda de contato com o mundo externo; ócio forçado; as atitudes autoritárias de médicos e pessoal de enfermagem; o uso abusivo de medicação; espaço físico opressivo; perda de amigos íntimos, propriedades e acontecimentos; além da perda de perspectivas fora da instituição.

Caracterizando a instituição citamos o relatório elaborado pela Agência Estadual de Vigilância Sanitária-AGEVISA, que destaca alguns itens vistoriados e não aprovados na

visita realizada¹⁶ por alguns setores representativos. Dentre as observações do relatório destacam-se:

- A presença de fezes e urina em espaços que não tem banheiro
- Estrutura comprometida: paredes com infiltração, paredes sujas, portas danificadas, banheiros sem chuveiro e descargas quebradas;
- Presença de pacientes despídos e deitados no chão;
- Pacientes com visíveis problemas de saúde, como escabiose, piolhos e afecções dentárias;
- Insuficiência de recursos humanos;
- Ausência de equipamentos médicos necessários;
- Unidades de internação com superlotação;
- Inexistência de projetos terapêuticos;
- Grande descaso e ausência de humanização;
- Cheiro desagradável de urina em todos os espaços;
- Irregularidades na cozinha, na área de armazenamento de comida, na farmácia, no almoxarifado, na lavanderia e outras áreas do hospital.

O relatório ainda especifica que pelo acompanhamento não terapêutico a instituição estava muito distante de ser considerada um hospital e acrescenta:

...Os pacientes não são acompanhados e tratados, mas apenas vigiados por poucos profissionais, que são chamados de seguranças, e que andam até com um uniforme específico. Os espaços são fechados por portas de ferro, como celas onde os pacientes ficam confinados. Os banhos são coletivos, sem nenhuma privacidade ou cuidados de higiene.

No processo do poder judiciário também constam outros dados colhidos na Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, mostrando ainda algumas deficiências tais como: precárias condições de conservação predial: piso inadequado, janelas sem vidros;

¹⁶ Visita realizada por representantes do Ministério da Saúde, da AGEVISA, da Vigilância Sanitária Municipal, da Secretaria Estadual de Saúde, 3º Núcleo de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, no dia 19 de abril de 2005.

Comissão de controle hospitalar não formalizada; ausência de colchões, unidades de internação com grades, cadeados e seguranças; refeitório e cozinha em péssimo estado; iluminação precária; pacientes internados custeando a medicação utilizada em seus tratamentos e prontuários incompletos, sem evolução médica. Todos os dados constatados por diferentes instâncias mostravam que o processo de intervenção se mostrava mais que necessário, posto as degradantes condições descritas.

A direção do Hospital e alguns trabalhadores detinham inúmeras explicações para as irregularidades encontradas: os colchões já não eram fornecidos aos pacientes, pois estes iriam destruí-los; os recursos financeiros não eram suficientes; as roupas seriam rasgadas, por isso melhor que ficassem com os corpos despídos; a paciente que sempre ficava isolada e contida, há muitos anos, assim permanecia, pois morderia a todos, sem qualquer restrição. Obviamente é de se constatar que essas frases eram mais aprendidas e repetidas, quase que ensaiadas, numa tentativa infundada de justificar o injustificável. De fato os internos precisavam dar uma resposta, através dos seus comportamentos, aos inúmeros maus tratos que lhes eram impostos.

As informações relativas à história e ao círculo social dos pacientes foram perdidas ao longo do tempo nos ritos institucionais e nas freqüentes migrações entre instituições. O que permanecia eram fragmentos da memória: nomes, histórias, datas e endereços nem sempre articulados e um desejo inquebrantável de voltar para casa, evidente nas falas e súplicas dos pacientes.

A frase “Homem tem que ser homem”, escrita com fezes nas paredes de uma cela forte, se configurava como uma das imagens mais marcantes daquele lugar, registrando o sofrimento e a opressão. Para suportar tamanha dor, dor do castigo pela diferença, dor da exclusão, tinha que ser homem mesmo, para suportar ser tratado como um objeto qualquer, de uma forma qualquer.

Dessa forma todos os aspectos da vida do individuo eram tratados numa rotina estruturada e massificante, caracterizando aquilo que Goffman (1999) denominou de “instituição total”, onde se imprime um projeto genérico para um coletivo de pessoas. A medicação, o diagnóstico escrito no prontuário e as roupas eram comuns a todos os pacientes.

Em resumo, podemos dizer que encontramos no ICANERF uma instituição doente e adoecedora de pacientes e trabalhadores. Para desmontar a ordem vigente e os mecanismos opressores se fazia necessário estabelecer um plano estratégico, que melhorasse a qualidade de vida dos pacientes e possibilitasse alternativas de tratamento, fora do hospital, inseridas na comunidade.

- As estratégias iniciais-reinventando o cotidiano de uma instituição

Para retirar os 176 internos da situação de mais completa desumanidade, as estratégias se iniciaram pelas ações mais básicas: atendimento clínico, cuidados de higiene (tratamento de escabiose, piolhos e banhos) e utilização de objetos pessoais¹⁷. Em caráter emergencial se fez necessário a compra de alguns insumos tais como: medicação, alimentação, material de limpeza, roupas, colchões e cobertores de frio.

Alguns comentários e diversas reações diante das mudanças iniciadas eram ouvidos e sentidos, pacientes que há tanto tempo não ingeriam frutas e alimentos apropriados apresentaram manifestações intestinais, como se o organismo precisasse aprender a reconhecer tais alimentos tão comuns no nosso cardápio. A alimentação tão precária durante anos impediu que os internos não reconhecessem o sabor de frutas típicas da nossa região. Mais inacreditável ainda era constatar o espanto de alguns pacientes ao usar um sabonete e perceber o cheiro, a espuma. Como pode um objeto indispensável à higiene de qualquer indivíduo também passar a ser desconhecido? Água e mangueira já estavam presentes nos banhos coletivos em que participavam e parecia que isso já era suficiente.

Foi necessária também a contratação de alguns profissionais: cuidadores, auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Além disso, alguns membros da equipe de intervenção passaram a trabalhar ativamente dentro do Hospital. As alas foram reorganizadas, os internos de Campina Grande se mantiveram em uma enfermaria, os pacientes de outros municípios se localizaram em outra ala, e os pacientes mais crônicos, demandando cuidados mais intensivos, foram transferidos para uma enfermaria mais próxima à área de maior circulação dos técnicos. Tal divisão tinha como objetivo propiciar um acompanhamento mais eficiente durante o tratamento e após a alta.

O papel exercido pelo setor médico se mostrava por vezes muito ambíguo, profissionais que não adentravam as enfermarias, apenas prescreviam no espaço restrito do consultório, além do fato de não demonstrarem contribuição ao processo estratégico de identificar altas, exercido apenas pelas duas médicas da equipe de intervenção e outro médico do hospital, que se mostrou participativo.

¹⁷ Como exemplo temos a chegada das roupas que os pacientes ganhavam de seus familiares, e que, após a lavagem, já não lhe pertenciam, eram distribuídas entre os internos do hospital. A cada lavagem eram redistribuídas.

Visando esclarecer a comunidade sobre o processo em curso e com o objetivo de desmistificar notícias errôneas que arbitrariamente se espalhavam, a equipe de intervenção e a Secretaria Municipal de Saúde, convocaram a imprensa para uma reunião na instituição, esclarecendo as ações que seriam executadas no hospital e os objetivos da intervenção. Nessa ocasião, foram apresentadas as fotos do hospital nos momentos iniciais do processo.

Uma medida estrategicamente adotada se refere ao contato com as Secretarias Municipais de Saúde através do 3º Núcleo de Saúde do Estado. Já que metade dos internos tinha como origem outros municípios, se constituía como importante passo tentar identificar seus familiares e manter algum contato, possibilitando assim o retorno de alguns pacientes às suas famílias.

Nas reuniões e discussões realizadas com os municípios do Estado houve identificação das cidades que mantinham usuários internados no Hospital, realizada a discussão sobre a implantação dos novos Serviços de Saúde Mental (posto a escassez de CAPS e outros dispositivos de saúde mental nesses municípios) e ainda firmados contatos com alguns gestores de cidades mais próximas, a exemplo de Piancó, Lagoa Seca, Lagoa de Roça, Aroeiras, Juazeirinho, Solânea, Esperança, Fagundes.

No que concerne à dinâmica hospitalar, no interior do hospital foram instituídas assembléias com a participação dos pacientes e de membros da equipe. Problemas rotineiros, projetos, sugestões, reclamações e dificuldades eram discutidos, objetivava-se tornar as relações mais democráticas e os internos menos passivos.

Pacientes que há muito tempo permaneciam confinados nos quartos, contidos, por ameaça de agressão ou castigo, eram gradativamente desamarrados, libertados, passando a realizar passeios na área do hospital com acompanhamento dos cuidadores e de outros profissionais. As ameaças de periculosidade se dissolviam pouco a pouco. Embora poucas vezes ainda se mostrasse necessária a contenção momentânea de alguns internos, impedindo que eles causassem danos a si próprios e aos outros pacientes.

Também se tornaram freqüentes as reuniões com os funcionários da instituição, onde eram discutidas as mudanças necessárias, esclarecidas as condutas adotadas pela nova administração e prestados diversos esclarecimentos sobre questões que produziavam angústia nos funcionários: O Hospital vai fechar? E a situação de cada profissional, como vai ficar? Seriam demitidos? A equipe de intervenção tentou manter um diálogo transparente com os funcionários, cujas situações eram demasiadamente complicadas.

A equipe localizou as famílias de alguns pacientes e com elas foi iniciado um trabalho para recriar vínculos afetivos na tentativa de se reinstalar alguma possibilidade de

convivência. Diante da tentativa de retorno ao lar de alguns pacientes era visível a angústia dos seus familiares, assim pouco tempo depois de iniciada a intervenção passamos a realizar reuniões de família aos Domingos. Todas as dificuldades envolvidas nesse processo eram trabalhadas nesses encontros, com o objetivo de possibilitar a reaproximação entre os usuários e seus familiares e buscar o resgate dos vínculos extintos pelos longos anos de internação. Nos momentos de Grupo de família eram realizadas ainda orientação sobre o processo em curso, o estado de saúde do paciente, as situações do Hospital e a possibilidade de retorno do paciente, nem sempre bem recebida pelos parentes, que alegavam problemas na convivência, despreparo no trato com o transtorno mental e medo. Mesmo com muitas dificuldades alguns pacientes foram acolhidos no seu lar.

Foram realizados exames clínicos com os pacientes, muitos deles apresentavam micoses, escabioses e outros problemas de pele, que demonstravam a necessidade de se submeter a exames clínicos mais aprofundados para investigação de outros problemas. Com o objetivo de averiguar o estado de saúde das internas foi realizado ainda uma mutirão de Ginecologia, diversas mulheres não realizavam consultas ginecológicas há muitos anos.

Em uma das pacientes, que fora diagnosticada como cega, após exames clínicos realizados pela médica que fazia parte da equipe da intervenção, foi constatado um problema de catarata que acarretou a cegueira tida como irreversível. Fato que nos mostra a precariedade dos cuidados clínicos com o interno. Posteriormente a paciente realizou cirurgia nos dois olhos, apresentando uma visão considerada perfeita.

As possibilidades de alta médica a cada dia se faziam mais presentes. Assim um grande número de pacientes retornou ao lar e como processo de avaliação e acompanhamento da alta a família continuava a participar do Grupo de família e o paciente encaminhado ao CAPS, quando o município dispunha, ou então recomendava-se que o Programa Saúde da Família pudesse realizar algum acompanhamento.

A desmontagem das normas vigentes, a presença da imprensa, a incompreensão de alguns familiares, alguns funcionários não contribuindo com o trabalho, a direção do hospital resistindo arduamente ao processo, poucas pessoas envolvidas nos trabalhos da intervenção, a limitação de recursos financeiros, tudo isso representou um início bastante difícil.

Durante a intervenção, o cotidiano de trabalho também passou por uma série de mudanças. Alguns usuários passaram a realizar passeios durante o dia: ao Parque da Criança, ao CAPS, com o auxílio de estagiárias do curso de Psicologia, além disso, as visitas de alguns familiares se tornaram mais freqüentes. O Hospital pouco a pouco, começou a receber visitas da sociedade civil, algumas doações de roupas, lençóis e produtos alimentícios, chegavam ao

almoxarifado do hospital. Cada paciente já podia dormir na sua cama. Algo em meio a institucionalização, ao comportamento bizarro, por vezes agressivo se preservava: o sentimento de vaidade nas mulheres - a busca por baton, brincos, bolsas e qualquer acessório que atestasse sua feminilidade era veemente solicitado. Mudanças que podem aqui não registrar fielmente sua amplitude, mas que foram imprescindíveis ao processo de desinstitucionalização que se pretendia alcançar.

A retirada das grades, a redefinição das funções dos antigos vigilantes, agora cuidadores, a realização das assembléias, os passeios, a reunião de família e a reorganização das alas, são alguns dos marcos do modelo que caminha para a superação da segregação e caminha para a reinserção do paciente no meio social.

O Conselho Municipal de Saúde realizou uma reunião no hospital. Nela discutiu-se sobre a situação precária de atendimento, a intervenção, a situação trabalhista dos funcionários e outros temas. O fato da reunião ser realizada na área interna do hospital propiciou que alguns dos que estavam ali presentes visitassem e conhecessem a realidade grotesca daquele lugar, que já havia melhorado muito desde o início da intervenção. Além disso, o Conselho acompanhou o Processo Seletivo em Saúde Mental realizado pelo município.

O Processo Seletivo Simplificado aprovou 99 profissionais de nível superior, médio e básico, em diferentes categorias para atuar nos serviços que seriam implantados: CAPS III, CAPS I, Emergência Psiquiátrica e Residências Terapêuticas. Tal processo contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde e com o apoio determinante da UEPB, com a participação de alguns professores na etapa das entrevistas e da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, que disponibilizou alguns técnicos de saúde mental que atuaram nas avaliações dos cuidadores.

A Câmara Municipal de Campina Grande realizou sessão especial para discutir a situação do Hospital naquele momento. A sessão teve como palestrante o representante do Ministério da Saúde e interventor do Hospital que destacou que o hospital sofria esse processo por não se adequar as condições exigidas pelo Ministério da Saúde, apresentando uma série de irregularidades, nas condições físicas, técnicas e administrativas.

No que se refere ao processo de socialização dos pacientes, algumas ações eram realizadas: a comemoração dos aniversariantes do mês, a festa junina organizada pela equipe de intervenção, a festa das mães no CAPS II, o São João do CAPS II, a inauguração da Casa da Ciranda do Grupo de Saúde Mental do PSF – Pedregal e gradativamente os internos se inseriam num mundo há pouco tempo tão distante.

A participação de todos os agentes envolvidos foi de importância crucial: o auxílio de alguns trabalhadores do hospital que aceitaram esse desafio, a disposição dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, dentre eles alguns que não possuíam experiências anteriores em Saúde Mental, mas que movidos por um desejo de ver aquela realidade transformada se identificaram, se dedicaram e acima de tudo se apaixonaram pela área; do Gestor Municipal da Secretaria de Saúde, cuja sensibilidade e competência serviram de alicerce ao processo, a dedicação dos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde; da Comissão Técnica de Acompanhamento da intervenção; dos assessores do Ministério da Saúde, que através das suas experiências e envolvimento no processo de Reforma Psiquiátrica, disseminaram a possibilidade de se construir uma alternativa de cuidados com dignidade e sem exclusão; dos familiares que acreditaram na possibilidade de retorno dos seus parentes internos e dos pacientes que se convenceram de que era viável viver fora do espaço institucionalizado a que estavam submetidos.

Obviamente um processo de tal complexidade não contou com o apoio de todos. Alguns críticos do fechamento do Hospital alegaram que este levaria os pacientes a uma situação de desassistência. Sobre essas críticas ao fechamento de hospitais psiquiátricos. Delgado (2000) descreve:

Não existe abandono quando, em troca de manicômio, é oferecida ao utente a possibilidade de retorno ao seu núcleo familiar original, ou a experiência de vida em apartamento de grupo, ou quando este pode voltar a ter uma vida produtiva nas cooperativas, ou pode ainda contar com um apoio de um Centro de saúde Mental...”(p.20) E ainda acrescenta:”... Estamos diante do oposto do abandono; esta é uma prática de atenção muito mais eficiente no território. (p.20)

Outra crítica muito escutada se referia à periculosidade do portador de transtorno mental. Segundo esta concepção o “louco” fora do Hospital representa um perigo para a sociedade. Apesar de que em situações de crise, quando se esgotasse todas as possibilidades de atendimento nos serviços substitutivos, a pessoa poderia ser remetida à Unidade de Referência em Saúde Mental, permanecendo e depois encaminhada ao CAPS III, serviço de atendimento intensivo, que funciona 24 horas.

Na verdade o que percebemos é que a fantasia da periculosidade do portador de transtorno mental há muito tempo permeia o imaginário popular sobre a loucura, constituindo-se como obstáculo à sua circulação no meio social. Nesse aspecto Lobosque (1997) discorre:

Afirmamos tranquilamente que essa periculosidade genérica atribuída à loucura não passa de um mito. Poderíamos recorrer a dados estatísticos, que nos mostram quão baixa é a porcentagem de portadores de sofrimento mental na população geral dos infratores; poderíamos mencionar nossa experiência em serviços abertos, onde raríssimamente acontece uma agressão de conseqüências mais sérias, e cujos pacientes dificilmente chegam a oferecer perigo real para terceiros. Esperamos que a figura desse louco bicho-papão há de desfazer-se pouco a pouco, como já se desfaz entre as famílias, a vizinhança, as comunidades onde vivem nossos usuários. O tornar-se perigoso é uma vicissitude da condição humana, de forma alguma própria a essa experiência que é a loucura. (p.93)

Mesmo diante das tentativas de reforçar tal concepção de periculosidade, dos 176 pacientes encontrados na instituição, restavam apenas 65. Apesar das mudanças evidenciadas no tocante a melhoria do atendimento no hospital, restavam algumas práticas resistentes à transformação, refratários às ações inovadoras, entre elas funcionários que chegaram a boicotar diversas ações realizadas. A superação se efetivaria somente com um rompimento, caracterizado pela transferência dos pacientes para um outro espaço, com a possibilidade de transferir também os trabalhadores contratados pela Prefeitura e os funcionários do hospital que obtivessem aprovação no processo seletivo realizado pelo município.

-O fim da intervenção e a Unidade de Referência em Saúde Mental.

Em 30 de Junho de 2005 foi finalizado oficialmente o Processo de Intervenção no Hospital psiquiátrico, culminando na transferência de 65 pacientes para um serviço implantado pela Secretaria de Saúde do município: A Unidade de Referência em Saúde Mental, em caráter provisório, até que sejam implantadas as outras residências terapêuticas e finalizada a transferência dos moradores do hospital para as moradias e implantado o serviço de emergência psiquiátrica.

A proposta elaborada pela comissão que atuava na intervenção é que a Unidade brevemente funcionasse como um Serviço de emergência psiquiátrica, num papel de

regulador¹⁸ do sistema, com a característica de funcionar como porta de entrada, realizando encaminhamentos precisos em cada caso aos municípios de Campina Grande e dos 70 municípios inclusos no Plano de Pactuação Integrada (PPI) e no Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) do Estado, pactuado através da Comissão Intergestores Bipartite(CIB).

Tal proposição está de acordo com as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que “...estimula a criação de centrais de regulação de internação psiquiátrica com o objetivo de evitar internações desnecessárias.” (Brasil, 2002,p.47)

Com esse objetivo a Secretaria Municipal de Saúde alugou um prédio, onde anteriormente funcionava uma maternidade de pequeno porte, dispondo de 60 leitos, porém com capacidade para 80, no centro da cidade, iniciando seu atendimento com 65 pacientes transferidos do ICANERF e com sete leitos para internações rápidas (em média 72 h).

A mudança havia sido estrategicamente pensada, repensada, organizada, já não restava outra saída, além das condições precárias do prédio, agravadas principalmente por estar em período chuvoso, o risco de não se conseguir honrar o pagamento de funcionários, dada a imensa quantidade de processos trabalhistas aos quais o interventor precisou responder e as cobranças de dívidas, provenientes da gestão anterior da instituição. Alguns desses processos trabalhistas resultavam em bloqueio de recursos financeiros do hospital através do seu faturamento mensal.

Antes de iniciar o processo de transferência dos pacientes foi imprescindível a realização de uma reunião com os funcionários para explicar sobre a mudança e principalmente sobre o credenciamento do hospital no SUS, momento que causou sentimentos de indignação e medo, pois tornou evidente a possibilidade de perda de emprego e o não cumprimento das obrigações trabalhistas pela antiga direção do hospital, que depois de finalizado o processo de intervenção e realizado o credenciamento, voltaria à administração da instituição.

Já no começo da tarde os pacientes do hospital se preparavam para a esperada mudança, vários deles estavam no pátio de entrada, com alguns poucos objetos que lhe pertenciam, na expectativa da chegada do ônibus que os levaria a este novo lugar. Por parte de alguns internos havia também uma postura ambígua, se por um lado apoiavam a intervenção, por outro era presente o medo do desconhecido, dessa nova vida que se iniciara.

¹⁸Através da regulação é possível controlar as demandas de internação psiquiátrica, posto a constatação de que muitos pacientes são internados sem que essa seja de fato necessária, tornando os hospitais sempre lotados e sem estabelecer critérios precisos que justifiquem uma internação.

No novo espaço um dos primeiros enfrentamentos de ordem estrutural foi o de experimentar a possibilidade de convivência entre os homens e as mulheres que sempre estiveram separados. Eles não dormiam no mesmo quarto, mas passaram a ter uma convivência diária. A quantidade de “isso ou aquilo não pode”, “mas e se eles namorarem?”, que se falava e se ouvia era enorme.

Grande parte dos pacientes manifestava dificuldades em usar o banheiro, como no hospital aprenderam que o chão era o local adequado, continuavam a fazê-lo, e repetiam também o uso incessante de cigarros. Porém o número reduzido de internos, um espaço menor e a equipe mais completa, configuravam um modelo que propiciava um acompanhamento mais intensivo.

Outro desafio se constituía em capacitar *in loco*, os profissionais inseridos neste Serviço. Diante de alguns atrasos no Processo Seletivo, foram chamados profissionais do quadro efetivo do município, que tinham alguma carga horária disponível para prestar atendimento e alguns profissionais contratados que já estavam conosco desde o hospital. Na sua maioria os funcionários que se apresentavam trabalhavam numa Maternidade, com pouca ou nenhuma experiência em Saúde Mental, além de alguns psicólogos da Clínica de Psicologia, que rapidamente foram construindo histórias, vínculos e novas possibilidades. Até um paciente considerado mudo, após anos de silêncio, voltou a falar.

O Evento “Fechem as portas do hospício, abram as do coração”, estampado nas camisetas usadas pelos participantes, anunciou o término da intervenção, o descredenciamento do Hospital no SUS e a implantação da Unidade de Referência, realizado na rua, em frente ao novo Serviço. Pacientes que eram amarrados nas suas camas, contidos das mais violentas formas, estavam na rua a dançar, sorrir e participar da programação com música, artes, poesia, dança e teatro. Era muito evidente o movimento de ruptura instaurado.

A COOPERAÍ-Cooperativa de Artistas foi o apoio determinante para realização desse evento, incluir a arte naquele momento nessa nova prática de cuidados representava incluir o direito à liberdade de expressão. O pintar, o dançar e o cantar estava intrinsecamente ligado ao respeito e à liberdade.

A Unidade de Referência em Saúde Mental parece durar mais que o previsto na implantação. As dificuldades perante a implantação das novas residências terapêuticas tornam o processo de desospitalização desses outros pacientes mais lento e os impasses na

implantação da Emergência Psiquiátrica¹⁹ acentuam o caminho que ainda é necessário percorrer.

Dessa forma a efetivação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande exigiu muita agilidade no processo de superação do modelo hospitalacêntrico e a concomitante implantação (a passos rápidos) da rede substitutiva, que garantisse o cuidado, a inclusão social, que garantisse que o fechamento de um hospital psiquiátrico não gerasse a dessassistência, como muitos apostavam.

4.2 - A rede de cuidados em Saúde Mental

Apresentamos a seguir os Serviços de Saúde Mental que já compunham a rede antes do processo de intervenção, o CAPS II Novos Tempos, a implantação dos serviços substitutivos e do Programa de Volta pra Casa e o percurso realizado em 2005, ano referencial na Reforma Psiquiátrica em Campina Grande.

- Os Serviços de Saúde Mental

Até Dezembro de 2003 Campina Grande possuía como forma de tratar o transtorno Mental apenas dois Hospitais Psiquiátricos: Clínica Dr. Maia e Hospital ICANERF e um Núcleo de Atendimento Psiquiátrico- NAP (Hospital Universitário) realizando atendimento ambulatorial.

A prática começa com o PSF – Programa Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde da Família do bairro do Pedregal , Equipe Amarela, onde foi formado um Grupo de Saúde Mental, em 1997, formado por 11 mulheres egressas de internações psiquiátricas, na faixa etária de 28 a 66 anos. Segundo Gonçalves(2005) as componentes atuais participam há mais de 4 anos e após suas participações no grupo, não apresentaram registro de internação psiquiátrica, 4 delas não fazem mais uso de medicação psicotrópica, 3 diminuíram o uso, 3 utilizam esporadicamente e apenas 1 faz uso regular, porém em doses inferiores.

Em 2002 o município cria sua legislação própria-lei 4.068²⁰ sobre a atenção em liberdade, fixando diretrizes sobre a promoção de saúde e reintegração social do portador de

¹⁹Segundo o Ministério da Saúde, portaria 224, a Emergência Psiquiátrica deve ser instalada atrelada a um hospital geral, condição indispensável ao seu cadastramento e financiamento.

transtorno mental, onde determina a implantação de ações e Serviços de Saúde Mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, de acordo com o descrito na Lei n 10.216.

No que se refere aos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde determina a implantação do CAPS Ad-serviço especializado na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, devido a localização geográfica ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem desse Serviço, para atender as demandas de saúde mental(BRASIL, 2005).

O CAPS Ad de Campina Grande foi inaugurado em Setembro de 2004, configurando o segundo Serviço substitutivo do município (o primeiro foi o CAPS II, descrito no próximo subtópico). No seu cronograma de atividades estão incluídos atendimentos médico e psicológico, grupos de relaxamento, grupo operativo, oficina de bijuteria, oficina de atividade física e grupo familiar.

Atualmente o CAPS AD atende 200 usuários dependentes de álcool e outras drogas numa perspectiva que também engloba a realização de oficinas terapêuticas, de atendimento médico, psicológico e de diferentes estratégias de reinserção social, numa dinâmica de funcionamento semelhante aos outros CAPS, porém considerando as especificidades no trato com os transtornos relacionados ao uso de drogas.

A rede de serviços substitutivos de saúde mental de Campina Grande, que anterior ao processo de intervenção era composta por um CAPS II e um CAPS Ad, foi ampliada e fortalecida com a implantação dos CAPS i e CAPS III.

Desde 2004 realizavam-se as discussões sobre a necessidade de implantação de um CAPS que atendesse crianças e adolescentes. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 b), a experiência em serviços que já apresentavam a lógica de funcionamento em regime de atenção diária demonstrou que se ampliam as possibilidades de tratamento quando o atendimento tem o início o mais cedo possível.

Dessa forma o CAPS i se apresenta como um serviço de atenção diária destinado ao tratamento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, incluídos os portadores de autismo, neuroses graves, e todos aqueles, que por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Em geral as atividades oferecidas no CAPS i são as mesmas dos CAPS, devendo ser dirigida à faixa etária a que se destina atender (BRASIL, 2004 b).

²⁰A Lei Municipal de Saúde Mental encontra-se nos anexos.

Dentre as principais estratégias elaboradas durante o processo de intervenção destacava-se a implantação do CAPS III, que se caracteriza como um Serviço de funcionamento diurno e noturno, durante os sete dias da semana, com o diferencial de oferecer leitos, onde os pacientes podem pernoitar, quando necessário.

A equipe desse CAPS teve a oportunidade, antes de implantado o Serviço, de realizar estágio no CAPS II Novos Tempos e no CAPS Ad. Através do estágio os profissionais puderam obter uma experiência inicial, posto que a maioria não possuía experiência de serviço substitutivo, dos cuidados e práticas que o novo modelo de saúde mental impõe.

Concomitante com a implantação de tais Serviços foram contratados os profissionais selecionados para compor as equipes de atuação nos Serviços. Sendo realizada capacitação durante três dias, com técnicos da Secretaria de Saúde do Município, da Secretaria de Saúde de Recife, e assessores técnicos do Ministério da Saúde, abordando temas como acolhimento, projetos terapêuticos, manejo de situações de crise, psicofarmacologia, funcionamento dos CAPS, das Residências Terapêuticas e clínica de Reabilitação Psicossocial.

Além dos CAPS compõe a rede municipal de Saúde Mental a Clínica de Psicologia. Se configurando como um serviço pioneiro no Nordeste, a Clínica oferece atendimento psicológico a crianças, adolescentes e adultos, usuários do SUS. Tal serviço têm exercido uma papel de suma importância na prevenção dos transtornos mentais e no tratamento das inúmeras formas de sofrimento psíquico.

- O CAPS II Novos Tempos²¹

Se por sua repercussão nacional, as iniciativas de Santos e do CAPS Luís Cerqueira são consideradas fundadoras, em Campina Grande a implantação do CAPS-Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II Novos Tempos, constitui o marco da Reforma Psiquiátrica no município.

Inaugurado em Dezembro de 2003, com um significativo atraso em relação ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o CAPS II Novos Tempos, trouxe para o município de Campina Grande, uma nova perspectiva de atendimento ao portador de transtorno mental, rompendo com longos anos de um modelo exclusivamente hospitalocêntrico e excludente.

²¹ Dedicamos um subtópico a descrição do CAPS II Novos Tempos, por considerarmos de suma importância o conhecimento do local onde foi desenvolvido essa pesquisa.

Os CAPS iniciaram seus trabalhos com uma equipe bastante insipiente e o fato de aceitarem o desafio inusitado de criar uma prática até então inexistente na cidade, foi a base para que se fosse estabelecida uma prática pioneira e inovadora. Apesar das dificuldades enfrentadas principalmente quanto aos recursos financeiros, antes da implantação foram realizadas capacitações com a equipe e visitas a CAPS de outros municípios, trazendo a perspectiva dessa nova forma de atendimento e promovendo uma escuta sobre os anseios iniciais da equipe.

O CAPS II Novos Tempos iniciou seu funcionamento, com o objetivo de cumprir o seu papel de serviço substitutivo. Atendendo atualmente cerca de 350 usuários, a maioria deles com histórico de internação psiquiátrica, este Serviço oferece atendimento médico, psicológico individual e grupal, ações de Serviço Social, visitas domiciliares e diversas Oficinas Terapêuticas: Oficina de Bijouteria, Grupo Terapêutico, Atividades Manuais, Grupo de Relaxamento, oficina de Cinema, de Autos Cuidados, Atividades de Reciclagem, Oficina de Adaptação e outras, conforme o disposto na portaria 336 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 a).

De acordo com tais orientações as oficinas realizam diversos tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários e suas necessidades e das possibilidades dos técnicos do Serviço, tendo como objetivo promover a integração social e familiar, a manifestação dos sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania.

Com base nesses objetivos e a partir da demanda dos usuários, no que se refere à aquisição da leitura e escrita, foi implantada, a partir da iniciativa de alguns profissionais, a Oficina de Didática, com uma parceria firmada com o Ministério da Educação-Programa Brasil Alfabetizado²². A oficina é ministrada por uma professora usuária (com supervisão e acompanhamento da área pedagógica do Serviço) e tem possibilitado a alfabetização de mais de 50 usuários. Além disso, destaca-se que a partir da realização da Oficina foi propiciada a inserção da professora-usuária no mercado de trabalho, contribuindo, segundo seu próprio relato, para sua realização profissional.

Um dispositivo necessário à avaliação do Serviço se constitui na assembléia de usuários. Com frequência quinzenal, esta é considerada um importante espaço de avaliação,

²²O Programa Brasil Alfabetizado é proposto pelo governo federal com o objetivo de capacitar alfabetizadores e alfabetizar pessoas com 15 anos ou mais que não tiveram oportunidade ou foram excluídas antes de aprender a ler e escrever. É repassado a título de bolsa aos alfabetizadores, o valor fixo de R\$: 120,00 por mês, mais possíveis acréscimos mensais por cada aluno em sala de aula. Para os alfabetizadores de turmas que incluem necessidades especiais, o valor da bolsa é de R\$: 150,00. Informações colhidas no site: www.fn.de.gov.br, acessado em 04/08/2006.

sugestões, reivindicação de direitos e deveres, espaço de diálogo e cidadania. Configurando um instrumento de suma importância para o funcionamento efetivo do CAPS como um lugar de convivência, onde participam técnicos, usuários, familiares e outros convidados, colaborando para qualidade do atendimento oferecido.

Outro dispositivo de fundamental importância se traduz no Grupo de família. Este é realizado semanalmente e se configura como um momento de escuta e apoio às famílias perante as dificuldades encontradas com o manejo do transtorno mental, situação de crises, necessidades de adaptação, orientações sobre o diagnóstico e a participação efetiva no projeto terapêutico do usuário. Também são realizados quando necessário, esclarecimentos sobre o uso da medicação e outros temas, criando laços de solidariedade a partir da discussão de problemas em comum.

O trabalho com a família busca conscientizar a valorização da participação da família como parceira fundamental no enfrentamento dos problemas oriundos do sofrimento mental dos usuários; propiciar espaço de escuta e diálogo dos familiares, na perspectiva de que saiam do isolamento em que muitas vezes se encontram; trabalhar a melhor integração entre usuários e seus familiares, favorecendo a viabilização do projeto terapêutico; coletar dados com a família que possibilitem orientar o processo de tratamento, apresentar aos familiares outras formas e recursos de tratamento que não só a internação psiquiátrica e avaliar a coresponsabilidade com o tratamento do usuário.

A perspectiva de trabalho nos serviços substitutivos engloba ainda o conceito de técnico de referência como o profissional (independente da especialidade) responsável pelo projeto terapêutico do usuário, acompanhando questões tais como participação nas atividades, evolução, dinâmica familiar, medicação e outros aspectos. Furtado (2001) salienta que:

O que caracteriza o papel de referência é o fato de um profissional tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial daquele paciente crônico. Temos a expectativa de que a responsabilização e o vínculo sejam uma das decorrências dessa forma de trabalho(p.45)

É com o técnico de referência que o usuário estabelece “um vínculo todo particular”, conforme nos afirma Lobosque (2003). O usuário fala com o técnico certas questões que evitaria tratar com outras pessoas, recorre a ele em casos de impasses, passa a reconhecê-lo como o técnico a quem deve comunicar suas ausências, as ocorrências familiares, o aumento

ou diminuição da sua freqüência e outros assuntos e o qual a família deve procurar em busca de orientações e esclarecimentos, tendo um acompanhamento mais próximo do usuário.

O profissional de referência diante dessa perspectiva pode ser qualquer um dos técnicos que compõe a equipe multiprofissional, independente da sua formação, dentro da perspectiva denominada 'clínica ampliada', onde cada profissional, apesar da sua especificidade, é considerado técnico de saúde mental, com saberes, práticas, que devem ser comum a todos eles.

Na reabilitação psicossocial esta prática é de suma importância. Devido à complexidade das ações exigidas nesse processo, o usuário pode precisar de várias ações fundamentais para a sua reinserção social que não são atribuições exclusivas de uma única categoria ou núcleo específico, mas se constituem num campo comum de competência dos trabalhadores de saúde mental, tais como: acompanhamento terapêutico, visitas domiciliares, orientação para o resgate da autonomia.

Neste âmbito a forma de atuar no CAPS também questiona as especificidades de cada profissão e seus limites de atuação. Dentro dessa perspectiva Furtado (2001) descreve o núcleo de competência e responsabilidade como o conjunto de saberes e atribuições específicos de cada profissão, que marcam as diferenças entre os membros de uma equipe, se constituindo como elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional, já por campo de competência e responsabilidade entende-se os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes as várias profissões.

Diante do exposto podemos destacar que a caracterização do funcionamento do CAPS se apresenta como uma tentativa de romper com uma perspectiva de atendimento centrada na figura do médico, com a hierarquia das práticas, com a noção de projetos terapêuticos coletivos, marcantes no hospital psiquiátrico, preconizando a importância da participação familiar, do acompanhamento individualizado, do exercício da autonomia e cidadania do usuário.

-A implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos

A desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais graves e sua inserção na comunidade tem se configurado como umas das prioridades da política nacional de saúde mental. Assim a implantação das Residências Terapêuticas surge nesse âmbito com uma importância fundamental para a superação do modelo hospitalar.

A portaria nº. 106(BRASIL, 2004a) cria os Serviços Residenciais Terapêuticos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, constituindo-os como um serviço substitutivo à internação psiquiátrica prolongada, evitando assim uma grave dependência institucional, condizente à realidade do Hospital sob intervenção.

Observa-se que desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, já se discutia sobre a importância estratégica da implantação dos lares abrigados, posteriormente denominados de Serviços Residenciais Terapêuticos. Para o Ministério da Saúde (2004a) a portaria 106:

...tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à tão propagada e, para alguns insubstituível” hospitalidade” do hospital psiquiátrico .(p. 104)

Dentre as estratégias elaboradas durante o processo de intervenção consta a implantação das residências terapêuticas, com o objetivo de oferecer moradia aos pacientes com internações de longa permanência, por não contarem com suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social.

Além de oferecer possibilidades de moradia a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, as residências terapêuticas tem ainda a função de auxiliar o morador em seu processo, na maior parte das vezes complexo, de reintegração na sociedade. Assim como residências que são, cada casa deve ser considerada como única, com suas características, especificidades, necessidades e hábitos dos seus moradores (BRASIL, 2005).

Cada casa deve abrigar no máximo oito moradores. Um profissional denominado cuidador, é designado para auxiliar os moradores nas tarefas, conflitos e possibilidades inerentes ao morar, ao conviver, possibilitando a busca de autonomia do usuário e sua progressiva inclusão social.

Dentro desse contexto, no dia 18 de Maio de 2005, Dia Nacional da Luta Antimanicomial foram inaugurados em Campina Grande, dois módulos de Serviços Residenciais Terapêuticos, um feminino e outro masculino, sendo transferidos 16 pacientes do hospital. Em Agosto foi inaugurado outro módulo de Residência Terapêutica feminina, sendo aprovados ainda mais três unidades desses serviços, em processo final de implantação.

Era intenso o estado de felicidade daqueles que foram beneficiados. As casas eram agradáveis, com uma decoração bonita e na cabeceira de cada cama estava a foto do morador.

Morar numa casa de verdade tem seus desafios, tais como o de construir o cotidiano de um lar, dividir um quarto, armários, cuidar da higiene pessoal e também da casa, ter uma sala de televisão, sentar juntos para conversar e decidir, ter esse poder de escolha e de autonomia. Estava lançado o grande desafio: a desinstitucionalização.

Para Saraceno (1999) a reabilitação psicossocial deve ocupar-se também da casa e do habitar, como compromissos efetivos da sua prática. Para o autor:

Com a noção de casa, nos referimos ao complexo de experiências concretas de requalificação-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também: a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades, a noção de casa, portanto, pressupõe a existência de uma casa presente. (p. 116).

Dessa forma constituir os Serviços Residenciais Terapêuticos como uma moradia, igual as outras que conhecemos, era uma das grandes preocupações da Coordenação, por isso nada de placas, nem toalhas e roupas padronizadas com o timbre ou logomarca da Prefeitura. As casas não poderiam jamais parecer com um Serviço. O Serviço no qual eles deveriam fazer tratamento era o CAPS, a Residência era uma moradia, tudo deveria fazer parte das estratégias para conquista de autonomia e reinserção social.

Tais características das Residências Terapêuticas nem sempre são facilmente compreendidas. Com dificuldade conseguia-se organizar e levar os moradores ao CAPS, ao dentista, ao posto médico, a passeios nos fins de semana. Muitas pessoas acreditavam que seria melhor para o morador se os atendimentos médicos fossem realizados no espaço da própria moradia, se o cabeleireiro fosse até lá, se as atividades de lazer também fossem realizadas no espaço da casa... Por isso era necessário muita cautela e um olhar vigilante com o intuito de que essas moradias não se transformassem em pequenos manicômios. Essa era a luta maior.

-O Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta pra Casa foi regulamentado pela lei 10.708, que institui um auxílio reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora

de unidade hospitalar, de pacientes portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas (BRASIL, 2003 a).

Esta estratégia segue as recomendações da OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e OMS (Organização Mundial de Saúde) para a área de Saúde Mental com o objetivo de reverter gradativamente o modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais, por um modelo de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

O benefício consiste no pagamento mensal de auxílio no valor de R\$: 240,00 ao beneficiário ou seu representante legal, se necessário, com duração de um ano. Podendo ser renovado, a partir da avaliação da equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa.

Dessa forma podem ser beneficiadas as pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas em hospitais cadastrados no SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos. Pessoas residentes em moradias caracterizadas como Residências Terapêuticas, também podem ser beneficiárias do auxílio (BRASIL, 2003a).

Se constitui como um dos requisitos para inscrição no Programa, a exigência de que pessoa incluída esteja de alta hospitalar ou morando em residências terapêuticas, com suas famílias, ou em formas alternativas de moradia e de convívio social, cuja suspensão poderá ocorrer se houver internação psiquiátrica por período igual ou superior a 30 dias ao ano.

Agosto foi o mês em que 48 pacientes egressos de longas internações realizaram aberturas de contas bancárias para receber o auxílio reabilitação psicossocial do Ministério da Saúde, contribuindo para o seu processo de desospitalização. Antes disso houve ainda a necessidade de retirada dos documentos pessoais de quase todos os pacientes.

O requisito da portaria que destina o auxílio reabilitação aos considerados egressos de internações psiquiátricas, onde se faz necessário comprovar internação por período igual ou superior a dois anos ininterruptos, se configurou como um obstáculo a implantação do Programa, posto que não se mostrava possível comprovar através de série histórica os longos anos de intervenção, já que muitos deles receberam altas administrativas, para renovação das AIHs- Autorização para Internação Hospitalar e considerando também que outros pacientes recebiam altas, porém chegavam a passar menos de 1 semana em casa. Outras dificuldades ainda foram encontradas tais como o fato de algumas famílias demonstrarem profundo interesse em administrar, de forma exclusiva, os recursos oriundos do Programa.

Apesar de tais impasses o que podemos constatar é que a bolsa tem possibilitado aos beneficiados um exercício mais efetivo da sua autonomia, até mesmo a partir da compra de objetos pessoais, de roupas, calçados e outros. Onde podemos comemorar a conquista do fato de alguns deles, às vezes com o auxílio de técnicos dos CAPS, poderem realizar suas compras, a partir de suas próprias escolhas.

-A inserção na comunidade: O Projeto Domingo no CAPS

O Projeto Domingo no CAPS nasceu de uma iniciativa conjunta da Coordenação de Saúde Mental, Coordenação do CAPS II Novos Tempos e de uma equipe de voluntários-alunos do curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba.

Desde a sua primeira realização o Domingo no CAPS teve ampla repercussão: participação de diversos segmentos da comunidade, engajamento e dedicação da equipe do CAPS, apoio voluntário de estagiários dos Cursos de Serviço Social, Psicologia, Educação Física e Enfermagem, participação intensa de familiares, usuários, profissionais de Saúde e vários representantes da comunidade.

Com o principal objetivo de promover a reinserção social do usuário, e favorecer a quebra de estigmas e preconceitos, este programa se caracteriza por oferecer uma opção de lazer e cultura nos finais de semana, além de abrir o CAPS para a comunidade como um todo. São algumas das atividades desenvolvidas:

-Apresentação musical e teatral: Se apresentam convidados, usuários e algumas vezes familiares dos usuários, possibilitando que as pessoas usem e desenvolvam seu potencial. As apresentações musicais geralmente englobam músicas de forró e música popular brasileira, de grande repercussão entre os usuários que juntos cantam e dançam.

-Oficina de Cinema: Era organizado um espaço para realização do Cinema, onde eram exibidos filmes durante os dois turnos, escolhidos previamente pela equipe técnica e usuários. Por ser um momento de lazer e descontração não são escolhidos filmes de cunho didático, que abordasse o transtorno mental ou tratamento (como acontecia em algumas atividades diárias do Serviço).

-Palestras educativas: São realizadas por estagiários dos cursos de enfermagem e Educação Física, onde se podia contar com a participação do Laboratório Itinerante formado

por alunos da Universidade Estadual da Paraíba, que abordava diversos temas tais como: sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar, tabagismo e outros.

-Correio do CAPS : Nesse espaço os usuários podiam escrever cartas para familiares, amigos, companheiros. Aqueles que não possuíam a habilidade da escrita, contavam com o auxílio dos voluntários para escrevê-las. As cartas eram postadas gratuitamente, através de uma parceria firmada com os Correios.

-Oficina da Beleza: Nesta atividade eram realizados cortes de cabelo, cuidado e limpeza das mãos e maquiagem, com a participação de cabeleireiros, maquiadores e manicures, todos voluntários de alguns Centros de Ensino, como o SENAC, Centro da Jovem, profissionais autônomos, alunos e profissionais do CAPS. Tal oficina se caracteriza por ser um dos espaços mais disputados, a vaidade se encontrava preservada, mesmo em crise.

-Brechó do CAPS: Se constitui como o maior destaque do Projeto. Nessa atividade realizava-se inicialmente uma campanha nos diversos setores da Prefeitura, na vizinhança, em instituições e comércios da cidade, para arrecadar roupas, acessórios, calçados, que eram comercializados, com a renda revertida aos usuários. A cada realização cinco usuários, escolhidos pela equipe, tendo como principal critério a situação econômica comprometida, organizavam as vendas.

Feira de artesanato: São comercializados os produtos confeccionados nas Oficinas Terapêuticas: bijoutherias, cartões, panos de cozinha, vidros decorados, telas e outros objetos. Esta comercialização estimula a produção dos usuários, que gradativamente começam a vender seus produtos na vizinhança, na comunidade. Passo importante na inserção do mercado de trabalho, um dos principais obstáculos enfrentados pelos usuários, posto o preconceito construído historicamente.

No Projeto Domingo no CAPS são realizados ainda: a tradicional Feijoada, Gincana Recreativa e outras atividades elaboradas nas Assembléias, com participação ativa dos usuários, familiares e equipe técnica. Este não era de forma alguma estável, a cada realização era recriado, com novidades dispostas de acordo com a criatividade da equipe técnica e dos usuários, de acordo com seus interesses e necessidades.

O Projeto cresceu consideravelmente e já na sua quinta realização (novembro de 2005) contava com a participação de todos os Serviços de Saúde Mental existentes: CAPS II, CAPS AD, Unidade de Referência em Saúde Mental, CAPS I e Clínica de Psicologia.

Na última realização percebia-se um brilho diferente, lá estavam os ex-pacientes do Hospital ICANERF, alguns atualmente moradores das Residências Terapêuticas e outros pacientes da Unidade de Referência à espera das casas em processo de implantação. Do

confinamento à liberdade os internos ganharam às ruas, lá se divertiam, brincavam, observavam o movimento do brechó, da feira de artesanato e lá passaram o dia, tão cheios de liberdade, de vida.

Se tornava comum ouvir os comentários realizados por alguns visitantes do Projeto, que ao chegar comentavam” aqui a gente não sabe quem é doido e quem não é...”, demonstrando que o projeto estava de fato contribuindo para desmistificação da doença mental.

O reconhecimento pela importância do Domingo no CAPS como experiência de inclusão social, propiciou ao mesmo receber, em Janeiro de 2006, o certificado da Fundação Ford e Getúlio Vargas/Programa Gestão Pública e Cidadania, sendo publicado no Relatório de experiências escritas no ciclo de premiação de 2005.

Com essas parcerias e ações, a comunidade produz um grande e variado conjunto de relações de troca, o que é bom para própria comunidade e para todos do CAPS. As parcerias ajudam a comunidade a reforçar seus laços afetivos e produzem maior inclusão social dos seus membros. Por isso a participação da comunidade se configurou como de fundamental importância para a realização do Domingo no CAPS. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) o CAPS deve ser parte integrante da comunidade, de sua vida diária e de suas atividades culturais.

-O percurso e outras ações no ano de 2005

Durante 2005, ano referencial da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande, devido ao processo de intervenção num dos hospitais psiquiátricos e a implantação de rede substitutiva de cuidados em Saúde Mental, muitas foram as ações realizadas com o objetivo de desmistificar perante a sociedade toda a carga de preconceito que gira em torno do transtorno mental e possibilitar alternativas de reinserção social.

No dia 18 de Maio-Dia nacional da Luta Antimanicomial os Serviços de saúde mental do município realizaram a II Caminhada Novos Rumos na Saúde Mental-Pela dignidade humana, levando mais de 300 pessoas para rua, entre eles usuários, familiares, técnicos e pacientes dos CAPS e do Hospital.

A caminhada percorreu as principais ruas do Centro da cidade, os pacientes e profissionais do Hospital ICANERF foram de ônibus até o CAPS II, ponto inicial do evento. Era visível o estado de emoção de muitos internos e seus familiares, para a maioria deles,

aquele era o primeiro contato após anos de internação, com a sociedade, as ruas, os carros, a vida cotidiana de uma cidade.

Com faixas contendo os dizeres: “Cuidar sim, excluir não!”, “ Por uma sociedade sem manicômios!”, “ Pela dignidade humana!”, os participantes caminharam até o Parque do Povo, onde foi realizada uma dança junina em alusão a Festa de São João que estava pra ser iniciada na cidade.

De suma importância na implementação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande destacamos o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica: “Construindo o cuidado e ampliando o acesso à Saúde Mental”, envolvendo os Estados: Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco-estados que possuem hospitais que passarão por intervenção, numa discussão sobre a ampliação da rede de cuidados e serviços em Saúde Mental. Compareceram representantes de 34 municípios e diretrizes importantes foram traçadas como a ampliação dos Serviços, realizações de parcerias com o Programa Saúde da Família, habilitação para o Programa de Volta pra casa e a implantação de pelo menos uma Residência Terapêutica em municípios que possuem CAPS.

No Encontro foram realizadas Oficinas sobre Emergência Psiquiátrica, com a participação de profissionais do SAMU; Residências Terapêuticas, Saúde Mental na Atenção Básica, presença de profissionais do Programa Saúde da Família; sobre o Processo de formação e participação das Associações de Usuários e familiares, com participação ativa de usuários e familiares dos CAPS e a Associação de familiares da Paraíba; e a Oficina de Planejamento da rede de cuidados, realizada com os gestores municipais. O evento contou com o apoio do CONASENS-Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, do CONASS- Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e da Secretarias Estaduais de Saúde.

O Projeto Viver formado a partir da iniciativa de um psicólogo do CAPS Ad, abre a perspectiva de realização de momentos de descontração e lazer durante os finais de semana na Unidade de Referência em Saúde Mental, favorecendo o processo de interação social entre familiares, usuários e equipe técnica. O projeto itinerante passou a oferecer momentos de música e cultura em outros setores da Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere à luta pelos direitos dos usuários foi iniciado o processo de implantação da Associação de usuários e familiares, a partir da iniciativa de alunos do curso de Psicologia na Universidade Estadual da Paraíba. Foram realizadas assembléias com os usuários, familiares, reuniões com a equipe técnica dos CAPS, escolha da presidência e

elaboração do estatuto. As associações de usuários e familiares têm se configurado como um importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos.

A possibilidade de funcionamento da Associação de usuários e familiares abre uma nova perspectiva, segundo o Ministério da Saúde (2005) a partir da implementação das associações os usuários e familiares passaram a relatar suas vivências, discutir os equipamentos de saúde e a imprimir uma discussão no campo da Reforma Psiquiátrica, que ultrapassa o campo técnico: “Usuários e familiares passam a entrar em cena do debate político, e empoderam-se como atores e protagonistas da Reforma e da construção de uma rede substitutiva de serviços.” (p.42)

Uma conquista que ainda poderá ser efetivada se refere a aprovação do projeto de lei(n 217/2005), do vereador Olímpio Oliveira, concedendo isenção tarifária nos meios de transporte coletivo, as pessoas de baixa renda portadoras de transtornos mentais, do vírus HIV e dependentes químicos, que estejam em tratamento continuado. A lei se encontra a espera da sanção do Gestor Municipal e ampliará o acesso dos usuários aos Serviços de Saúde Mental, posto que grande parte deles não frequenta o CAPS devido a dificuldades de ordem financeira.

Pelas ações realizadas e pela implementação acelerada da Reforma Psiquiátrica no município, Campina Grande foi convidada para participar de uma mesa redonda, composta também pelo Chile e Jamaica, para apresentar como experiência êxitosa em Saúde Mental, na Conferência 15 Anos depois de Caracas, realizada em Brasília em Novembro de 2005, sendo citada ainda na publicação elaborada pelo Ministério da Saúde e OPAS, para circulação em todos os países participantes. De acordo com o texto:

...o processo de desinstitucionalização e de redução de leitos em Campina Grande mobiliza os gestores do SUS para as construções de novas soluções para as demandas de saúde mental da região.mobiliza a comunidade local para a Reforma Psiquiátrica e muda efetivamente a qualidade de vida e da assistência prestada em saúde mental à população. (BRASIL, 2005, p. 22)

O caminho a ser percorrido ainda é demasiadamente longo, até porque a clínica da reabilitação psicossocial exige constantes inovações de suas práticas e modificação de saberes. É nítido que o Processo da Reforma Psiquiátrica se encontra distante de estar finalizado e completo. Ações como a realização de parcerias eficazes entre a Saúde Mental e o SAMU, a inserção da Saúde Mental na Rede de Atenção Básica de Saúde, a implantação de Oficinas Geradoras de Renda, a inserção da Política de Redução de danos no tratamento

oferecido pelo CAPS Ad, a estruturação de uma central de regulação das internações psiquiátricas e outras práticas demonstram as necessidades exigidas pelo novo modelo implantado.

Diante do exposto salientamos a importância do processo de intervenção realizado em Campina Grande como impulsionador da Reforma Psiquiátrica local. A partir desse processo o município avançou e possibilitou novas formas de acolher e cuidar o transtorno mental, na comunidade, na família, nas Residências Terapêuticas, contra os princípios impostos pela prática segregadora da hospitalização psiquiátrica, a favor de todas as ações e atitudes que valorizem a reinserção social, as potencialidades de cada indivíduo e sua autonomia.

5. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA ANÁLISE DE DISCURSO

O processo de desconstrução do modelo hospitalocêntrico implica no questionamento ao discurso manicomial e a criação de um novo lugar social para a doença mental. Assim se faz necessário uma transformação de discursos e saberes, dos sentidos atribuídos ao tratamento no âmbito da saúde mental e do deslocamento das posições costumeiramente adotadas por profissionais, usuários, familiares e toda sociedade.

Portanto o trabalho desenvolvido no cotidiano dos serviços de saúde mental substitutivos, como os CAPS, gera formas de conhecimento sobre a doença mental, contemplando os modos de tratamento e a Reforma Psiquiátrica, temas como a cidadania e reinserção social.

Assim buscamos uma abordagem metodológica que contribuísse na análise dos sentidos construídos pelos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares, situando no âmbito da psicologia social, o estudo da produção dos sentidos a partir da análise das práticas discursivas, como forma de conhecimento filiada à perspectiva construcionista.

A análise de discurso inglesa constitui-se como eixo teórico-metodológico deste trabalho. Visando apresentar uma explanação teórica sobre essa abordagem, dividimos este tópico em três subtópicos: a perspectiva construcionista, o discurso e a linguagem e a Psicologia Social Discursiva.

5.1 – A perspectiva construcionista

A pesquisa construcionista tem como foco de interesse o conhecimento gerado a partir da produção de sentidos no cotidiano, a partir das convenções que utilizamos e das formas pelas quais alcançamos uma compreensão do mundo e de nós mesmos. Considerando, portanto, tais formas e convenções como artefatos sociais, como conceitos socialmente construídos, determinados historicamente e culturalmente. Assim:

Coerentes com a perspectiva psicossocial, propomos aqui, que a produção de sentidos não é uma atividade cognitiva intra-individual, nem pura e simples de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentidos é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico-uma vez que o uso da linguagem

sustenta as práticas sociais geradoras de sentido- e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano(narrativas,argUMENTAÇÕES e conversas, por exemplo),como os repertórios utilizados nessas produções discursivas.”(SPINK E MEDRADO, 2000, p. 42)

Diversos autores da Psicologia Social tendem a focalizar os processos de produção de sentidos na vida cotidiana. Gergen (1985) foi um dos primeiros psicólogos a abordar o conhecimento nessa perspectiva, definindo o que vem a ser a investigação construcionista: “A investigação sócio-construcionista preocupa-se, sobretudo com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo” (p. 26).

Assim Gergen (1985) acrescenta que os termos em que o mundo é conhecido são produtos de intercâmbios historicamente situados entre pessoas, sendo necessário então uma investigação das bases históricas e culturais das variadas formas de construção de mundo, reforçando que as descrições e explicações sobre o mundo são consideradas formas de ação social.

Essa posição perante o conhecimento tem como consequência o fato de abdicar da visão representacionista do conhecimento, a qual tem como ponto a concepção da mente como espelho da natureza (RORTY, 1979 apud SPINK E FREZZA, 2000), adotando a concepção de que o conhecimento é algo que as pessoas constroem juntas. Para tanto se faz necessário então, um esforço de desconstrução das noções arraigadas na nossa cultura.

Sobre esse processo necessário de desconstrução salientamos o trabalho de reflexão que deve ser realizado para possibilitar uma desfamiliarização com conceitos construídos que se transformaram em crenças, colocando-se como obstáculos para que outros possam ser construídos.

Nessa perspectiva os autores afirmam que as construções ficam marcadas no cotidiano de nossas vidas, pois não escapamos das convenções, das ordens morais e das estruturas de legitimação. A pesquisa construcionista é, portanto um convite a examinar essas condições, a entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas, aguçando nossa imaginação e participação ativa nos processos de transformação social (SPINK e FREZZA, p. 32).

Dessa forma a perspectiva construcionista se contrapõe aos princípios norteadores da ciência moderna.Ela se opõe à concepção representacionista do conhecimento, à cisão entre sujeito do conhecimento e objeto, assim como opera uma desconstrução da retórica da verdade e da idéia da materialidade do cérebro como instância produtora do conhecimento(IBÁÑEZ, 2004;GERGEN, 1985).

Ibñez(2004) demonstra que embora o cérebro seja uma condição de possibilidade para o pensamento,não é a única condição. Para o autor o mais indicado seria afirmar que o pensamento tem sua realização na relação entre cérebro e sociedade, assim sendo, não estaria ligado a uma substancia, mas a um processo, evitando dessa forma o reducionismo de dizer que o pensamento é produto exclusivo das relações sociais.

Na abordagem construcionista a investigação difere do enfoque tradicional por transferir o lócus da explicação dos processos de conhecimento internos à mente para a exterioridade dos processos e interação humana, neste contexto Gergen (1985) afirma:

Os termos em que o mundo é conhecido são artefatos sociais, produtos de intercâmbios historicamente situados entre pessoas (...). Nesse sentido, convida-se a investigação das bases históricas e culturais das variadas formas de construção no mundo (...). As descrições e explicações sobre o mundo são formas de ação social. Desse modo, estão entremeadas com todas as atividades humanas. (p.267-268)

Para Spink e Frezza (2000) a crítica realizada pelos construcionistas se relaciona à compreensão intelectualista do conhecimento que o restringe ao pensamento teórico, pois nesse âmbito não se leva em consideração o conhecimento que as pessoas têm da realidade, o conhecimento do senso comum, para os autores “a importância de focar essa dimensão do conhecimento se justifica a medida que é precisamente este conhecimento que constitui o tecido de significados sem o qual nenhuma sociedade poderia existir”(p. 25)

Uma tendência bastante evidente nesta concepção é a crítica à retórica da verdade, opondo-se a concepção de verdade como conhecimento absoluto, posto que os critérios de verdade são estabelecidos socialmente. Neste sentido Ibñez(2004) sugere que não há nada que seja verdade no sentido estrito da palavra,considerando que as verdades são construídas a partir de convenções pautadas por critérios de coerência, utilidade, moralidade , de adequações às finalidades por nós consideradas como relevantes, ou seja essa verdade é relativa a nos mesmos.

A partir de críticas à ciência social tradicional origina-se então a perspectiva construcionista, o que vem a significar que ela tem uma base epistemológica bastante diferente de algumas outras metodologias, para Gill (2003) suas principais características são:

1. A postura crítica com respeito ao conhecimento dado, aceito sem discussão e um ceticismo com respeito à visão de que nossas observações de mundo nos revelam, sem problemas, sem natureza autêntica.

2.O reconhecimento de que as maneiras como nós normalmente compreendemos o mundo são histórica e culturalmente específicas e relativas.

3.A convicção de que o conhecimento é socialmente construído, isto é, que nossas maneiras de compreender o mundo são determinadas não pela natureza do mundo em si mesmo, mas pelos processos sociais.

4.O compromisso de explorar as maneiras como os conhecimentos- a construção social de pessoas , fenômenos ou problemas- estão ligados à ações, práticas.(p.245)

Então segundo essa perspectiva, tanto o sujeito como objeto são considerados construções sócio-históricas, na medida em que apreendemos os objetos apresentados a partir das nossas categorias, convenções práticas, linguagem, ou seja, dos nossos processos de objetivação (SPINK E FREZZA, 2000).

Gergen (1999 apud RASERA, 2004) enfatiza algumas das idéias centrais sobre o construcionismo, citando:

1)A especificidade cultural e histórica das formas de conhecermos o mundo. Para o autor as descrições do mundo não guardam correspondência com uma realidade situada para além das formas de dizê-la, mas são elas próprias maneiras de construção desta realidade, organizadas a partir de determinadas condições sócio-históricas concretas dos sistemas de significação;

2)A primazia dos relacionamentos humanos na produção e sustentação do conhecimento. As descrições sobre o mundo são resultados da coordenação da ação humana, da construção de uma comunidade lingüística que a partir de processos sociais de negociação produzem significados locais duráveis no tempo;

3)A interligação entre conhecimento e ação. Para o autor diferentes formas de descrever o mundo, de produzir explicações, de gerar conhecimento, implicam em diferentes possibilidades de dar sentido ao mundo e de agir socialmente;

4)A valorização de uma postura crítica e reflexiva, posto que o conhecimento está associado a determinadas condições sociais de produção, o construcionismo convida à uma postura crítica e reflexiva sobre os saberes gerados que promova a transformação de nossas próprias tradições.

Diante dessas exposições podemos afirmar que os pressupostos da perspectiva construcionistas têm delineado as práticas da Psicologia Social Discursiva, tendo como base de estudo o discurso e a linguagem como formas de construção social.

5.2 - Discurso e linguagem

Dentro da perspectiva estudada o termo “discurso” é empregado para se referir as todas as formas de fala e textos, seja quando ocorre naturalmente nas conversações, quando é apresentado como material de entrevistas ou em textos escritos de todo tipo (GILL, 2003).

Para Spink e Medrado (2000) o discurso remete às regularidades lingüísticas ou ao uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais de tipo lingüístico. Diferentes domínios de saber, de poder e diferentes grupos sociais têm seus discursos. Dessa forma institucionalizada, pode haver uma tendência à permanência no tempo. Os autores reforçam que o contexto histórico pode exercer forte influência sobre os discursos, além de que é possível identificar, num mesmo contexto histórico, como defendem Davies e Harré (apud SPINK e MEDRADO 2000), discursos que convergem entre si ou elaboram versões distintas acerca de um dado fenômeno social.

O interesse pela ação no discurso se configura como uma das premissas de uma psicologia social discursivamente orientada. Para Gergen (1985) ao construirmos versões sobre o mundo, através de explicações, argumentação e descrição, estamos na verdade realizando ações sociais.

Assim diversos são os discursos elaborados sobre a doença mental, que foram se modificaram no decorrer da história e que apresentaram diferentes conceitos em diferentes grupos sociais: a comunidade, a Psiquiatria, a Psicologia, os defensores da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial e outros.

Spink e Medrado (2000) fazem uma diferenciação entre os conceitos de discurso e de práticas sociais. Para os autores discurso é um conceito que remete ao habitual gerado pelos processos de institucionalização, já o conceito de práticas discursivas é mais abrangente, pois valoriza os momentos de ressignificações, de produção de sentidos. Assim o conceito de práticas discursivas corresponde aos momentos ativos de uso da linguagem, definida como linguagem em ação.

Dentro dessa perspectiva diversos pesquisadores (POTTER e WETHEREEL, 1987; PARKER 1989; *apud* SPINK e FREZZA, 2000) buscam entender como os objetos (personalidade, atitudes, preconceitos) são construídos no discurso e como ai são construídos os sujeitos: ”Como nós nos experienciamos quando falamos e quando ouvimos outros falarem sobre nós.” (p. 38)

Potter e Wetherell(1994) situam o estudo da linguagem como de suma importância no âmbito da Psicologia Social, posto que a mesma se constitui como a forma mais básica de interação entre os seres humanos.

Diante do exposto a produção de sentidos não se caracteriza então por ser uma prática intra individual, nem simplesmente reprodução de modelos pré-determinados (SPINK e MEDRADO 2000), ela implica a linguagem em uso, assim se define como uma prática social. A produção de sentidos é tomada, portanto, como um fenômeno sociolingüístico, posto que a linguagem dá sustentação às práticas sociais geradoras de sentido.

A partir desta concepção a linguagem tornou-se ponto de interesse para autores voltados à compreensão do saber, operando-se aí a expressão análise de discursos. Spink e Frezza (2000) citam dois autores considerados referência nessa área: Foucault, que exerceu grande influência nos debates sobre as relações entre poder e saber e o outro se refere a Jacques Derrida, autor da frase: “não há nada além do texto” (p. 37), que o leva a um embate com as perspectivas que buscam o sentido do texto a partir do que está fora dele.

Fairclough(2001) afirma que as idéias de Foucault representam uma importante contribuição para uma teoria social do discurso em algumas áreas tais como a relação entre discurso e poder, a construção discursiva de sujeitos sociais e do conhecimento e o funcionamento do discurso na mudança social.

Foucault (apud CARVALHO 2001) recusa-se a tratar o discurso como um conjunto de fatores lingüísticos ligados entre si por regras sintáticas de construção:

O caráter lingüístico dos fatos de linguagem foi uma descoberta que teve importância em determinada época (...) teria então chegado o momento de considerar esse fato de discurso não mais sob seu aspecto lingüístico, mas ,de certa forma , como jogos(“games”), jogos estratégicos de ação e reação, de pergunta e de resposta , de dominação e de esquiva, como também de luta.O discurso é esse conjunto regular de fatos lingüísticos em determinado nível, e polêmicos e estratégicos em outro. (FOUCAULT apud CARVALHO 2006)

Merquior (1985) afirma que Foucault caracteriza o discurso como linguagem clássica, reduzida a transparência da representação, sendo que com a Arqueologia do Saber(1995) Foucault enfatiza que os discursos não são conjuntos de signos referentes a representações, em vez disso ,devem ser compreendidos como práticas.Os discursos empregam signos,mas fazem mais do que usá-los para denotação das coisas.

Para Foucault (1995) o que interessa é estabelecer as condições de possibilidade dos discursos enquanto saberes e não as suas condições de validade. Para o autor, todo saber pode ser analisado em sua historicidade, devendo-se considerar as emergências discursivas a partir de condições históricas relacionadas ao seu surgimento e legitimação. Assim ressalta que:

...tentando fazer aparecer as regras de formação de conceitos, os modos de sucessão, encadeamento e coexistência de enunciados, se depara com o problemas das estruturas epistemológicas; estudando a formação dos objetos, os campos nos quais emergem e se especificam, estudando também as condições de apropriação dos discursos, se depara com a análise das formações sociais. Trata-se para a arqueologia, de espaços correlativos. (1995, p. 235)

Nesta perspectiva é evidente que a análise de discurso não pode ficar restrita ao interior do próprio discurso. Conforme Carvalho (2006) o discurso deve ser pensado relacionado a acontecimentos de ordem técnica, política, econômica e social e não como uma dimensão isolada.

Foucault (1995) pretende então analisar as regras de formação discursiva que definem um modo de produção dos objetos, das modalidades enunciativas, dos conceitos e dos temas que permitem a definição de um saber. O que se pretende não é analisar a cientificidade ou não de um discurso, mas as leis de construção das proposições que lhe conferem status científico nas suas condições históricas de possibilidade (CARVALHO, 2006). Para Fairclough (2001) Foucault se preocupou com as práticas discursivas como constitutivas do conhecimento e com as condições em que o conhecimento pode transformar-se em ciência, associadas a uma formação discursiva.

Assim a arqueologia de Foucault (1995) demarca a construção de um novo objeto-o processo de produção do saber - passando a considerar além do conceito, as dimensões do objeto, do enunciado e da teoria, vistos como indissociáveis do processo de formação discursiva. Os discursos então são práticas-práticas discursivas, que se articulam com práticas diversas: econômicas, políticas e sociais (CARVALHO, 2001).

Nessa perspectiva Machado (apud CARVALHO, 2001), afirma que quando Foucault passa a valorizar em sua análise o saber e não mais a ciência, é possível a neutralização da questão da verdade, assim “a arqueologia aceita a verdade como uma configuração histórica e examina seu modo de produção unicamente a partir das normas internas dos saberes de determinada época” (p.3)

Assim fica ainda mais claro que para Foucault (1995) o discurso não se compõe exclusivamente de uma série ordenada de acontecimentos homogêneos. O autor afirma que:

As formações discursivas não têm o mesmo modelo de historicidade que o curso da consciência ou a linearidade da linguagem. O discurso (...) não é uma consciência que vem alojar seu projeto na forma externa da linguagem; não é uma língua, com um sujeito para fala - lá. É uma prática que tem suas formas próprias de encadeamento e de sucessão. (p.193)

Uma das contribuições de Foucault à Análise de discurso textualmente orientada, conforme afirma Fairclough (2001) se refere a sua visão constitutiva de discurso, que constitui ou constrói a sociedade em várias dimensões, para Foucault “o discurso constitui os objetos do conhecimento, os sujeitos e as formas sociais do eu, as relações sociais e as estruturas conceituais.” (p. 64)

Outra importante contribuição, segundo esse autor se define na interdependência das práticas discursivas, onde qualquer uma delas é definida por suas relações com outras práticas discursivas e recorre a outras de forma complexa.

Para Fairclough(2001) o que é importante na análise de discurso é a visão de discurso como constitutiva, exercendo um papel fundamental na produção, transformação e reprodução dos objetos. Para ele:

Isso implica que o discurso tem uma relação ativa com a realidade, que a linguagem significa a realidade no sentido da construção de significados para ela, em vez de o discurso ter uma relação passiva com a realidade, com a linguagem meramente se referindo aos objetos, os quais são tidos como dados na realidade. (p.66)

Outros aspectos da teoria de Foucault que contribuem com a perspectiva proposta pela Análise do discurso, se constituem no conceito de natureza política do discurso, que abrange uma luta de poder no discurso e a natureza discursiva da mudança social, enfatizando a participação das práticas discursivas em mutação como um importante fator na mudança social.

Nesse tocante, Potter e Wetherell et al(1990) afirmam que o discurso produz sujeitos, identidades e as pessoas não são passivas, mas se caracterizam como usuárias ativas do discurso. Para os autores: “o discurso usa as pessoas e as pessoas também usam o discurso.” (p.213)

Dentro dessa perspectiva Oliveira Filho (2003) afirma que ao falarmos sobre discurso e relações sociais não podemos separar tais coisas, citando Potter e Wetherell o autor ressalta que as práticas discursivas e ideológicas são inseparáveis de outras práticas, ou estruturas sociais. Assim afirma: "Isso é assim, segundo esses autores, não porque apenas o discurso tem efeitos concretos, mas também porque estruturas sociais, práticas educacionais, instituições, etc. estão impregnados por discursos e ideologias". (p. 67)

Tais idéias apresentadas pelo Construcionismo, a partir da discussão sobre linguagem e discurso, fundamentam os pressupostos da Psicologia Social Discursiva.

5.3-Psicologia Social Discursiva

Conforme Gill (2003) a Análise do discurso promove uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de descrever o mundo, salientando a importância do discurso na construção da vida social.

Segundo Edwards (2004) a Psicologia Social Discursiva é o estudo de como conceitos psicológicos do senso comum são usados no discurso cotidiano. Harré (1998) em seu livro *The singular self* sugere a Psicologia Discursiva como método de investigação dos fenômenos psicológicos. Para este autor, a mesma desenvolveu-se como uma forma particular de explicação: o discurso, como uma produção essencialmente humana, histórica e culturalmente situada, orientada por regras e convenções sociais normativas, assume lugar de destaque.

Harré (1998) baseia-se nas concepções de Vigotsky sobre o desenvolvimento humano, especialmente nos processos de aquisição da linguagem. Os autores defendem que a dotação biológica humana (cérebro e sistema nervoso) se manifesta inicialmente em atividades mentais desordenadas e indiferenciadas, que são posteriormente organizadas através da aquisição de habilidades discursivas, se constituindo como característica central na organização da experiência humana. Para o autor:

É esta transição para a possibilidade de linguagem que diferencia a espécie humana de qualquer outro ser vivo e marca sua dimensão etiológica essencial, apenas os seres humanos, até onde sabemos, são capazes deste trato cognitivo de construir sentidos, de criar ferramentas discursivas. Tudo que é característico da vida humana reside sobre o exercício desta capacidade. (RASERA, 2004, p. 7)

Essa dotação biológica não constitui o campo de investigação da Psicologia Social Discursiva. Harré (1998) descreve que a Psicologia Social Discursiva busca compreender o modo como os fenômenos psicológicos são produzidos discursivamente, ou seja, perante a capacidade humana de aquisição da linguagem o objeto de investigação torna-se a construção lingüística e gramatical, os discursos e narrativas de vários tipos através dos quais os indivíduos constroem conjuntamente realidades pessoais e sociais.

Dessa forma o foco principal é o discurso cotidiano, principalmente as idéias do “senso comum” acerca de estados mentais e de características pessoais que usamos em nossas vidas cotidianas, sendo que esta não faz nenhum tipo de juízo sobre a adequabilidade ou a precisão dos conceitos que as pessoas usam, acreditando que estes têm sua realidade própria, suas próprias maneiras de funcionamento, simplesmente porque são os meios reais e empiricamente disponíveis através dos quais as pessoas explicam a si mesmas.

A transição para uma Psicologia Discursiva, segundo Harré (apud RASERA, 2004), marca algumas mudanças em relação aos paradigmas tradicionais que orientavam a ciência psicológica. A Psicologia passa a focalizar os processos de significação e de construção conjunta de sentidos entre observadores e sujeitos, não havendo uma preocupação em garantir a veracidade ou unicidade de uma determinada descrição. Os discursos são considerados como produzidos conjuntamente pelas pessoas dentro de grupos particulares, sendo regidos por determinadas regras e convenções sociais, que orientam esta possibilidade sempre local e contextualizada de construção.

Do mesmo modo, para a Psicologia Discursiva os fenômenos psicológicos deixam de ser descritos como expressões de um mundo mental interior e passam a ser vistos como descrições socialmente contextualizadas, que engendram determinadas práticas sociais e formas de relacionamento. Por este ponto de vista, a especificidade do ser humano reside na sua capacidade para a linguagem e assim, o foco de investigação na Psicologia recai sobre os diferentes discursos através dos quais os fenômenos psicológicos são produzidos pelas pessoas em seus relacionamentos.

Assim o trabalho realizado com práticas discursivas apresenta uma divisão temporal representada em três tópicos:

- Tempo longo: Se refere aos conhecimentos culturais historicamente constituídos e que formam os discursos de uma determinada época. Koda (2002) destaca que como exemplo podemos citar os sentidos dados ao transtorno mental ao longo da história e que configuram um imaginário social. Para Spink e Medrado (2000, p. 52):

Esses conhecimentos antecedem as vivências das pessoas, mas se fazem nela presentes por meio de instituições, modelos, normas, convenções, enfim da reprodução social (...) Não é uma história morta, depositada nos tempos passados, são construções que alimentam, definem e ampliam os repertórios de que dispomos para produzir sentido.

-Tempo vivido: Se refere às vivências pessoais de cada pessoa. É onde ocorre o processo de ressignificação e aprendizagem dos conteúdos históricos e sociais, a partir das disposições adquiridas pelo fato de pertencer a certos grupos sociais. É considerado também o tempo da memória e da noção de identidade pessoal, “o ponto de referência afetivo onde as pessoas ancoram suas narrativas pessoais” (KODA, 2002, p. 62). A autora discorre que a vivência dos usuários com relação ao transtorno mental, aos tratamentos realizados e contexto institucional e sobre o cuidar nos serviços substitutivos, pode se caracterizar como pertencentes a tal período.

-Tempo curto: Esse tempo se caracteriza como o momento de acontecimentos face a face, como atividade de caráter interativo. É nesse tempo que se dá a possibilidade de compreensão dos sentidos produzidos no cotidiano, através dos repertórios interpretativos utilizados para dar sentido aos acontecimentos. Spink e Medrado (2000, p.53) ressaltam que é nesse tempo que “as possibilidades de combinação das vozes, ativadas pela memória cultural de tempo longo ou pela memória afetiva de tempo vivido, fazem-se presentes.” Para Koda (2002) o tempo curto se caracteriza, como exemplo, no momento de realização das entrevistas, dos registros das situações cotidianas e das conversas informais, que se caracteriza pela presença da polissemia, da não regularidade da linguagem e com a diversidade de repertórios interpretativos na compreensão de um mesmo fenômeno.

Dessa forma, podemos constatar que a Psicologia Discursiva elege como objeto de sua investigação, as construções lingüísticas, os discursos e narrativas de vários tipos através dos quais as pessoas constroem conjuntamente realidades pessoais e sociais.

Para Edwards e Potter (1992 apud SPINK, 2000) a Psicologia Discursiva se define como a Psicologia que geralmente está relacionada com as práticas das pessoas: comunicação, interação e argumento e com a organização dessas práticas em diferentes tipos de situação. Assim segundo os autores as pesquisas orientadas para o discurso e sua análise surgem a partir da crítica a conceitos teóricos, perspectivas ou práticas analíticas existentes.

Gill (2003) sugere os quatro temas que a Análise do discurso se propõe a estudar: uma preocupação com o discurso em si mesmo, uma visão da linguagem como construtiva e construída; uma ênfase no discurso como uma forma de ação; e uma convicção na organização retórica do discurso.

Potter e Wetherell et al (1990) discorrem sobre as temáticas que dariam uma nova orientação sócio-psicológica a Análise do Discurso: a preocupação com a orientação funcional da linguagem, o foco nos processos construtivos que fazem parte integral da orientação funcional da linguagem e a clareza quanto da variabilidade suscitada por esta orientação.

No que se refere à orientação funcional da linguagem os autores ressaltam que o discurso está orientado para a ação, posto que através dele as idéias expressas questionam, acusam, defendem, justificam esquecimentos e daí por diante. Assim o termo função firma a natureza do discurso orientada à ação e aos resultados.

Uma tradição da Psicologia discursiva que foi influenciada pela teoria do ato da fala, etnometodologia e análise de conversação vem acentuar a orientação funcional ou a orientação da ação que o discurso possui. É analisar quais objetivos as narrações tentam conseguir, com detalhes na organização da interação social, ao invés de vislumbrar apenas como as narrações se relacionam com o mundo (GILL, 2003).

O foco nos processos construtivos se remete ao conceito de construção como o uso de recursos lingüísticos pré-existentes, tais como formas narrativas, metáforas e outros, nos quais um relato poderá ser elaborado a partir da seleção e escolhas de quais os recursos que serão usados. O autor enfatiza que até para o fenômeno mais simples é possível apresentar diferentes descrições. Salientando que essas descrições são marcadas pela orientação e interesses do orador.

No que se refere à variabilidade, podemos afirmar que se o discurso é considerado uma construção orientada para a ação, diferentes tipos de atividades produzem diferentes tipos de discurso. Para Potter, Wetherell et al (1990) inúmeras e surpreendentes tipos de variação podem ser encontrados em relatos de descrição de um mesmo fenômeno.

Assim ressaltam ainda o conceito de repertório interpretativo como o agrupamento de termos, descrições e figuras de linguagem agrupadas muitas vezes em torno de metáforas ou imagens vividas, utilizando construções gramaticais e estilos diferenciados. Spink e Medrado (2000) afirmam:

Os repertórios interpretativos são, em linhas gerais, as unidades de construção das práticas discursivas-o conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem-que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos ou speech genres. (p.47)

Os repertórios interpretativos exigem também uma consideração no que se refere ao seu aspecto temporal. A questão da temporalidade emerge a partir da problemática da produção de sentidos, posto que, o sentido institui o diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos para a comunidade lingüística. Sentidos considerados antigos podem surgir novamente no presente de forma modificada, adquirindo novas formas (SPINK, 2000).

Então aqui vale destacar o papel da retórica na Psicologia Discursiva, isto porque quando as pessoas fornecem descrições, opiniões ou afirmações sobre o mundo, elas comumente estão prestando atenção em propostas opostas que podem ser potenciais, explícitas ou não faladas. A natureza retórica do discurso é então um princípio metodológico, ou seja, durante a análise do discurso muitas vezes é importante perguntar: “Que possível contraversão está sendo abordada?”

Para Oliveira Filho (2003) a retórica demonstra a importância do conflito na sociedade. Ao mesmo tempo em que emitimos uma opinião que tentamos defender e tornar legítimas, encontramos no discurso as opiniões contrárias, que estão sendo combatidas, de forma explícita ou implícita. “O argumento a favor de uma posição é sempre um argumento contra uma outra posição”. (BILLIG, 1991 apud OLIVEIRA FILHO, 2003).

Então podemos ressaltar que a adoção da perspectiva construcionista aqui citada exige um esforço de desconstrução (desfamiliarização) de noções amplamente arraigadas na nossa cultura, ou seja, uma ruptura nas construções conceituais que se transformaram em crenças colocando – se como grandes obstáculos para que outras possam ser construídas. A autora ressalta:

Criamos espaço, sim, para novas construções, mas as anteriores ficam impregnadas nos artefatos da cultura, constituindo o acervo de repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo. (SPINK, 2000, p. 27)

As práticas discursivas constituem o foco central de análise na abordagem construcionista, implicam seleções, escolhas, linguagens, contextos, uma variedade de

produções sociais das quais são expressão, constituindo-se como oportunidade de entender a produção de sentidos no cotidiano. Conforme afirmam Spink e Frezza(2000):

Propor que a produção de sentidos é uma força poderosa e inevitável da vida em sociedade e buscar entender como se dá sentido aos eventos do nosso cotidiano fizeram com que novos horizontes se abrissem e novas perspectivas pudessem ser consideradas. Quando a questão do sentido não pode mais ser respondida somente no âmbito da língua, da sintaxe e da semântica; quando a produção do conhecimento começa a ser questionada por desconsiderar, justamente aquilo que é a sua base, o senso comum,... tem-se então, a configuração de um contexto propício para novas buscas: conceitos, métodos, epistemologia, teoria, visão de mundo... essa nova proposta que denominamos práticas discursivas e produção de sentidos. (p.39)

Diante do exposto podemos considerar que a Psicologia Social Discursiva, através dos pressupostos aqui apresentados possibilitam o estudo da produção de sentidos dos usuários de um Serviço de Saúde Mental e dos seus familiares, onde será possível constatar as polissemias dos discursos, interpondo saberes novos e antigos sobre a doença mental e suas formas de tratamento, sobre cidadania, sobre um saber que está sendo construindo pela proposta antimanicomial.

6. MÉTODO

6.1- Cenário do estudo

A presente pesquisa foi realizada no município de Campina Grande. Esta cidade fundada em 1788, é a segunda cidade mais populosa do estado da Paraíba. De acordo com o IBGE (2005) sua população é estimada em 376.132 habitantes e sua área territorial é de 621 km², sendo considerada um dos principais pólos industrial e tecnológico da Região.

No que se refere à Saúde o município compõe o 3º Núcleo Regional de Saúde, constituindo a sede de uma macrorregional de saúde, sendo referência em serviços de saúde, inclusive no atendimento em saúde mental para 70 municípios do Estado.

A saúde mental em Campina Grande atualmente é composta por uma rede de serviços onde se incluem o CAPS II Novos Tempos, o CAPS AD (álcool e drogas), o CAPS III, CAPS I, a Unidade de Referência em Saúde Mental e as Residências Terapêuticas²³.

A pesquisa foi realizada no CAPS II Novos Tempos de Campina Grande, a escolha por esse Serviço transcorreu devido ao fato deste ser o primeiro Serviço substitutivo implantado no município, ocupando um lugar estratégico no contexto da Reforma Psiquiátrica Municipal.

6.2-Amostra, Instrumento, Procedimento

A amostra foi constituída por 15 usuários regulares do CAPS e 15 familiares participantes do Grupo de Família, de acordo com o ponto de saturação das entrevistas.

Alguns procedimentos foram realizados no sentido de selecionar os sujeitos da pesquisa. Sendo escolhidos os participantes a partir das etapas descritas abaixo:

-Identificação de usuários:

Foi realizado um levantamento identificando os usuários regulares do CAPS, sendo considerados regulares aqueles que freqüentam o serviço semanalmente, no período mínimo de um mês.

²³ A descrição da rede de saúde mental de Campina Grande se encontra detalhada no capítulo 4.

Constituíram-se como critérios de exclusão: a adequação em relação ao momento vivido (se o usuário está em crise ou não) e outros aspectos tais como: dificuldade de expressão verbal e graus de comprometimento devido ao transtorno mental.

-Identificação de Familiares

Identificamos com o auxílio dos técnicos do CAPS quais os familiares que participam do Grupo de Família.

Vale salientar que a escolha dos familiares não teve como critério o seu parentesco com os usuários entrevistados, mas sua participação no grupo de família.

-Consentimento e adequação

Considerando que nem todos os usuários e familiares estiveram disponíveis ou demonstraram interesse em participar da pesquisa, estes foram consultados se gostariam de participar da pesquisa, sendo brevemente explicados os objetivos da mesma.

Após esse esclarecimento foi solicitado aos participantes que lessem e assinassem o termo de consentimento (apêndice A).

O instrumento utilizado na coleta de dados foi a entrevista (em anexo), respondida pelos usuários e familiares, que na ocasião foram esclarecidos sobre esse procedimento e solicitados a empenhar-se nas respostas, estas gravadas e transcritas na íntegra.

No roteiro da entrevista destacam-se as seguintes temáticas:

- Concepção de doença mental
- Importância da participação familiar
- O atendimento realizado no CAPS
- Concepções sobre a cidadania

Com o objetivo de garantir o anonimato dos sujeitos, optamos por adotar nomes fictícios aos mesmos.

O interesse e a disposição dos usuários e familiares, em colaborar com a pesquisa foi de suma importância. Assim participaram com muita dedicação, por mais que alguma parte da entrevista parecesse reviver lembranças dolorosas de acontecimentos marcantes na vida dos mesmos.

O fato de ter trabalhado neste Serviço foi de fundamental para participação dos mesmos e estabelecimento de uma relação de confiança, dada a realização da entrevista de forma tranqüila e participativa.

Grande parte dos familiares entrevistados são do sexo feminino, foram identificadas muitas dificuldades em encontrar familiares do sexo masculino, posto uma participação mais efetiva das mulheres, conforme já constatado por Gonçalves (2001) ao afirmar que grande parte dos cuidados ao portador de transtorno mental nas famílias são realizados por mulheres.

6.3-Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas foram realizadas várias leituras do material transcrito, com o objetivo de identificar as temáticas presentes no discurso.

Após essa fase de leitura, realizou-se a categorização dos dados, dividindo as temáticas e analisando a produção de sentidos dos usuários acerca dos temas sugeridos.

7 . RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo temos o objetivo de descrever e discutir os dados da pesquisa, realizando primeiramente uma caracterização da amostra estudada, para depois proceder à análise dos discursos e a produção de sentidos dos usuários e familiares acerca das temáticas presentes nas entrevistas.

Optamos por dividir esse capítulo em duas partes, na primeira delas descreveremos as características sócio-demográficas da amostra e na segunda realizamos a análise dos discursos, tendo como base norteadora os objetivos da pesquisa.

1- Caracterização da população

Na entrevista questionamos aos usuários e familiares, se o usuário apresenta internações psiquiátricas anteriores e o número de vezes em que foi internado. Esse dado se mostrou de suma importância face à comparação realizada pelos interlocutores entre os dois modelos de atendimento: o hospital e o CAPS.

Realizamos ainda uma curta investigação sobre dados sócio-demográficos, tais como sexo, idade, renda familiar mensal e nível de escolaridade, com o objetivo de traçar uma caracterização da amostra estudada.

No que se refere às internações psiquiátricas identificamos na amostra estudada que 24 usuários apresentam histórico de internação psiquiátrica, variando de 1 a 15 vezes, sendo que a maior parte relatou um número que varia de uma a cinco.

Na amostra dos usuários participaram 11 mulheres e cinco homens, com idades variando entre 20 e 40 anos.

Quanto ao grau de escolaridade nove dos usuários entrevistados possuem nível fundamental, dois usuários não são alfabetizados e três possuem ensino médio. E no que se refere à renda familiar informada, a maior parte respondeu menos de um salário mínimo e apenas dois citaram dois salários mínimos.

Encontramos muita dificuldade em identificar familiares do sexo masculino para participar da nossa pesquisa. Assim dos familiares entrevistados, 12 deles são do sexo feminino, na sua maioria mães dos usuários com idades entre 40 e 60 anos.

No que se refere ao grau de escolaridade, a maioria dos familiares possui o nível fundamental e apenas um deles possui ensino médio completo. Quanto a informações sócio-

econômicas, identificamos que os mesmos apresentam uma renda familiar mensal que varia de 60 reais a dois salários mínimos.

2- Análise dos discursos

Analizamos as práticas discursivas das entrevistas, os sentidos construídos a partir das temáticas sugeridas e os diferentes repertórios interpretativos presentes nos discursos dos participantes.

Após repetidas leituras do material transcrito, efetuamos uma apreensão global dos conteúdos e identificamos os temas emergidos nas entrevistas. A identificação desses temas foi realizada com base nos objetivos da pesquisa, de forma que a análise dos discursos fosse realizada de acordo com alguns eixos, que enumeramos a seguir:

2.1 - Noções e teorias sobre o transtorno mental

Explicações dadas ao surgimento da doença mental

As manifestações e sintomas

O uso de termos para designar o transtorno mental

2.2 - A participação familiar: A importância do Grupo de família

2.3 - Hospital psiquiátrico x CAPS: algumas considerações

2.4 - Cidadania

Conceito de cidadania e seu exercício

Estigma e discriminação social

2.1 - Noções e teorias sobre o transtorno mental

Em determinada parte da entrevista os usuários e familiares foram indagados sobre o conceito de doença mental. Em outras partes, mesmo que a pergunta não fizesse referência direta à questão da doença mental, os entrevistados apresentaram alusões à mesma.

Nos deteremos agora na análise desses pontos relacionados à doença mental, abordando as explicações para a doença mental, o modo como é descrita nesses discursos e os termos utilizados para nomeá-la.

Salientamos que aqui foi usado o termo doença mental, pela ausência de outro termo que revelasse o sofrimento psíquico numa linguagem clara e de acesso no cotidiano dos usuários e familiares.

- Explicações dadas ao surgimento da doença mental

De acordo com Jaccard (1981) para explicar a doença mental são possíveis três abordagens: a organicista, a psicanalítica e a sociológica, que apresentam teorias e práticas diferentes e muitas vezes incompatíveis.

O autor realiza um desdobramento dessas abordagens e nos fala sobre as tendências médica, psicanalítica, sistêmica, sacrificial e política nas definições da doença mental. Na concepção médica as doenças mentais são percebidas como doenças do cérebro, para a psicanalítica é preponderante o papel da história infantil no desencadear dos transtornos mentais, na sistêmica a doença mental é vista como consequência das relações familiares patogênicas, a sacrificial utiliza o rótulo de doença mental para punir os membros da sociedade, desviantes da ordem e na tendência política a doença mental é conceituada como uma doença social, atrelada à opressão do paciente.

No presente estudo, conforme as respostas dos sujeitos, optou-se por dividir esse tópico em cinco categorias que enumeram os fatores determinantes da doença mental: biológicos, sócio-econômicos, psicossociais, psicológicos e sobrenaturais.

Nos discursos de alguns sujeitos foi muito evidente a explicação do transtorno mental a partir de uma concepção de base biológica, conforme podemos observar nestes depoimentos:

Patrícia-usuária- *“É uma coisa que dá no Sistema Nervoso que a gente tem hora que sabe das coisas e tem hora que não sabe nada...”*

Davi-usuário- *“ É de família mesmo...Antes eu tive uma irmã que morreu com o mesmo problema meu, e eu tenho uma sobrinha que desde pequena tem esse problema. Já é de família”*

Josefa-usuária- “...porque meu pai já teve, era esquizofrenia o dele, mas nunca foi tratado, ele já tá com mais de três anos que não para dentro de casa, aí eu posso ter herdado dele, da família dele, que tem outro doido na família do meu pai, saía de casa, não voltava mais, ninguém sabe se morreu ou ficou vivo.”

Aparecida-familiar-“Eu acho assim, pra mim é um problema do nervo, um negócio assim na cabeça, sei não... pra mim é um negócio que existe no nervo, essas coisas assim.”

Saulo-familiar“...não sei, não imagino do que é, tem horas que penso que puxou tudo da família dele, a família dele ele tinha um louco, tinha mais um que era louco também, o irmão não gostava de roupa, o sobrinho vestia e tirava, podia chegar quem chegava ele tava nu, partiu tudin da família dele.”

Carmem - familiar-“ A doença mental como eu já tenho na família história, uns é na origem da família, meu pai tinha esse problema, eu tenho um irmão que tem, doença mental deve ser um transtorno não é? algum distúrbio. E se a pessoa não tiver um certo conhecimento como é que vai saber? “

Dentre as causas biológicas, ligadas à hereditariedade, apareceram diversas explicações, presentes nos relatos de alguns usuários como Davi e Josefa.

Podemos constatar que na presente pesquisa grande parte dos familiares atribui, assim como na fala dos usuários, a doença mental ao fator hereditário, dessa forma os discursos de Saulo e Carmem citam a história de família como causa do transtorno mental.

Esse discurso da doença mental causada por fatores orgânicos é muito comum na literatura acadêmica psiquiátrica, sendo também muito comum na fala dos nossos sujeitos. Esses exemplos são constituídos por um repertório calcado no modelo psiquiátrico asilar, reeditando as noções biológicas da doença mental. Para Jaccard (1981) são inúmeros os psiquiatras que explicam a doença mental como uma doença do cérebro, uma perturbação orgânica.

Villares e Redko(1999) também encontrou no relato dos familiares entrevistados no seu estudo, uma significativa quantidade de relatos que sugerem o transtorno mental como um problema localizado essencialmente na cabeça, acarretando um mau funcionamento do

cérebro, que não seria capaz de suportar as pressões da vida. No nosso estudo podemos visualizar essa concepção nos discursos de Aparecida e Francisca.

No discurso de Aparecida podemos observar a definição da doença mental como um problema de nervo, indicando uma determinada localização palpável no corpo: a cabeça.

Também foram presentes nos discursos as explicações para o surgimento do transtorno mental baseadas em causas inseridas no contexto social do indivíduo. Conforme observamos nos relatos:

Francisca- *“ Já faz 9 anos que eu tenho essa doença, mas se me aperrearem eu choro, fico pior...entro em depressão se me aperrearem muito ...é muita perturbação na minha cabeça, se eu to em casa to esquentando, o que vai comer, o que não vai comer, é muita preocupação, isso tudo vem pra qui ó(faz um gesto apontando para cabeça), aí fica doendo minha cabeça, é problema direto.”*

Eliana - *“, nesse período eu passei minhas crises, pelo fato de eu querer as coisas e minha mãe não ter condições de me dar as coisas, roupas e tal, queria trabalhar, foi a partir desse momento que tudo começou na minha vida.” ...“Também pela condição dos meus pais, meu pai é segurança lá na rua João Pessoa, também tem meus irmãos , todos moram dentro de casa, o mais velho tem 26 anos, condições que faltam na minha casa, que eu fui a procura, porque eu tava estudando fazia 8 serie , e eu era , eu queria a fardinha de concluintes, ai eu fui trabalhar pra conseguir,daí tudo começou...”*

Joana- *“a gente falta tudo, falta alimentação, não come direito, só como porque minha mãe é aposentada, ela dar, a gente não tem renda nenhuma, ele pegava uns serviços primeiro agora não pega mais nada, não trabalha em nada, só vive em casa, só faz beber, aí falta comida fica esquentando: o que é que eu vou fazer amanhã? agora estou me esquentando pra de noite , ai fica aquela coisa , ele não se preocupa com nada,mas eu me preocupo.”*

Em alguns discursos foi possível observar a preocupação de ordem financeira presente no cotidiano dos entrevistados, aspectos ligados a necessidades básicas, tais como alimentação, como podemos identificar nas falas de Francisca e Joana.

Já Eliana cita aspectos que abordam não só alimentação, para ela o fato de não obter uma farda de concluintes e começar a trabalhar para obtê-la marcam o início da sua

enfermidade mental. O discurso da usuária parece refletir um predomínio de ansiedade, perda na auto estima e desvalorização, causando reações psicológicas relevantes.

Na pesquisa realizada por Trovão (2003) abordando as representações sociais sobre saúde mental elaboradas por profissionais do PSF, a autora observou que para os entrevistados na ausência de uma infra-estrutura adequada de sobrevivência, a saúde mental se torna comprometida. Assim os participantes dessa pesquisa relataram que não é possível ter saúde mental sem alimentação, moradia, salário, saneamento básico e outras condições associadas a uma sobrevivência digna.

Na nossa amostra composta, na sua maioria, por indivíduos com nível sócio econômico bastante limitado foram muito presentes considerações sobre o transtorno mental que abordam os fatores sócio-econômicos. Assim a doença mental torna-se um objeto cuja gênese é social.

Quando perguntávamos sobre o conceito de doença mental diversos entrevistados abordaram o papel de fatores psicossociais como de suma importância para o desencadeamento dos sintomas, associando as causas da doença à relação conjugal(presença ou ausência)conforme podemos observar nesses trechos:

Eliana-usuária-“ ... por exemplo a primeira vez quem cuidou de mim foi um rapaz vinicius, ele cuidou de mim, primeiro, ai eu tive uma crise, foi quando ele me deixou, ai eu tive outra crise.”

Joana-usuária-“...nunca tive isso de doença não, peguei depois dos problemas que tenho com ele..(com o esposo).”

Érika-usuária -“...não tenho motivo pra ser doente: não tenho namorado, não casei, não quero casar mais com ninguém.”

Alice-familiar-“A minha (filha) era boa de saúde, foi por causa de um namorado...”

A partir dessas falas surge a perspectiva pela qual o indivíduo poderia ter uma participação ativa no desencadear da doença, ou seja, ela não seria algo acarretada apenas por causas orgânicas ou internas, que fogem do controle do sujeito, mas poderia ser determinada pelas experiências vividas.

No século XVIII Pinel defendia que além das causas orgânicas, as causas morais também exerciam papel determinante no desenvolvimento do transtorno mental, dentre estas destacava as paixões intensas e excesso de todos os tipos.

Algumas das respostas mais citadas nesta pesquisa referem-se às relações afetivas (crises conjugais ou fim de relacionamento), vínculos rompidos, frustrações, vivências traumáticas e estresse como causas do surgimento da doença. Alguns entrevistados, a exemplo de Eliana e Joana relataram dentro dessa perspectiva.

Dentro desse contexto ainda enumeramos o discurso de Penha que atribui ao recebimento de notícias ruins, preocupações e acontecimentos estressantes, como desencadeantes do adoecimento psíquico.

Os familiares citaram basicamente os relacionamentos amorosos como explicação para doença mental, como é possível notar no depoimentos ilustrados Podemos ressaltar que as explicações que abordam a perspectiva social se encontraram mais presentes na fala dos usuários que dos familiares, por isso a diferença no número de exemplos de discursos de usuários e familiares.

A usuária Erika deixa claro que como não tem relacionamentos de ordem afetivo-conjugal, dessa forma não teria motivos para adoecer, registrando na sua fala o papel que atribui aos relacionamentos amorosos como fator determinante no surgimento da doença mental, ao mesmo tempo em que sua frustração implícita, por não ter casado, também pode se constituir como um fator determinante no seu sofrimento psíquico.

Outra categoria presente se refere à concepção psicológica do transtorno mental. A usuária Socorro salienta que o transtorno mental não se trata de uma doença nos nervos, aparentemente de base orgânica. Se fosse orgânica não seria tão grave, mas atribui ao psicológico e à mente a origem da sua doença, o que dificultará sua melhora. Para ela:

“Doença mental é psicológico, da mente. Eu quero colocar na minha cabeça que é dos nervos, mas não é nervo, é pior é mental... não melhora tão fácil.”

No discurso dos familiares identificamos uma categoria ausente no discurso dos usuários: a concepção da doença mental causada por algum fator de ordem mística: presença de espíritos que se apossam do indivíduo. Observemos esse exemplo:

Valério-“ *Ela era médium, coisa de espírito, só meu Deus é quem dá... agora é só remédio pra controlar.*”

Na pesquisa de Alves (2001) ela constatou na fala dos entrevistados, que alguns deles relataram que não acreditar em Deus e não ter fé podem acarretar a doença mental. A pesquisadora salienta que nessas falas são presentes a representação do transtorno mental como algo mandado por Deus, como forma de punição. Assim Deus intervém na vida do indivíduo tirando-lhe os bens materiais e a saúde.

Jaccard (1981) ressalta que muitos povos criaram uma terceira categoria para o transtorno mental, além de normal e patológico, a sobrenatural, que considera certas formas de delírios como fenômenos sobrenaturais ou de possessão pelos espíritos bons ou maus.

Alguns entrevistados reforçaram tal concepção ao discorrerem que o tratamento é válido, pode-se obter sucesso, mas desde que tenha fé em Deus, enfatizando o caráter de religiosidade que estão atrelados culturalmente ao transtorno mental.

Para Villares e Redko et al (1999) a dimensão espiritual constitui um sistema de crenças acessório ao conhecimento popular e médico da doença, utilizado como recurso para preencher as lacunas dos processos inexplicáveis ou incompreensíveis, trazendo conforto e resignação e respostas frente ao sofrimento enfrentado.

O período histórico caracterizado pela prevalência de explicações de cunho supersticioso e religioso sobre a doença mental ainda exerce forte influência sobre a forma de alguns entrevistados conceberem o sofrimento psíquico.

Porém é válido ressaltar que pelo fato dessa explicação de cunho místico aparecer em apenas uma das nossas entrevistas, nos leva a supor que a participação no Grupo de família, devido à realização de palestras de orientação sobre variados temas, incluindo aqui o transtorno mental, pode acarretar mudanças no tocante à forma dos entrevistados conceberem a doença mental.

Uma outra temática ainda presente no discurso de alguns dos nossos sujeitos se refere à doença mental decorrente de algo que acontece inesperadamente, sem causa definida e identificada. Vejamos alguns exemplos:

Patrícia-usuária - “ *Doença mental é uma coisa que chega sem você esperar, não é?*”

Socorro-usuária - “ *A gente do nada adoecer, de repente adoecer, tem crise.*”

Silvia-familiar - *“...de repente ta tudo bem, aí de repente vem aquela queda, do inesperado vem a queda...”*

Tereza-familiar - *“...é algo que inesperadamente acontece, do nada se adoecer...”*

Nessas falas, o transtorno mental ocorre inusitadamente, sem que o indivíduo exerça algum controle sobre ele, sem circunstâncias que possam precipitar ou impedir a enfermidade. O surgimento da doença mental aconteceria do nada, sem explicação, assim a doença mental aparece como um mal que não é afetado por nada que o indivíduo faça.

Diante das dificuldades enfrentadas no lidar com o transtorno mental e na convivência complexa, conceber a doença mental como algo inesperado, inusitado, revela o sofrimento dos entrevistados, nas tentativas de nomear esse “inexplicável” fato que é ser acometido por um transtorno mental.

Um outro ponto que nos chama atenção se refere ao discurso da usuária Eliana, ela atribui ao sexo feminino uma maior incidência do transtorno mental, devido a uma fragilidade que a mulher apresentaria, tornando-a mais propícia ao desenvolvimento da doença mental, assim justifica a ocorrência do seu transtorno:

“ ...eu tive outra crise,eu acho que a mulher tem essa tendência a ter mais, porque é mais frágil realmente, como dizem: é sexo frágil, e por isso eu tenho passado por essas coisas.”

A entrevista de Eliana desperta interesse pelo fato de apresentar três explicações diferentes para a loucura, duas de ordem social: situação financeira da família, fim de relacionamento afetivo e outra ligada ao gênero: o fato de ser mulher. Para ela esses aspectos justificam a ocorrência do seu transtorno. Esta explicação foi a única, que explicitamente abordou mais de uma causa para o surgimento da doença mental.

Embora a saúde mental tenha apresentado um avanço no que se refere à circulação de informações e ao crescimento das formas de tratamento podemos salientar que alguns conceitos elaborados pelos nossos entrevistados podem contribuir para uma busca por possibilidades de tratamento que não são as mais adequadas quando se pensa na promoção da cidadania do doente mental. Não é raro observar indivíduos que, por acreditarem numa causa

sobrenatural para a loucura, procuram centros religiosos que vêem o sofrimento psíquico como uma decorrência do pecado, do afastamento do indivíduo em relação a Deus, reforçando a associação entre loucura e fraqueza moral.

Assim como acreditar que a loucura é algo sem sentido, que foge do controle do sujeito, pode levar a uma posição de estar à mercê do destino, não investindo em possibilidades concretas de reabilitação.

Da mesma forma a concepção de que o transtorno mental é algo apenas de ordem biológica, pode estimular uma atribuição exclusiva do papel do médico e da medicação como formas de tratamento, sem que seja necessário associar às perspectivas de reabilitação psicossocial.

Resultados semelhantes aos encontrados nesse estudo foram identificados também em pesquisas anteriores. Na pesquisa realizada com agricultores do Cariri paraibano, Alves (2001) destacou que os entrevistados relataram causas múltiplas para a loucura, a partir de dois componentes principais: a doença do corpo e a doença do espírito. Alguns entrevistados explicaram que a doença mental não acontece no corpo, mas no pensamento, na idéia. A loucura do corpo, segundo eles, remetem a uma causa orgânica, mental ou doença dos nervos. A loucura do espírito foi claramente definida como resultante de encosto e de maus espíritos.

No estudo realizado por Barroso & Abreu et al (2004) foi constatado que grande parte dos entrevistados referencia o transtorno mental como uma doença associada a uma fraqueza na cabeça, no cérebro ou na mente, no juízo e na razão. Refletindo a concepção do transtorno mental como um fenômeno de ordem orgânica (cérebro e cabeça) e psicológica (mente, juízo e razão).

No que se refere ao conceito de doença mental dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, podemos evidenciar que para Saraceno (1999) a doença mental é resultante final de um processo não só de falência do sistema psíquico, genético, biológico, mas fundamentalmente da relação do eu com a realidade, sendo esta considerada nos seus aspectos micro (problemas estruturais do país: desemprego, regimes opressores, guerras). Então um indivíduo mesmo apresentando um defeito genético ou psíquico, pode ter um conteúdo opressor ou facilitador e poderá apresentar ou não uma doença que comprometa sua autonomia.

A afirmação de que a conceituação atual da doença mental é diversa da que se compreendia com esse termo na Antiguidade, na Idade Média ou em décadas anteriores, embora pareça óbvia, é uma afirmação que merece ser discutida, posto à produção de sentidos elaboradas pelos nossos entrevistados acerca da doença mental.

Assim percebemos que as diversas concepções da loucura construídas historicamente, da Antiguidade até os dias atuais, permeiam o imaginário social. Sendo que é válido registrar que aquelas explicações que vislumbravam um caráter positivo da loucura, a exemplo da Antiguidade, quando era concebida como privilégio, não foram encontradas nos relatos dos entrevistados, permanecendo apenas perspectivas que enfatizam a discriminação e estigmas impostos pela doença mental.

- Manifestações e sintomas

Dentro da mesma temática abordada, diversos usuários, na pergunta que se refere à conceituação da doença mental e no decorrer da entrevista, descreveram as formas de manifestação do transtorno mental, relatando os sintomas vivenciados e caracterizando os sintomas e as situações de crise. Os discursos abaixo retratam esse tema:

Davi-usuário- *“...Eu fico nervoso, eu discuto com qualquer pessoa, eu acho que é isso, eu bagunço as coisas, jogo as coisas fora...tem gente que chega em casa vai pra cama e vai dormir, a gente não, a gente toma o remédio, somos dependentes do remédio. A gente não tem hora pra dormir ...e cada vez que a gente vai ficando mais velho a doença vai chegando mais, o que eu já sofri não quero que os outros sofram.”*

Francisca-usuária *“...Eu choro , já não quero comer, primeiramente o que vem é a comida que eu enjeito, só faço beber água, aí me interno por causa disso, aí eu entro em depressão...só vem a vontade de me matar, quando to na crise vem um carro, aí eu quero me matar, quando eu to boa aí sou uma pessoa normal...”*

Penha-usuária- *“Tem a hora que a gente sabe das coisas, tem hora que a gente não sabe. Tem hora que dá uma agonia...o meu quando eu fui internada só me deu vontade de me suicidar e matar a minha filha também.” “Tem vezes que a gente está deprimida, tem vezes que a gente tá calado, tem dias que está mais alegre, tem dias que dorme bem, tem dias que não dorme...”*

Ângela –familiar- *“...ela ficou muito agitada, começou depois de um mês e uma semana que ela saiu, aí com uma semana ela começou a ficar braba, agressiva, aí fugindo de*

casa, por isso que eu levei ela pra lá(pro Hospital Psiquiátrico), porque ela fugia de casa.”

Sandra-familiar-“ *...a pessoa fica sem juízo, que nem ele(o filho), eu digo tá aqui...tá aqui o comer, ele não sabe, não sabe comer,uma coisa assim sem destino e só conversando besteira, o rádio fala dele...Eu não sei o que houve, só eu e Deus sabe o que eu passei, o que tenho passado, desde que ela tinha 18 anos e olha que ela já vai fazer 30.”*

Renato-familiar“*...Às vezes não dá conta do que faz, e tem pessoas assim que para sobreviver precisa de outras pessoas, não toma conta de si, precisa de outra pessoa que acompanhe, alerte, tome as decisões pela pessoa, então aquela pessoa pra mim é menos que uma criança, que não tem emoção própria, não tem determinação própria.”*

Sílvia-familiar-“ *Assim eu digo: a pessoa não tem noção de nada, tem época que ta até controlada, que o médico ta vendo, mas as vezes descontrolada fica uma pessoa inutilizada, precisa a gente é...ajudar em tudo, é não consegue fazer as coisas, precisa a gente ta sempre preocupada...”*

Aparecida-familiar-“*Aí foi quando um dia ela apertou bem muito, tava muito aperrriada dentro de casa, sem saber o que fizesse,ela tava correndo e eu sem saber o que fazer, tava sem paciência, eu acho que eu tava ficando quase mais doida do que ela.”*

No que se referem às manifestações dos transtornos mentais alguns entrevistados citam o desejo de morte ou tentativa de suicídio, como nos mostram os relatos de Penha e Francisca, que descrevem ainda os momentos de instabilidade vividos, principalmente no que se refere ao humor e ao sono.

É válido destacar que as características e manifestações do transtorno mental, citados pelos usuários, se referem na sua maioria à sintomatologia dos momentos de crise psicótica ou depressiva, como agitação, nervosismo, alucinações, insônia e desejos de cometer suicídio.

Gonçalves (2005) constatou num estudo realizado com pacientes egressas de internação psiquiátrica, que as pesquisadas estabeleceram uma relação da doença mental com os sintomas referidos por elas, os quais a sociedade define como sendo anormal. A pesquisadora ressalta que a coletividade humana elabora seus modelos de doença mental, num quadro previsto pela cultura da qual o sujeito é membro e que estabelece o que é normal ou anormal.

Na pesquisa de Jodelet (2005, p.206), a autora pôde constatar também que os entrevistados, moradores de uma colônia que acolhe pacientes psiquiátricos, concebem que o transtorno mental não é uma doença como as demais, "uma doença que não é como as outras", onde foi possível identificar a presença do termo "anormal", para designar os pacientes.

De forma mais presente foram as descrições de agressividade, inquietação e nervosismo, além da presença de sintomas como insônia, alucinações e delírios nos discursos. Sendo importante ressaltar que mesmo com a descrição de comportamentos agressivos, nenhum dos familiares expressou rejeição ou sentimentos negativos relacionados ao seu doente.

Barroso e Abreu et al (2004) afirmam que os familiares retratam comportamentos desviantes, desordenados, agressivos e descontrolados ao longo dos seus discursos. Os autores discorrem que resultados similares foram obtidos por outros pesquisadores, no que se refere à descrição da doença mental, suas manifestações aparecem vinculadas à idéia de desequilíbrio, a comportamentos que divergiam dos padrões estabelecidos socialmente, variando desde andar sem roupa, comer excrementos até praticar atos de violência. De acordo com as falas presentes na nossa pesquisa podemos perceber que se o indivíduo não apresenta o comportamento esperado pela sociedade, dentro das normas e regras, possivelmente poderá ser rotulado como mentalmente enfermo.

É importante observar que foram inúmeras as citações dos sujeitos caracterizando o portador de transtorno mental como dependente, sem autonomia e fonte de preocupação para os familiares, assim como descreveram Renato e Sílvia. A partir dos seus discursos os entrevistados posicionaram a si e também aos outros, de modo não necessariamente intencional deram ao portador de transtorno mental uma caracterização que expressa um caráter de dependência, no qual estaria inserido o portador de transtorno mental.

Foram presentes nos discursos de alguns familiares relatos das dificuldades vividas no cotidiano, principalmente no que se refere às conseqüências dos comportamentos descritos na vida familiar. Podemos encontrar no discurso dos familiares indícios do peso que um familiar com transtorno mental pode representar para a família, no que se refere principalmente à demanda de cuidados, ao manejo das crises e a carga social.

Aparecida, por exemplo, expressa seu desespero diante de algumas situações, ao relatar, de forma aflita, a sua forma de lidar com as crises da sua filha, salientando que estava ficando "mais doida" que ela.

Essa constatação também é vislumbrada na fala de Sandra, que relata emocionada o sofrimento que tem passado, propagado ao longo de doze anos, quando tiveram início as primeiras manifestações do transtorno mental do filho.

Para Barroso e Abreu et al (2004) a doença mental é considerada algo demasiadamente complicado e difícil, e por isso verifica-se a dificuldade dos familiares em aceitar um parente portador de transtorno mental e de enfrentar as dificuldades dessa forma de adoecer. Para os familiares a doença mental significa motivo de preocupação, alerta, problema, além dos enunciados de não saber como agir diante do quadro e projetos de vida e sonhos não realizados.

A descrição do transtorno mental exclusivamente pelas caracterizações das crises, a partir de adjetivos que denotam agressividade, reforça o mito de periculosidade, que circula culturalmente, sobre o portador de transtorno mental. Tal concepção reforça o estereótipo de que “louco é perigoso e é no hospício que deve estar”, impossibilitando as condições de reinserção social e cidadania.

Para Amarante (2003) esta forma de tratar o transtorno mental se apresenta cercada de preconceitos, justificados cientificamente, tais como a crença de que todo louco é perigoso, insensato, irrecuperável e incompreensível.

Na verdade o que podemos enfatizar é que em momentos de crise, portadores de transtornos mentais podem se apresentar de forma inquieta e agitada, assim como as pessoas ditas normais também estão propícias a apresentar determinado comportamento em algum momento da sua vida.

Dentro dessa perspectiva alguns entrevistados apresentaram claramente uma distinção, no que concerne ao tratamento dos portadores de transtorno mental, entre o paciente que apresenta sintomatologia moderada, ”aceitável” e que pode ser tratado no CAPS e aquele que apresenta comportamento agressivo e perigoso e que deve ser encaminhado ao hospital psiquiátrico, como veremos mais adiante.

-O uso de termos para designar o transtorno mental

No decorrer da entrevista foi possível identificar a variedade de termos utilizados pelos nossos sujeitos, com o objetivo de nomear o transtorno mental. Vejamos alguns exemplos:

Maria-usuária-“..falando sobre depressão,eu tenho depressão, síndrome do pânico, o meu diagnóstico é F 33, mas eu tenho síndrome do pânico, síndrome do pânico e transtorno obsessivo compulsivo e depressão mista, meu diagnóstico é esse.”

Davi- usuário-“Doença mental é o tipo da doença, não é? Mas o meu mesmo é desvio, nervo, é um bucado de problema...”

Eliana-usuária-“...olha me irrita quando uma pessoa chega pra mim e diz você é uma doida(diz irritada), irrita muito pra mim, ninguém merece ser chamado de doido, acho que diz na bíblia , se não me engano ou é um ditado popular, não chameis o seu próximo de louco e isso pra mim é uma ofensa muito grande, sinceramente não concordo com ninguém que chame uma coisa dessa com seu próximo , pode ser alguém, pode ser irmão, pode ser namorado, pode ser companheiro, o que for chamando isso, acaba magoando, que machucando a gente, toda vez que uma pessoa chegava falando isso pra mim voltava meus problemas, quando chegava a dizer isso minha pessoa focava frustrada, ficava ali, me sentia pequena, ia e voltava a fase ruim de novo, por causa disso.”

Penha-usuária-“...eu imagino assim que seja louca.Eu fico com medo, sabe?Eu não gosto assim quando a pessoa diz a fulana é doida.Eu não gosto.As pessoas pensam que eu sou louca, mas eu não sou, eu tenho depressão...”

Alice-familiar-“ Eu acho que doença mental é assim...que o problema que R. (a filha) tem, é de aprendizagem e acho que doença mental tem diversos tipos da doença, que tem um que é louco mesmo, não é?Louco mesmo e tem outro que é nervoso é a depressão e tens uns que é depressão e também é mental.Mas o mental mesmo é o que rasga dinheiro, faz um bucado de coisa né?”

Letícia-familiar-“Doença mental? Acho que é porque tem gente que não entende que é louco, porque tem uma doença mental que é louco mesmo, e tem doença mental que é somente atribulado, nervoso mesmo. Ai eu acho que a doença mental é essa, não é de dizer é louco mesmo, é um problema, um desvio que a pessoa tem, uma doença que não é louco, porque louco já viu como é: é de jogar pedra, faz muita coisa, né? E eles não são loucos, tem uma deficiência mental, mental já ta dizendo é na mente, não é?”

Na nossa pesquisa constatamos que os termos: doença dos nervos, da mente, psicológico, desvio, distúrbio, são recorrentes, às vezes utilizados como sinônimos, mas na maioria das entrevistas citados como graus de evolução do transtorno mental.

Quando os entrevistados utilizam os termos doença dos nervos, da mente, do cérebro, parece creditar à doença mental componentes de ordem orgânica, enquanto os termos aperreio, stress, nervosismo, parecem estar ligados a uma concepção psicológica.

Merece atenção o discurso de Maria, quando mostra a necessidade ao longo da entrevista de falar sobre seu diagnóstico, usando termos da Psicopatologia que denotam a coexistência de vários transtornos: depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome do pânico e depressão mista.

O usuário Davi também menciona os termos, dentro da mesma perspectiva aparece o termo “nervo” que não determina apenas um sintoma de algum problema, mas passa a designar o próprio problema em si.

Letícia também apresenta em seu relato o emaranhado de termos que ela denomina o transtorno mental da filha, demonstrando como o termo loucura está associado a tipos mais graves de transtorno mental, ao comportamento agressivo e perturbador.

Para Villares e Redko et al(1999) a definição do transtorno mental como” nervoso”ou “dos nervos” é a mais freqüente elaboração da doença por familiares de portadores de transtornos mentais.O termo nervoso pode remeter, na perspectiva popular, ao sintoma ou consequência de uma determinada doença, ou resposta a um evento traumático como pode ser também a denominação de uma doença propriamente dita com etiologia e tratamento específicos.

Ao caracterizar a doença como problemas dos nervos, da mente, ou termos afins, evita-se o uso de terminologias que podem ser estigmatizantes, a exemplo do termo doença mental ou esquizofrenia, possibilitando que o problema seja minimizado, afinal certo grau de nervosismo pode atingir todas as pessoas. Assim Alice apresenta um relato confuso, onde utiliza vários termos com o objetivo de amenizar o peso do transtorno mental da sua filha. Com essa tentativa de afastar simbolicamente a filha de um grupo estigmatizado, Alice termina por reforçar os preconceitos sociais.

A usuária Eliana também demonstra no seu discurso o peso estigmatizante do termo louco ou doido, para ela ser chamada de doida pode até piorar o seu quadro.

Supomos que quando os entrevistados utilizam os termos doença dos nervos, da mente, do cérebro, parecem creditar à doença mental componentes de ordem orgânica, enquanto os termos aperreio, stress, nervosismo, parecem estar mais ligados a uma concepção psicológica.

Devido à carga estigmatizante que a nomenclatura pode desencadear é que tem se buscado atualmente usar termos que não acarretem uma discriminação conforme a que podemos encontrar na fala dos usuários, assim ao invés de doido, louco, doente mental têm se utilizado com mais frequência portador de transtorno mental ou sofrimento psíquico.

2.2 - A participação familiar: A importância do grupo de família

Gonçalves e Sena (2001) ao acreditar que a Reforma Psiquiátrica reflete de forma direta sobre a família do doente mental, realizou um estudo com mães cuidadoras de portadores de transtornos mentais, em Minas Gerais. Através dessa pesquisa as autoras constataram que o cuidado do doente mental na família revela dificuldades de ordem emocional, social, relacional, econômica e material.

O que se espera através da Reforma Psiquiátrica não é apenas o fechamento do hospital psiquiátrico ou desativação de leitos, transferindo o paciente para seu domicílio e lá deixando-o confinado. Almeja-se muito mais, principalmente o resgate ou aquisição da cidadania, o respeito à sua subjetividade, o incentivo a conquista da sua autonomia, ou seja, à reintegração do indivíduo à família e ao meio social (GONÇALVES e SENA, 2001).

Os novos serviços de saúde mental, como os CAPS têm exigido uma postura familiar diferente se comparada ao tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos, onde os pacientes eram deixados e as famílias compareciam poucas vezes, na sua maioria apenas para algumas visitas. Já as normas dos CAPS exigem a participação de algum familiar nos Grupos de família realizados semanalmente.

Nesse tópico abordaremos a participação familiar, a partir de uma questão presente na entrevista que indagou sobre a avaliação que os usuários e familiares têm das regras que enfatizam a participação familiar no tratamento oferecido pelos CAPS.

Uma parte dos usuários entrevistados relatou que a família não costuma participar ativamente do seu tratamento, conforme podemos constatar nessas falas:

Juliana- *“Eu ainda não parei pra pensar... porque de qualquer forma minha família não é presente, mas é bom porque a família ajuda em casa, mas minha família não é.”*

Érika- *“Acho certo, acho que eles tem que participar, mas minha mãe faz de tudo pra não vim, ela é pirelista, rude... alguém olha pra ela, ela diz que ta falando dela,...”*

Maria - *“Eu acho assim que tem família que não liga pro paciente, eu sou uma delas, eu não tenho família pra vim aqui, pra falar de mim, dizer o que eu sinto em casa, o que faço, eu sofro muito... não acho importante a família participar que muitas famílias não gosta de ninguém, as vezes vem atrapalhar...”*

Patrícia- *“Eu acho ótimo, porque a gente que tem problema a família não liga, é justamente por isso que tem muitos aí internado, tomando remédio não adequado. Aí termina mais louco do que são, né? Então, acho que o que minha mãe fez em não está me internando é bom, como estou hoje, porque eu trabalho, faço alguns serviços, não faço mais por causa do braço. Mas, se as famílias olhassem mais para gente que tem problema, seria bem melhor, porque não precisaria está internado, dando mais carinho sabe? Eu acho isso, que a família deve dar mais carinho, atenção, não assim ficar como uma criança, mas que entendessem os problemas que a gente tem.”*

Josefa : *“Eu penso que...(pausa) eles deviam participar mais, só que a família hoje em dia não participa muito da vida da gente, usuário, porque vem muito pouca gente, devia vim mais gente. Eu acho importante, mas acho que os familiares não estão participando.”*

Tais discursos denotam certo grau de sofrimento dos usuários pela não participação dos seus familiares. Juliana e Érika ao mesmo tempo em que avaliam como importante a participação familiar lamentam a ausência das suas famílias. Já Maria além de nos falar sobre a ausência dos parentes, ao mesmo tempo afirma que não é importante a participação familiar, pois muitas famílias podem atrapalhar, ao invés de colaborar no tratamento.

O adoecimento de um dos membros da família traz graves danos na organização da vida familiar. Assim dificuldades no convívio entre pacientes e familiares são caracterizados como o principal obstáculo a ser enfrentado.

Podemos perceber que a fala de Maria ao mesmo tempo evidencia a não participação familiar no tratamento do CAPS, expressa sentimentos e dificuldades vividas no cotidiano familiar. A partir desse discurso a mesma reclama atenção, aceitação e participação, assim como Patrícia.

Na pesquisa realizada por Robortella (2000) com usuários de um NAPS em Santos, os entrevistados evidenciaram sentimentos de abandono, rejeição, relatos de convivência familiar difícil e atribuíram à doença a causa da hostilidade e ressentimento demonstrados por suas famílias.

A partir de observações realizadas podemos constatar que os familiares não têm participado do Grupo de família, conforme exige a norma de funcionamento do CAPS, posto que num Serviço que contém cerca de 350 usuários, participam do Grupo de Família em torno de 50 familiares. Um número pequeno comparado ao número de usuários. Esta perspectiva também foi citada por Josefa ao falar sobre o Grupo de família.

É de se esperar essa dificuldade de implicar os familiares como co-participantes do processo de reabilitação, conforme salienta Robortella (2000) por muito tempo, no hospital psiquiátrico, os familiares foram os cúmplices designados para a internação do paciente e a família se tornava grata ao hospital por essa transferência de tutela.

No estudo realizado por Barroso e Abreu et al (2004) foi demonstrada a falta de envolvimento das famílias no processo terapêutico, muitas vezes chegando a comprometê-lo. O discurso de Patrícia evidencia tal perspectiva, na medida em que a usuária discorre sobre a importância da participação familiar e afirma que se esta fosse mais intensa não haveria necessidade de internação psiquiátrica.

As usuárias Penha e Socorro também ressaltaram a importância da participação da família, pela possibilidade de que a partir do Grupo de família, os familiares possam compreender melhor o transtorno mental, facilitando a convivência familiar:

Penha - *“Eu acho que é bom porque eles aprendem mais a lidar com a gente, porque muitas vezes que a gente que tem o problema, quem olha assim de fora, acha que a gente está se fazendo e a família estando participando, vai compreender entender melhor o que a gente sente, como a gente ta...”*

Socorro - *“Eu acho correto, porque a família vindo se orienta também, né... saber lidar com nosso problema, né? Com nosso problema, até ajuda eles entender a gente, porque se eles... no caso da minha mãe, né? A gente só tomando o remédio e dormindo ta bom, eu não acho assim, e ela vindo ela vai aprender a não me provocar, a não me agitar, pronto!”*

É válido registrar que os usuários que relataram maiores dificuldades no convívio familiar, relatando sentimentos de angústia foram aqueles que afirmaram que seus familiares não têm participado ativamente. Os discursos parecem ter uma relação direta entre participação familiar e aceitação, melhor condução do tratamento em casa e relações familiares menos conflitantes.

Nas entrevistas dos familiares podemos observar também qual a avaliação que os mesmos possuem acerca da norma que exige a participação da família no tratamento, conforme podemos observar nos seguintes discursos:

Regina-usuária- *“Acho ótimo. Porque até eu mesmo lidando com ela em casa, eu vir para reunião aqui me sinto até... aliviada, como se fosse uma terapia pra mim mesmo, converso, escuto...”*

Silvia-usuária - *“É muito bom, porque a gente aprende muito, eu acho muito interessante porque as vezes a gente ta com problema e pensa que é só nosso o problema e de repente vê outras pessoas com o mesmo problema.”*

Claúdia-familiar- *“Eu acho importante porque, eu aprendi muita coisa. A cuidar do meu filho que eu não sabia, as pessoas me tratam bem aqui dentro, as psicólogas, as Assistentes Sociais, enfim a terapia pra mim tem sido boa, em termos de tratamento pra meu filho que está aqui dentro. Eu não sabia como lidar com ele, quando ele está em crise, ele corre, eu não sabia... Até hoje, estou achando bom, pra mim, né? Volto a reunião, e entendo direito, porque não sabia como cuidar dele, eu entrava em desespero também, no desespero, muita coisa que eu não sabia, é a mesma resposta de sempre, porque eu não sabia cuidar de Antonio.”*

Ana-familiar- *“Toda vez eu venho, acompanho sempre e gosto muito. Você sabe como lidar com o doente, porque se eu não vinhesse aqui eu não sabia lidar com ela, é uma forma de aprender também.”*

Valério-familiar- *“Eu já vim pra reunião, é importante porque sabe como ela vive em casa, o que ela passa, os problemas tudo...”*

Saulo-familiar- *“To achando muito bom, é bom que a gente vindo a gente aprende o que ta falando e a gente também vai dizendo o que ele ta fazendo em casa, se ta vindo, se ta gostando, se ta vindo limpinho...”*

Para a maior parte dos familiares o Grupo de Família tem se caracterizado como um momento de compartilhar experiências, de discutir problemas em comum, remetendo à possibilidade de ser ouvido e atenuar suas angústias, como podemos observar nos relatos de Regina e Sílvia.

E assim como os usuários muitos familiares descrevem o Grupo de Família como uma oportunidade para ser orientado sobre o transtorno mental e o tratamento, assim afirmam os familiares Cláudia e Ana.

É justamente com o objetivo de proporcionar um momento de escuta e de expressão, possibilitando orientações acerca do tratamento e compartilhamento de experiências, que alguns serviços substitutivos têm investido nos grupos de família e reforçado a importância familiar.

Carmem demonstra muito sofrimento e ao mesmo tempo intensa emoção ao falar sobre sua participação no tratamento do seu parente e o que esta participação tem representado. Para ela o Grupo de Família:

“... é bom ,porque no meu caso foi onde eu aprendi a cuidar dele, não sabia, não tinha instruções pra nada, eu não sabia lidar com a doença de Abraão, então aqui no CAPS eu aprendi muita coisa através dos funcionários e da equipe todinha, me ensinado, eu acho muito bom, eu tava pensando agorinha ali no grupo de familiares que eu tava num túnel, eu no meu pensamento, eu quis falar,mas eu tive vergonha, tava dentro de um túnel e eu encontrei uma luz, pra ser sincera foi aqui, porque ninguém me dizia, eu não sabia o que era psicóloga, eu não tinha acompanhamento, ele não tinha, ia toda vez com ele pros médicos, uma vez por mês, mas não sabia,é isso.”

Além disso, o Grupo de família se constitui, para grande parte dos entrevistados, como uma oportunidade para que a equipe do CAPS seja informada sobre o comportamento do usuário em casa e sua evolução, como podemos observar nos depoimentos de Valério e de Saulo.

Quando é realizado esse acompanhamento as internações psiquiátricas se tornam menos freqüentes, posto que as situações de crise são comunicadas e discutidas entre a equipe técnica e os familiares, fortalecendo o compromisso da família com o projeto terapêutico do usuário, que preconiza que decisões como a de internar num hospital psiquiátrico, sejam antes discutidas e avaliadas juntamente com a equipe do CAPS.

Podemos destacar que a norma de funcionamento que exige a participação familiar foi avaliada como positiva pela totalidade dos usuários e familiares, por diversos motivos, destacando-se os pontos que a caracterizam como um momento de escuta, apoio e orientação.

Avaliar positivamente a participação familiar implica numa concepção que favorece a reinserção social do portador de transtorno mental, pois, a partir das discussões, novas idéias podem ser formuladas, combatendo o preconceito e a discriminação, que muitas vezes se inicia dentro da própria família.

Tendo a família como co-participante do processo terapêutico, esta poderá influenciar a busca de novas possibilidades de atendimento, de mecanismos que propiciem a autonomia do usuário, a conquista de direitos e exercício de cidadania. Assim como podemos observar na formação de Associações de usuários e familiares em diversos municípios, que tem conseguido grandes avanços na luta pelos direitos dos portadores de saúde mental no país.

O que se faz necessário, diante da pouca adesão dos familiares ao tratamento dos usuários, é que novas estratégias sejam lançadas, para que as famílias possam ser orientadas sobre a importância da sua participação, propiciando uma intervenção em que o Grupo de família seja representado por um número maior de participantes.

2.3-Hospital psiquiátrico X CAPS: Considerações sobre o tratamento

Os discursos dos usuários sobre o funcionamento do CAPS avaliaram em sua totalidade o atendimento oferecido como bom e excelente, conforme podemos observar nesses relatos:

Juliana- *“É ótimo, é ótimo mesmo, é de boa qualidade se não existisse o CAPS talvez pessoas como eu e outras que já vi que entraram aqui como eu entrei, não haveria recuperação. Aqui é o tratamento todo, um conjunto: tem atenção de psicólogos... outros, resumindo aqui é completo, não tem outro centro de apoio que chegue perto desse, mas ele ainda vai melhorar mais, aqui e só o começo... pra mim ele é tudo.”*

Érika- *“É bom, só quero falar de bem, se eu tivesse aqui há mais tempo não teria sido internada: participo das oficinas, durmo, é ótimo, excelente eu acho, não tem melhor não, nem João Ribeiro, nem Maia.”*

Patrícia- *“Para mim é ótimo. É mesmo que a família pois a gente têm o que a família não dá, entendeu? Nem todos! Tem uns que dá, mas no meu caso, eu tenho o que minha família não dá, nem as outras pessoas que me conhece. Eu me sinto muito melhor do que em casa. Se eu tivesse condições de ficar aqui e fosse uma coisa que desse essa condição, eu ia em casa só para visitar minha filha...”*

Penha- *“Minha filha... graças á Deus, que foi Deus que mandou eu vir para aqui, foi Jesus que me encaminhou, porque eu tive uma crise, antes de vir para cá, aí eu fui para Dr. Maia e não tinha vaga, a consulta era R\$ 100,00, eu não tinha condições, aí o médico que tava de plantão, minha irmã me levou,..., aí ele assim mesmo me atendeu, o pessoal estava lá esperando para se consultar particular, aí ele me atendeu e aplicou a injeção e a medicação e mandou me levar para lá, onde era a Madre Teresa, foi quando meu esposo falou com Dr. Assis. Ele conversou comigo, aí mandou para cá. Mas antes era difícil porque eu dependia da medicação, eu não tinha minha medicação, tinha meses que eu tinha condições para comprar, mas tinha vezes que não. Hoje estou me sentindo melhor, porque pelo menos a gente desabafa toda semana, tem a psicóloga para conversar e desabafar alguma coisa, conversa com a gente, anima mais né? tem também a medicação que é gratuita que a gente recebe, que pelo menos isso... graças a Deus, já é um que não preciso comprar, porque é muito importante que a gente precise tomar a medicação e graças à Deus todo mundo trata bem, não é porque sou boazinha e dizer que é bom. Graças à Deus para mim, porque eu não quero me internar mais não.”*

Socorro- *“É bom, eu gosto muito, acho bom... eu pelo menos, eu passaria até o dia aqui, mas não é necessário né agora? mas eu gosto do tratamento daqui, eu se tivesse conhecido a muito tempo, eu não teria sido interna este ano.”*

Francisca- *“ah , é muito bom!(sorrisos) melhor que lá no CAESE, sabe onde é o CAESE? É muito mais melhor, ali a gente tinha que pegar ficha, era um mês pra pegar um remédio e aqui é muito bom, a assistência, gosto daqui, da segunda, da terça e da quarta, me relaxo mais, me distraio mais,ta entendendo? Eu me distrai muito aqui,ai eu acho que eu to ficando boa depois que vim praqui, que eu não boto mais nada na cabeça, não tem tempo de botar, né?vou lavo os troços, arrumo a casa aí já tem a segunda pra eu vim pra cá, ai eu não boto nada na cabeça, to me tratando aqui mesmo, acho muito bom o tratamento daqui, aí é por isso que eu quero ficar os dois dias pra eu ficar me tratando.”*

Maria- *“Aqui no CAPS eu encontrei uma família que eu não tenho, eu não tinha família, eu sabia batendo de medico em medico pra pegar minha receita, não tinha dinheiro pra*

comprar meu remédio, agora nem me preocupo mais com meu Rivotril, aqui me dá, me dá meu diazepam, então isso aí pra mim é uma benção e o CAPS é minha família, minha casa, é isso aqui.”

Podemos perceber que os sentimentos desencadeados pela ausência familiar parecem ser preenchidos pelas percepções de alguns usuários em comparar o CAPS a uma família, onde se sentem amparados, confortados e compreendidos, como é possível identificar nas falas de Patrícia e Maria.

Já Érika e Socorro associam a permanência do tratamento no CAPS a não necessidade de internação em hospital psiquiátrico. Essa concepção reforça o objetivo do CAPS de se caracterizar como serviço substitutivo e não complementar à internação psiquiátrica, assim as usuárias salientam que se estivessem em tratamento há mais tempo, não teriam sido internadas.

Outro ponto que obteve destaque na avaliação positiva do CAPS se refere ao fornecimento gratuito da medicação, que devido a condições sócio- econômicas limitadas, muitos usuários não administravam a medicação prescrita regularmente, por dificuldades na sua aquisição, conforme relataram Penha, Francisca e Maria.

A avaliação do CAPS também foi citada a partir das ações da equipe técnica do Serviço, no que se refere ao bom atendimento. Juliana e Penha evidenciam que a atenção e dedicação dos profissionais é um aspecto que influencia o sucesso do tratamento dos usuários.

É interessante notar que alguns usuários enfatizaram seus desejos de permanecer um tempo maior no CAPS, como observamos nos relatos de Patrícia e de Socorro. Tais falas podem ser atribuídas a caracterização positiva do CAPS como um espaço de escuta e acolhimento e também para fugir de conflitos no ambiente familiar e dificuldades sociais, como condições financeiras precárias.

Ao falar sobre o CAPS Érika enfatiza sua avaliação positiva comparando o tratamento deste Serviço aos hospitais psiquiátricos da cidade, afirmando que não há outro Centro que ofereça um atendimento igual ao do CAPS. Como este Serviço foi o primeiro CAPS do município, e considerando que até então a única modalidade de atendimento em saúde mental se centralizava nos hospitais psiquiátricos, foram presentes nos discursos dos participantes, comparações entre o modelo hospitalocêntrico e o CAPS, como relataremos mais adiante.

No que se refere aos familiares, estes também apresentaram uma avaliação positiva sobre o funcionamento do CAPS, aqui destacamos os seguintes discursos:

Ângela- *“Há... não tem nem o que dizer, só DEUS mesmo, foi DEUS que colocou esta casa aqui, pra-por-que se fosse pra levar para o hospital, que lá no Hospital, eles dão aquela injeção né... e como Rosângela mesmo disse assim que chega lá eles fazem a ficha e dá aquela injeção forte. E aqui não aqui as meninas são tudo legal. Vocês são tudo legal, o Doutor também é ótimo, daqui eu não tenho o que falar, sou muito bem atendida.”*

Regina- *“É bom. graças à Deus até agora está indo muito bem. As pessoas atendem a gente bem, né? Risos. Atende bem, porque tem hospitais que a gente é muito mal atendido né? Não só na... na parte de ... sei lá, uma coisa que a gente sente mesmo que aquela pessoa não está de mal humor. Então as pessoas aqui, me atende muito bem, me orienta como é pra ser, como é pra tratar.”*

Ana- *“Eu acho que esse tratamento é muito bom, porque as pessoas que não têm condições, aqui ta ajudando, ou se não fica abandonado em casa porque a gente não pode, né? Agora consegue... tratar aqui no Caps.”*

Tânia- *“... eu acho que vocês aqui recebem bem , não tem abuso ,não tem cara feia, de tudin, graças a Deus nunca levei um abuso, abuso delas e do Doutor não teve . Ai ... eu acho assim que aqui é muito bom, ave maria que seria de mim se não fosse isso aqui? De jeito era que Claudio não tava? Ave maria eu acho muito bom aqui.”*

Sandra- *“é ótimo, muito, bom porque antes meu filho era muito pior, depois desse tratamento no CAPS ele melhorou 80 % , antes de ele era bem pior.” (...) ele era bem doente antes de vim pro CAPS depois do CAPS ele recuperou bastante, não tomava banho, não fazia barba, não cortava as unhas, não saia sozinho, agora ele já faz. È muito gratificante, não é...? Eu fico ate nervosa.”*

Saulo- *“Eu gosto muito daqui, acho que aqui assim ...em primeiro lugar Deus depois o tratamento daqui, é muito bom, eu gosto muito daqui e ta fazendo ele bem melhor da vista que era, já ta andando, tomando banho, embora que tome um banho sem jeito, mas toma, sai muito, mas volta, porque quando ela saia não voltava, passava 17 dias, a primeira vez passou 30.”*

Silvia- *“Acho bom o tratamento daqui, porque eu já batalhei muito desde 14 anos que a Silvana tem que eu venho lutando com ela, psicólogo até tratamento particular, eu gastei muito e ela só veio acreditar em alguma coisa aqui, porque quanto mais eu levava ela pra médicos famosos, que o pessoal falava, ai é que ela se revoltava, até o medico disse você nunca leve ela a lugares que tem pessoas assim com esses transtornos, ele falava assim nunca leve ela pro HU, pra me atender ela, pro João Ribeiro , pro Maia, porque isso vai ser terrível pra ela, pra mim foi o contrario aqui, porque foi aqui que ela começou a ver nos outros alguma coisa que ela tinha e começou a aceitar mais o tratamento, eu gosto por conta disso.”*

Carmem- *“Na minha opinião sem querer bajular ninguém, eu sempre digo isso por onde for, pra mim é 100% pra mim e pra meu filho,100% porque foi no CAPS que eu encontrei apoio psicológico, moral, porque quando o medico vem dizer a mim, ele teve uma crise em Janeiro e m Janeiro eu não me esqueço, muito forte, né? E Dr. Assis teve que usar comigo também que eu sou usuária, de rigidez: ele tem que tomar a injeção, fiquei louca, mas foi pro bem do meu filho,é um tratamento muito bom, muito bom mesmo, não existe outro meio de tratar o doente mental a não ser assim, deixar ele dentro do tratamento, mas também a família aceitar, eu aprendi isso aqui, sabia que não era trancafiado, que hoje é crônico, só abrindo a boca e fechando, meu pai morreu por não ter(chora um pouco) um tratamento, hoje meu filho...isso mexe comigo, ter um tratamento ,ser bem tratado,mesmo quando Ricardo fala coisas com ele, que é pro bem dele, hoje ele entende, eu mesmo também, acho muito bom,como um pai pra mim, sei não explicar não.”*

Alguns familiares reconhecem mudanças positivas com o tratamento, principalmente no que diz respeito à realização das atividades diárias dos usuários, como podemos observar nos relatos de Sandra e de Saulo que ao falarem sobre o atendimento do CAPS citaram a evolução dos seus filhos.

Algumas limitações, tais como espaço físico inadequado, foram citadas nos discursos dos usuários. A familiar Tereza também demonstra em sua fala que mesmo avaliando o atendimento do CAPS de forma positiva alguns aspectos precisam ser melhorados, conforme podemos observar no seu relato:

“Acho muito bom, mas acho que ainda se tem muito a conseguir: eles precisam ter a carteirinha de pegar ônibus, que não paga, pois nós gastamos muito com

ônibus, porque não são todos que recebem vales, mas como ele precisa vim, preciso ter dinheiro pra trazer, são muitas pessoas para o atendimento, as oficinas ficam cheias, algumas vezes e fui lá e achei muita gente. Mas aqui é muito bom porque as pessoas são atenciosas, escutam o que nós dizemos, o lanche já mudou de um tempo pra cá tem cuzcuz também ,ele me falou, porque antes tinha mais pão.Eu gosto daqui e ele gosta também.”

Esse discurso se mostrou como de suma importância, no que se refere à concepção crítica da familiar, objetivando que o Serviço possa oferecer um tratamento com a qualidade cada vez melhor. E ao mesmo tempo denota o grau de participação ativa da entrevistada no Serviço, posto que não é usuária, mas conhece as oficinas, o lanche e outros aspectos.

Outra temática ainda abordada e que aqui merece ser discutida remete a caracterização realizada pelos entrevistados sobre o tratamento realizado no hospital psiquiátrico, mesmo que não houvesse durante a entrevista uma pergunta que indagasse sobre o hospital psiquiátrico os entrevistados fizeram referências ao mesmo, ao longo dos seus discursos. Conforme podemos visualizar nos seguintes relatos de usuários e familiares:

Juliana-usuária- *“Todas as vezes eu pedi pra ficar internada, nenhum médico queria me internar, ele queria passar remédio e eu ir pra casa mas eu quis ficar por lá.”*

Entrevistador: *porque você fez essa opção?*

“Porque eu ouvia muitas vozes e quando tava lá não ouvia.”

Érika-usuária- *“...No Hospital..., quase eu fui enforcada, mas mesmo assim eu fumava...”*

Rubens-usuário- *“Porque lá se mistura com gente muito agitada às vezes se estranha com a pessoa... querer bater e eu cheguei a ser agredido por uma outra pessoa que estava internada lá, levei 4 pontos na boca.”*

Patrícia-usuária- *“Fui internada no João Ribeiro. No começo eu não sei não porque eu não sabia de nada, mas depois foi bom, o pessoal me trataram bem, aí eu saí de lá bem melhor, porque eu tinha outros problemas, sai bem melhor.”*

Socorro-usuária- *“Achei ruim ser internada porque eu morro de medo de morrer lá, porque se mistura com muito tipo de gente, doente mais do que a gente e agressivo, né?*

E eu morro de medo, não durmo, eu só durmo com remédio, com injeção. Realmente eu saí melhor, mas custa muito né? Eu passo 2 meses, no máximo 2 meses lá com o médico lá que já me acompanhou muito tempo, né? Mas desta vez, eu passei menos, porque minha mãe pediu alta, eu estava pior, tava mais agitada do que quando entrei, eu entrei com depressão e saí assim... eu saí muito nervosa, tomando remédio demais e muito remédio e não dava jeito, ficava doente mais pior, mais agitada, entrei calma e saí pior, eu melhorei aqui no CAPS.”

Davi-usuário-“...eu sofri muito porque fui para o isolamento, tomei muita injeção... é... os pacientes davam muito em mim... tomei muita injeção e foi o que me matou, hoje eu não tenho saúde mais.”

Pedro-usuário-“o médico disse que eu tava entre a consciência e a... , eu tava meio assim sabe? Mas eu tava consciente ainda, aí me deram um remédio muito forte eu me entreveí todinho, fiquei todo entrevado, aí pedi a mãe pra me tirar, assinar um termo de responsabilidade e me tirar.”

Eliana-usuária-“Eu cheguei a ser internada(...), porque ainda não existia o CAPS, sempre tá voltando,... aí quando eu fui internada no ... tomei sossega leão e até hoje afetou a minha voz, essa tremura que eu tenho não é porque eu tô nervosa, é porque tipo bloqueou alguma coisa na minha voz, essa anestesia que eu tive.”

Penha-usuária-“No João Ribeiro foram 2 vezes e tive outro internamento em Dr. Maia. O tratamento da minha parte foi bom graças à Deus, eu nunca fui agredida, o pessoal foi muito paciente, e me tratavam bem.”

Ângela-familiar-“A primeira vez ela estava com 18 anos de idade. Ela melhorou um pouco sabe? Melhorou um pouco mais começou de novo, quando saiu passou 1 mês e uma semana lê, aí veio o pra casa, veio até melhorzinha, não digo que ela veio boa, não sabe? Ela tá boa aqui, graças à Deus, e ela ficou muito agitada, começou depois de um mês e uma semana que ela saiu, aí com uma semana ela começou a ficar braba, agressiva, aí fugindo de casa aí por isso que eu levei, porque ela fugia de casa. O tratamento eu gostei de lá do tratamento.”

Regina-familiar-“Há, foi muito mal, a última né?... Quando eu tirei ela de lá, saiu quase dopada, passou quase três dias sem se levantar, porque o medicamento podia ser forte

demais, ou se isso foi alguma coisa, ou a dosagem do remédio que estava forte. E achei a piora muito grande, né?”

Os participantes discursam sobre o hospital psiquiátrico com emoção e sofrimento. São presentes nas suas falas aspectos como a violência e maus tratos sofridos pelos mesmos durante o período em que estiveram internados. Os discursos de Érika, Rubens e Davi evidenciam essas características do hospital.

O cuidado no tratamento psiquiátrico, violência e instituição fechada também foram temas encontrados na pesquisa de Mostazo & Kirschbaum (2003), abordando o isolamento, a falta de liberdade e a falta de higiene como marco na instituição hospitalar.

Outro ponto de destaque na caracterização do hospital psiquiátrico de refere à produção de sentidos sobre o uso da medicação. Para usuária Juliana a medicação justifica sua vontade de ser internada, posto que esta elimina seus sintomas alucinatórios e/ou delirantes.

O discurso de Socorro apresenta algumas contradições, ao mesmo tempo em que relata sair das internações psiquiátricas com uma melhora, discursiva que na última internação saiu pior do que estava: mais agressiva, nervosa e tomando muita medicação. A entrevistada enfatiza seu medo de morrer num hospital psiquiátrico, posto que para a usuária os pacientes do hospital são mais graves que os usuários do CAPS. Essa é uma descrição de que o portador de transtorno mental num grau mais severo deve ficar no hospital e aquele indivíduo com um transtorno mais moderado poderá ficar no CAPS.

A partir da fala de Rubens podemos constatar que para alguns usuários no hospital psiquiátrico estão aqueles pacientes “piores”, mais agressivos, em estado mais grave, enquanto que no CAPS estariam os transtornos mentais mais leves. Tal concepção desfavorece os objetivos do CAPS, pois um serviço que tem como meta ser substitutivo deve atender prioritariamente a usuários em crise, para que seja efetivado com êxito o seu papel de substituir a internação psiquiátrica.

Alguns dos usuários relataram que a medicação prescrita durante a internação psiquiátrica foi numa quantidade exagerada, conforme ilustrado em algumas falas. Para Davi e Pedro as medicações tomadas no hospital deixaram seqüelas para toda vida, como falta de saúde, complicações na voz, tremores pelo corpo e outros.

Eliana também relata dentro dessa perspectiva, para ela a medicação se compara à uma anestesia, como se afastasse a mesma da realidade, como se fosse capaz de eliminar alguma dor. A familiar Tereza também evidencia a medicação super dosada ministrada a sua filha durante o período de internação, agravando o estado de saúde da mesma.

Apenas dois entrevistados denotaram uma avaliação positiva sobre o hospital psiquiátrico. A usuária Penha e a familiar Ângela caracterizaram o atendimento e o tratamento da instituição hospitalar como positivo. Ângela enfatiza que a internação psiquiátrica foi positiva porque sua família ficou mais calma, o que pode remeter ao uso da medicação regularmente ministrada no hospital.

Conforme já mencionado foram presentes ao longo dos relatos comparações explícitas sobre os dois modelos de atendimento: o hospital psiquiátrico e o CAPS, conforme nos mostra nas falas abaixo:

Ana-familiar- *“Aqui o tratamento tá melhor que o internamento, é a pessoa que tá lá sozinho, e aqui é bem... tem o tratamento do médico, a gente leva pra casa, depois retorna e sabe o movimento de casa e o movimento daqui.”*

Socorro-familiar- *“Há... não tem nem o que dizer, só DEUS mesmo, foi DEUS que colocou esta casa aqui, pra-por-que se fosse pra levar para o hospital, que lá no Hospital, eles dão aquela injeção né... e como Rosângela mesmo disse assim que chega lá eles fazem a ficha e dá aquela injeção forte. E aqui não aqui as meninas são tudo legal. Vocês são tudo legal, o Doutor também é ótimo, daqui eu não tenho o que falar, sou muito bem atendida.”*

O discurso de Ana demonstra a importância do atendimento comunitário realizado em parceria com as famílias, assim afirma que o paciente fica sozinho no hospital, sem contato social e familiar, por enquanto que o depoimento de Socorro revela a presença ainda marcante em algumas instituições psiquiátricas de camisas de força químicas, reveladas nas quantidades exageradas de medicação prescritas.

Podemos constatar que na maioria dos relatos foi presente a crítica às estruturas manicomiais, como lugar de segregação, ineficácia e lugar de reprodução de comportamentos de violência, enquanto que o CAPS foi caracterizado como um Serviço acolhedor, se revelando para muitos como a saída possível diante do desespero enfrentado diante da complexidade do transtorno mental.

A partir dessa avaliação positiva, por parte dos usuários e familiares o CAPS têm o seu papel de Serviço estratégico, substitutivo, dentro da rede de saúde mental, potencializado. O que reforça a necessidade de uma extrema vigilância em suas práticas, para que estas não se tornem segregadoras ou estimulem uma relação de dependência dos usuários e familiares com

o Serviço e sua equipe técnica, podendo tornar-se um obstáculo à conquista de autonomia e reinserção social do usuário.

2.4- Cidadania- Conceito e exercício

Duas perguntas abordaram diretamente a cidadania: uma sobre seu conceito e outra solicitando exemplos de situações ou fatos onde o portador de transtorno mental, entrevistado ou familiar, exerce sua cidadania.

Diante das respostas encontradas e de fragmentos da entrevista que discorrem sobre o tema, podemos evidenciar a concepção da cidadania enquanto aquisição de documentos, exercício do voto, oportunidade de emprego, autonomia, atitudes de tratar bem e respeitar as pessoas e direitos de educação e saúde, além de serem recorrentes durante as entrevistas aspectos que abordam o estigma e o preconceito como obstáculos à cidadania do portador de transtorno mental.

Vejamos cada uma dessas temáticas:

-Aquisição de documentos

Para muitos entrevistados o conceito de cidadania se restringe ao fato de possuir documentos, conforme podemos identificar nos seguintes discursos:

Érika-usuária- *“Cidadania é normal, ter documentos, ter registro, ser registrado pelo pai,...”*

Penha-usuária- *“...eu tenho meus documentos, porque a pessoa sem os documentos, ele não é um cidadão, então sou...Cidadania é a gente ter saúde, ter trabalho, ter alimentação, ter educação, eu acho que cidadania é isto... é solidariedade, amor nas pessoas. Assim, na medida do que eu posso né? O que precisar de mim, para alguma coisa que eu puder fazer e ajudar. Assim, uma pessoa doente numa urgência, por exemplo, o Samu. Uma coisa assim para ajudar a pessoa doente, visitar quem está doente, o que tiver ao meu alcance que eu puder fazer, gosto de participar, vou para missa...”*

Tânia-familiar- *“Tirar os documentos dele, é bom que não paga quando vai lá, os documentos, eu já tirei o meu todinho, C. (o usuário) tem o dele todo completinho.”*

Letícia-familiar- *“Cidadania tem que ser pra pessoa ser cidadão, e pra ser cidadão tem que tirar os documentos, principalmente o título, não é? Depois que você tirar o título aí sim você já é cidadão.”*

“Cidadania é assim não ter dinheiro pra tirar um documento, qualquer coisa assim a pessoa vai na Cidadania e tira, um registro, um título, não é?”

Como exemplo dessa perspectiva Leticia associa a cidadania à Casa da Cidadania (local onde se realiza a retirada de documentos), assim como fizeram outros entrevistados.

Tânia afirma com orgulho que seu familiar possui todos os documentos, enfatizando assim seu conceito de exercício de cidadania.

Dentro da perspectiva da reabilitação psicossocial pensar a cidadania restringindo-a esse conceito, dificulta a implementação de medidas efetivas, que possam garantir a reinserção social do usuário, posto que a partir dela para ser cidadão basta possuir os documentos e poder se identificar.

Observamos que dentro desta temática Penha ressalta atrelado ao seu conceito de cidadania como aquisição de documentos, outros aspectos tais como saúde, educação e o fato de poder ajudar as pessoas.

- Exercício do voto

Juliana-usuária- *Um exemplo de cidadania: você votar, exerce sua situação enquanto cidadão.”*

Letícia-familiar- *“...votar, agora ela não sabe votar só, eu tenho que entrar com ela, somente dá as dicas, só dizer assim: aperte aqui, aperte ali, vota assim...”*

Valério-familiar- *“...é fazer o bem, ajudar as pessoas, votar, não é? Participar da vida em sociedade e ser tratado por igual*

Tereza-familiar-- *“Acho que é votar, ser uma pessoa boa e ajudar a quem precisa.”*

Para Letícia o direito de votar é efetivado pela usuária, porém a mesma precisa do seu auxílio, indicando onde apertar, ou seja, em quem votar. A familiar apresenta um conceito paradoxo de cidadania sua familiar pode votar, porém não escolhe, não exerce sua autonomia e liberdade de escolha. Esse conceito de cidadania enquanto ato de votar é uma das concepções mais difundidas pelo meio social, pelas próprias contribuições da mídia acerca da temática.

- Dificuldade de emprego

Érika-usuária- *“Exerço minha cidadania quando arranjar um emprego, não queria ser aposentada não, queria ganhar dinheiro do meu suor: comprar sutiã, sandália da moda...eu gasto com besteira.”*

Patrícia-usuária- *“Cidadania para mim era que as pessoas que tivessem mais poder, tipo financeiro, esse pessoal que é industriário que visse não só pra gente que temos problemas dos nervos, mas as outras pessoas que são pobres, oferecessem emprego à mais e a gente que tem este problema desse pelo menos a oportunidade para aqueles que tem condições de trabalhar...Na minha cidadania o que eu exerço assim... é se alguém precisar de mim e eu tendo condições eu ajudo, como eu ajudo se chegar em minha casa. Eu divido, é... tenho coisas que eu não preciso eu dou, não porque eu quero ser melhor, é porque eu vejo que precisa. Se eu tivesse condições, eu ajudaria muito mais. Não faço questão, é tanto... olhe... tem um menino que é filho da mulher do meu irmão e mora comigo faz 4 anos, porque ele dormia num posto, lá num baú. Ele me ajuda, ele paga uma água, uma luz e é nesse forma que estou sendo uma cidadã...Mas eu tenho que trabalhar, sempre trabalhei, mas agora não estou podendo mais...o pessoal não quer dar emprego...”*

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo portador de transtorno mental de fato se refere às impossibilidades, estabelecidas historicamente, de inserção no mercado de trabalho. Enquanto muitas pessoas valorizam o fato de poder receber aposentadoria, Érika demonstra seu interesse em trabalhar e ganhar seu próprio salário. E mais adiante Patrícia confirma os obstáculos enfrentados na busca de um trabalho.

- Autonomia

Juliana-usuária- “*Cidadania é a pessoa ter o direito de fazer o que quer e escolher...*”

Guia-usuária- “*O que eu posso falar é que eu sou uma cidadã não é? Eu sou uma cidadã porque sou a mulher da minha casa e quando eu não tenho o que fazer vou dormir, tá? Faço o que quero.*”

Para Saraceno (1999) a construção da cidadania depende de variáveis que operam contra ou a favor da contratualidade, do exercício da autonomia nos três cenários onde atuamos: habitat, rede social e trabalho com valor social. Na perspectiva da reabilitação psicossocial tudo que está contra isso, está contra a reabilitação e conseqüentemente não favorece a aquisição da cidadania.

-Respeitar e tratar bem as pessoas

Socorro-usuária- “*Cidadania pra mim é uma pessoa poder ser respeitado...ser tratado por igual, ter uma mulher, ter família..*”

Josefa-usuária- “*Eu já fui, eu já fui assim, membro de uma SAB, já falei com muitas pessoas assim de alto nível, já conversei com bastante pessoas que tem um nível social maior que o meu, acho que isso é uma cidadania, acho que é o respeito que a gente por a gente mesmo, poder falar com pessoas que não tem a mesma classe social da gente. Cidadania é poder falar com as pessoas sem ter medo, acho que é isso.*”

Claúdia-familiar- “*Eu preciso adquirir que as pessoas tenham respeito, né? Em relação ao meu filho, a ter respeito por mim e por ele, eu também preciso aprender a lidar com as pessoas. Sei mais não...*”

Regina-familiar- “*Cidadania é a capacidade de tratar bem as pessoas.*”

Uma parte dos nossos sujeitos elaborou um conceito de cidadania atrelado á características tais como tratar bem as pessoas, respeitar e também ser respeitado. No discurso de Josefa foi evidente a separação de ordem sócio-econômica que a mesma realiza, no que

concerne à cidadania. Para ela ser cidadã é poder falar com pessoas que tem um poder aquisitivo superior ao dela, assim relata com orgulho sua atuação como membro de uma SAB.

-Direitos de educação e saúde

Eliana-usuária-*“Cidadania pra mim é a gente poder freqüentar um colégio, poder freqüentar um grupo de família, freqüentar o CAPS. Vim ao CAPS já estou exercendo a minha cidadania, eu estudando, poder voltar estudar, que é um grande sonho para mim...”*

Ângelo-familiar-*“Cidadania eu acho que é todos, né? Todos da cidade, que tem a cidadania pra viver, que muitos que não pode né? Não tem condições de botar num hospital particular, ai cidadania é isso né? Como o SUS, né? poder ir para um hospital de graça é cidadania. Que é cidadania, né?”*

Aparecida-familiar-*“Cidadania é uma coisa também muito boa, sabendo que ta acontecendo as coisas. Quando sempre ela ta doente, a gente sempre vai lá atendido naquele posto, ai botam aqueles empregados, aquelas pessoas para saber como é que a gente ta, para saber algumas coisas, a gente quando precisa de lá, eles atendem a gente bem atendido também. É ... e mais quando a gente ta triste sem saber de nada eles vai lá, aqueles funcionários, como é que? Agente de saúde. A gente às vezes está sem saber de alguma coisa, a gente pede alguma informação aí elas botam coisas na cabeça da gente, a gente acha que aquilo tudo ta certo.”*

Sandra-familiar-*“Ele ta estudando aqui na oficina, na segunda, terça, na quinta, e na sexta e estuda a noite , eu vou estudar e ele vai comigo, acho que isso é cidadania.”*
“Cidadania é que acolhe né as pessoas? Na minha mente eu tenho que é isso. É uma coisa que as pessoas fazem ao nosso favor, bem pra sociedade.”

Ana-familiar-*“Eu acho assim, que o tratamento do CAPS é cidadania, especializado no caso meu e dos outros pro aí, que vocês sempre ajudam. O médico... a gente não pode pagar o médico e tem esse método especial deste tratamento que a gente não tinha.”*

Carmem-familiar-*“Aqui no CAPS que faz dele(do usuário)um ser humano e não um bixim, uma coisinha, porque eu tratava meu filho como uma criança, mas aqui ele é*

tratado como cidadão, ele tem direitos ,né?saber que lê é um cidadão e eu sou uma cidadã, que eu preciso viver e deixar ele viver também, é isso?”

Despertam atenção os discursos que salientam que ser tratado no CAPS se constitui como exemplo de cidadania. Podemos ver que quando surgiu o hospital psiquiátrico surgiu como um direito de receber um atendimento especializado, sendo defendido por Pinel e seus seguidores como um avanço no que concerne à cidadania do doente mental. O que podemos constatar, portanto foi que o modelo hospitalocêntrico sucumbiu perante a esse objetivo defendido. Ou seja, a arquitetura do serviço, por si só não garante que este seja centrado numa política que enfatize a aquisição de cidadania, mais que o aparato estrutural, se fazem necessárias práticas e ações que objetivem uma nova forma de conceber o transtorno mental.

Para Marshall (1967) a evolução histórica do conceito de cidadania perpassa três componentes: 1) direitos civis: a liberdade de escolha de pensamento, religião e outros e o direito de defendê-los; 2) direitos políticos: se refere à participação como eleitor ou autoridade política de uma dada organização social; 3) direitos sociais: se referindo ao direito de viver como ser coletivo, segundo os padrões prevaletentes na sociedade. Podemos identificar nos discursos dos nossos sujeitos que esses três componentes de alguma forma foram evidenciados.

Para Oliveira (2005) o cidadão pleno se define como aquele indivíduo titular dos direitos civis (como liberdade, igualdade perante a lei e o direito de propriedade), políticos (participação no governo) e sociais (participação na riqueza coletiva).

Neste sentido Saraceno (1999) afirma que a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, Para o autor é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível.

Estudando as práticas de cidadania nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental, Oliveira e Alessi (2005) afirmam que conceitos como cidadania, autonomia e socialização se apresentam de modo muito conflituoso, nas relações das equipes técnicas e usuários. As pesquisadoras relatam que verificaram concepções teóricas das mais reducionistas às mais ampliadas, descrevendo situações de cuidado nesses Serviços, que poderiam ser vivenciadas com um grau maior de participação e decisão dos sujeitos/usuários.

Nas entrevistas dos nossos sujeitos podemos constatar discursos que demonstram elaborações mais restritas no que se refere ao conceito de cidadania defendido pela Reforma

Psiquiátrica, ao mesmo tempo em evidenciamos, em, alguns relatos de forma tímida aspectos que podem evoluir até o exercício de cidadania que é almejado por esse movimento.

De fato, o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, "confinando-o" à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

-Estigma e preconceito

Ao serem indagados sobre cidadania os entrevistados mencionaram aspectos que atestam um forte sentimento de discriminação social, conforme podemos perceber nos seguintes relatos:

Pedro-usuário-“eu não sei se é discriminação ou preconceito meu mesmo, eu fico no meio desse pessoal, no meio deles, eu digo meu Deus, tem uns que é igual a eu, outros que são pior, certo é certo, mãe disse você vai praquele canto, não vai piorar não? Eu fico querendo dividir entre a opinião de mãe, dos médicos.”

Pedro-usuário- “Eu sofro muito, preconceito, eu vou arrumar um emprego, ano passado eu arrumei quatro namoradas, ai na hora de tomar remédio de noite era engraçado, eu sou muito perfeccionista, tudo na hora certa, ai a moça dizia o que é.ai eu dizia vá ali fazer não sei o que, ai eu tomava o remédio escondido, tomava com água quente do banheiro, o remédio com água, tomava escondido, ela descobriu, ai acabou o namoro, toma vez que eu arrumo faz isso, sabe?pelo menos as que são boas que não tem problemas de nervos...tem a família que me chama de doido né?eu penso assim já pensou se fosse no tempo de Hitler, ele já tinha mandando eliminar a gente, se tivesse tomando conta do mundo, esse povo com deficiência física e mental ia ser tudo eliminado, a discriminação, a aceitação em casa, os familiares geralmente, uns acreditam outros não acredita, uns acreditam em algumas coisas, outros não acreditam em nada...”

Juliana- usuária- “a gente que cai aqui o preconceito é grande, eu assumo porque eu gosto daqui, mas muita gente tem vergonha de dizer que vem pra cá: dizem que aqui é um

lugar que só tem doido, eu assumo porque sou consciente, aqui eu me sinto bem, tenho meus amigos, eu gosto.”

Érika- usuária-“... a gente que cai aqui o preconceito é muito grande, eu assumo porque eu gosto daqui, mas muita gente tem vergonha de dizer que vem para cá:dizem que aqui é um lugar que só tem doido, eu assumo porque sou consciente, aqui eu me sinto bem e tenho meus amigos...”

Maria-usuária- “aí muitas pessoas critica, diz uma mulher bonita dessa, gorda, forte, não tem doença..., mas não é, a gente que sabe por dentro, a gente sabe como eu já cheguei...”

Joana-usuária- “...ele só quer ir se eu for e lá não quero ir,não gostei do Ad,porque lá só tem negócio de drogado, gente que usa drogas, não gosto, tem gente que usa bebida,ele bebe, mas eu não quero isso, meu problema já é outro, é coisa que eu boto na minha cabeça, entendeu?”

Carmem-familiar-“... vem o preconceito junto, eu escondi muito tempo, porque assim quando o meu filho nasceu, ele tem quatro tios no Rio de Janeiro por parte de pai, que tem esse problema, só que hoje eu sei o que é esquizofrenia, eu não sabia, psicose esquizofrênica, eu não sabia, eu escondi ele muito tempo da sociedade, porque era preconceito.O medico disse que ele tinha um probleminha , se ele ficar adolescente e tiver uma crise e coisa e tal, você já sabe como são as crises ele ia precisar tomar medicação pro resto da vida dele, então escondi muito por causa do preconceito, as pessoas excluem da sociedade, a pessoa quando é especial, quando tem um probleminha é excluído de muitas coisas que não devia ser, acho que é isso.”

Tereza-familiar- “...é uma coisa muito ruim, onde se depende de muito cuidado de outros, onde se enfrenta um preconceito muito grande, sabe? Muitas vezes tenho vergonha de dizer que ele tem, porque sei que as pessoas já vão olhar atravessado, diferente”.

O usuário Pedro fala sobre a discriminação da família quanto ao tratamento realizado no CAPS, quando salienta que alguns são piores que ele. Pedro afirma não saber se é preconceito seu também em acreditar que o fato de conviver com usuários que apresentam um quadro “mais grave” pode acarretar piores no seu quadro. Ao mesmo em que o usuário remete-se a questão do preconceito a reproduz em seu discurso.

O discurso de Pedro é bastante ilustrativo do caráter de discriminação submetido ao portador de transtorno mental. Pedro aborda que escondia das namoradas o fato de tomar remédio porque quando elas descobriam terminavam o relacionamento e enfatiza sua concepção ao explicar que se fosse no tempo de Hitler estaria eliminado.

Érika também aborda o preconceito das pessoas em relação ao tratamento do CAPS, assim afirma que alguns usuários têm vergonha de dizer que freqüentam o Serviço e ressalta que por ser consciente não esconde seu tratamento.

A própria usuária Joana também apresenta em sua fala um discurso preconceituoso, porém em relação ao usuário de álcool ou outras drogas, clientela do CAPS Ad, onde seu marido freqüenta por apresentar problemas de alcoolismo. Para ela, ao enfatizar que seu problema não é esse, seu transtorno mental pode ser considerado mais leve, que os transtornos que englobam uso de substâncias.

Enquanto falamos no estigma e na discriminação social, supomos que seja explícito um desejo de igualdade, onde não pudesse ser percebido quem apresenta transtorno mental ou não, porém no discurso de Maria percebemos uma indignação, quando as pessoas duvidam do seu diagnóstico e da sua enfermidade mental.

O peso social da doença mental é deflagrado nas entrevistas de Carmem e Tereza que afirmam ter vergonha e esconderem o transtorno mental do seu familiar, reafirmando o processo de exclusão a que estão submetidos.

Diante dos dados expostos podemos observar que o estigma e o preconceito são denunciados nas entrevistas dos usuários. Aspectos estes que partem da sociedade, na qual os familiares e os próprios usuários parecem, de forma não intencional, reforçar tais concepções.

Para Basaglia (1985) somente através da tomada de consciência do fato de ter sido excluído e rejeitado o doente mental terá condições de se reabilitar do estado de institucionalização a que foi forçado.

Assim salientamos que para que os objetivos da Reforma Psiquiátrica sejam alcançados se faz necessário um trabalho demasiadamente complexo, no sentido de se elaborar medidas efetivas de conscientização e desmistificação do transtorno mental, chegando à descoberta do sujeito que sofre, encoberto e coisificado por todos esses rótulos e conceitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O problema do louco não é ser louco. É sim o preconceito, a exclusão, a solidão, a pobreza de contatos, a solidão e a falta de reconhecimento como ser humano capaz, mas vivendo numa sociedade incapacitante”.

Florianita Coelho

Esta pesquisa teve como principal objetivo analisar os conceitos elaborados pelos usuários de um CAPS e familiares sobre o transtorno mental e cidadania. Dessa forma utilizamos o referencial metodológico da Psicologia Social Discursiva por possibilitar uma análise das elaborações dos sujeitos acerca das temáticas sugeridas, partindo do pressuposto do discurso como ação social.

Foram realizadas trinta (30) entrevistas semi-estruturadas, sendo quinze (15) delas com usuários e quinze (15) com familiares, realizadas num Centro de Atenção Psicossocial-CAPS.

Como principal critério para a escolha dos usuários estava o fato destes frequentarem o Serviço semanalmente, considerando ainda outros aspectos tais como: adequação em relação ao momento vivido (se em crise ou não), dificuldades de expressão verbal e graus de comprometimento devido ao transtorno mental.

Ao longo desse estudo, percorremos a história da loucura, do surgimento do hospital psiquiátrico, dos princípios de exclusão gerados por esse modelo, iniciando em seguida uma exposição sobre os movimentos que buscaram uma reformulação dessa prática, chegando à Reforma Psiquiátrica Brasileira e seu desdobramento em Campina Grande.

Dentro de um contexto de significativas mudanças no que se refere ao atendimento em saúde mental em Campina Grande, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, vários foram os questionamentos que suscitaram a realização dessa pesquisa. Como os usuários e familiares têm concebido o transtorno mental? Quais as caracterizações realizadas pelos mesmos? Como é avaliado o funcionamento dessa nova lógica de cuidado representado pelo CAPS?

Numa perspectiva de tratamento que envolve a participação familiar de forma ativa, através da participação no Grupo de família, nos perguntamos: Como os usuários e familiares tem avaliado essa orientação do CAPS de participação das famílias?

A Reforma Psiquiátrica tem como principal reclame a aquisição da cidadania do portador de transtorno mental, defendendo alguns princípios como autonomia e inserção social. Dentro desse contexto questionamos: Quais as elaborações realizadas pelos usuários e familiares de um Serviço substitutivo em relação à cidadania? Esses conceitos construídos reforçam o estigma e discriminação ou denotam um impulso à Reforma Psiquiátrica?

Os repertórios interpretativos elaborados sobre a doença mental pautaram-se nos seguintes determinantes: biológicos, sócio-econômicos, psicossociais, psicológicos e sobrenaturais. A concepção da doença mental marcada pela descrição da sintomatologia das situações de crise, evidenciando-se momentos de agressividade, de delírios, e de desejos de suicídio, foram recorrentes ao longo dos discursos.

A variedade do uso de termos para designar o transtorno mental foi visível nos discursos dos entrevistados, configurando uma tentativa de evitar o uso de alguma terminologia estigmatizante tais como loucura, doido, esquizofrenia e outros.

Já a participação familiar foi avaliada como de relevante importância para o tratamento, embora constatado um número reduzido de familiares participando do Grupo de família. Os entrevistados avaliaram o grupo como um momento de escuta, de orientação, de compartilhar experiências e discutir problemas em comum.

Face à importância da participação no Grupo de Família enfatizada pelos entrevistados, é que sugerimos que o CAPS possa adotar medidas estratégicas que incentivem uma maior adesão dos familiares.

Foram recorrentes ao longo das entrevistas as comparações realizadas pelos entrevistados entre o hospital psiquiátrico e o atendimento realizado no CAPS. Para os entrevistados o hospital psiquiátrico representa um lugar de isolamento, medo e uso exagerado de medicação, enquanto descreveram as mudanças positivas relacionadas ao fato de estar em tratamento no CAPS, principalmente no que concerne à remissão de crises, acompanhamento regularizado e realização de atividades e hábitos de rotina.

Os transtornos mentais exercem forte impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os portadores de transtorno mental além de apresentar sintomas inquietadores de seus distúrbios, sofrem muitas vezes por estarem impossibilitados de exercer suas atividades de trabalho e lazer, impossibilitades estas na maioria das vezes em virtude da discriminação.

No que concerne ao conceito de cidadania os sujeitos discorreram sobre diversas temáticas: a aquisição de documentos, o direito do votar, trabalho, autonomia, respeito às pessoas, direitos de educação e saúde, ou seja, reflexos dos direitos sociais, econômicos e políticos. Os discursos revelaram ainda registros do estigma e discriminação social que permeiam o cotidiano dos entrevistados.

Registramos que é de fundamental importância e deve fazer parte dos objetivos de um CAPS o trabalhar ativamente na transição cultural em relação ao sofrimento psíquico, constatado que o estigma e o preconceito são fatores que prejudicam o processo de aquisição da cidadania desses indivíduos, causando prejuízos de diversas ordens. Portanto se mostra mais do que necessário uma convivência pacífica entre a sociedade e seus diferentes.

Podemos afirmar que o conceito de cidadania em Saúde Mental deve ir além do conhecimento dos direitos e deveres. Este conceito não é suficiente, posto que os direitos e deveres se apresentam como algo pronto, elaborado, instituído, transformando, muitas vezes o indivíduo num sujeito passivo. Dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica o conceito de cidadania deve ser entendido a partir de uma perspectiva ética e política, assim cidadão deve ser aquele indivíduo que possui autonomia para decidir sobre ele mesmo e sobre sua comunidade, em busca de igualdade. Afinal as necessidades das pessoas com distúrbios mentais não são fundamentalmente diferentes dos outros indivíduos: moradia digna, trabalho, renda fixa, amigos, vizinhos receptivos e tudo o mais (Desviat, 1999).

O que podemos evidenciar é que ao longo das entrevistas alguns discursos reproduziram, mesmo que sem intenção, as tendências impostas pelo repertório manicomial, onde o louco é percebido como sem autonomia, dependente, perigoso e incapaz. Enquanto foram menos representativas, quantitativamente, as elaborações que apresentam mudanças no tocante à doença mental e a cidadania, caracterizando as evidências de discursos marcados pelo embate entre saberes antigos e novos sobre a doença mental.

Silveira (2005) ressalta que atualmente, é vivenciado mais um momento fértil no que se refere às mudanças devido a alguns avanços já conquistados. Entretanto, entende-se que este processo não pode ser pensado como simples modificação de estruturas físicas. É preciso, antes de tudo, que se execute uma reelaboração de concepções, de dispositivos e das formas encontradas para que se possa relacionar com a loucura. Caso contrário estar-se-a apenas repetindo as relações manicomiais em outros espaços. Nessa perspectiva é importante reconhecer o processo de construção histórica da loucura para que se possa desnaturalizar conceitos e ser, então e ter a capacidade de reconstruí-los sob uma ótica mais comprometida com os interesses daqueles a quem se presta assistência.

Salientamos que ao falar sobre Reforma Psiquiátrica não estamos falando em fechar hospitais psiquiátricos de forma incoerente ou irresponsável, abandonando os pacientes nas suas casas ou nas ruas. Defendemos o processo chamado por Basaglia de desinstitucionalização, que implica desconstrução, não apenas desospitalização. Não significa apenas retirar o paciente do manicômio e criar novos serviços, mas acarreta a construção de novas possibilidades. Como afirma Amarante (1995b):

“ A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é acima de tudo, um processo ético de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direitos e novos direitos para o sujeito.”

O paciente antes despossuído de direitos, de cidadania, pode e deve ter possibilidades efetivas de exercer sua cidadania, partindo até do seu direito de receber um tratamento digno e respeitoso e não sendo mantido em cárceres públicos ou privados, como os que ainda persistem em existir.

Na verdade a retirada dos muros não obterá sucesso se as mesmas idéias e antigos estigmas continuarem a ser difundidos na sociedade. Não basta a sociedade abolir as formas institucionais concretas de exclusão, como leis restritivas, manicômios, grades, celas fortes e identificar os loucos como cidadãos perante a lei, para que seus direitos de cidadania sejam garantidos.

Esperamos que os resultados desse estudo venham a instigar o desenvolvimento de outras pesquisas relacionadas ao fenômeno aqui abordado, subsidiando novas intervenções que possam fortalecer o movimento da Reforma Psiquiátrica, no que tange à cidadania do portador de transtorno mental e suas possibilidades efetivas de realização.

Aspectos relacionados à cidadania do portador de transtorno mental além de ser trabalhado no cotidiano dos Serviços de Saúde Mental, exigem a consolidação de forças que também possam atuar no âmbito social, possibilitando a construção de uma nova forma de conceber a doença mental, resignificando os mitos e preconceitos historicamente elaborados, para que se torne possível uma convivência respeitosa e digna da sociedade com os seus diferentes. Precisamos voltar nosso olhar para a relação prática entre saúde mental e cidadania, doença mental e direitos humanos, saúde mental e liberdade.

Dessa forma podemos considerar que atuar na perspectiva da reabilitação psicossocial se traduz numa tarefa de grande complexidade, não som pela gama de ações a serem desenvolvidas, mas pela necessidade constante de um vigiar, um repensar as práticas, para

que estas não se configurem numa perspectiva manicomial, reproduzindo, mesmo que sem intenção, o modelo que tanto tentamos combater.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R.F. *O olhar de agricultores do cariri paraibano sobre a loucura*. Campina Grande: UEPB, 2001.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de. Saúde Pública*, v.11 nº. 3. Rio de Janeiro jul/set.1995b.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente. Outras histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz,1996.

AMARANTE, P. *Saúde Mental, políticas e instituições; programa de educação a distância*. Rio de Janeiro: Fiotec / Fiocruz,2003.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente. Outras histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz,1996.

BARROSO, A.G. C, ABREU, L.M. et al. Transtornos Mentais: O significado para os familiares. In: *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. vol.17, nº.3, ano: 2004.Universidade de Fortaleza- Fortaleza. Disponível no site: <http://www.unifor.br>, acesso em 15/08/06.

BASAGLIA, F. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,1994.

BASAGLIA, F. *A instituição Negada*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BEZERRA, Jr B. De médico, de louco, e de todo mundo um pouco, pp 171-191.In: R GUIMARÃES & R. TAVARES(orgs). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada, pp 71-90. In: B.Bezerra,Jr.& P.D. Amarante(orgs).*Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará,1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental-Relatório final*. Brasília: 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Por uma política de Saúde Mental*. Brasília: 1999.

BRASIL, Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *“De Volta para Casa” Manual do Programa*. Brasília, 2003a

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área técnica de Saúde Mental. *Ofício Circular nº 042/ATSM/DAPES/SAS/29* de dezembro de 2003b

BRASIL, Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. 5ª ed. Brasília, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Residências Terapêuticas: O que são, para que servem*. Brasília: 2004c.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS*-.Informativo da Saúde Mental.MS/SAS/DAPE. Ano III, nº 15. Edição Especial Congresso Brasileiro de CAPS.2004 d.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE-Coordenação de Saúde Mental. *Saúde Mental em dados*. Ano I n.º. 1, Junho de 2006. Disponível no site: www.saude.gov.br, acesso em 20/07/06.

BRASIL, Ministério da Educação. *Programa Brasil Alfabetizado*. Disponível no site: www.fnde.gov.br, acesso em 04/08/06.

BOSI, M.M. AFFONSO, K. C. *Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da Rede pública de serviços*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, nº: 14, vol.2, p.355-365, 1998.

CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARVALHO, A.M.T. *O processo de produção discursiva: uma visão da contribuição de Michel Foucault ao debate epistemológico*. Estudos e pesquisas em Psicologia, UERJ-RJ. Ano 1, nº: 1, 1 semestre, 2001.

CASTEL, R. *A ordem Psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campos, 1980.

DELGADO, P.G. *As razões da tutela: Psiquiatria, Justiça e Cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Tecorá, 1992.

DELGADO J. Reflexões na cidade sem manicômios. In; Delgado J. (org.) *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Autor, 1992.

DELGADO, P. G. G. . Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (6a ed). Petrópolis: Vozes. 2000

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 1999.

EDWARDS, D. Psicologia Discursiva: Teoria da ligação e método com em exemplo. In: IÑIGUEZ, L. (coord) *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Textos de apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e Mudança Social*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. *A palavra e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FURTADO, J.P. *Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos da Unidade de Reabilitação de Moradores ao CAPS Estação*. In: HARARI, A. VALENTINI, W. (orgs.) *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001.

GERGEN, K.J. *The Social Constructionist Movement in Modern Psychology*. American Psychological Association, vol.40, nº. 3 266-275. March 1985.

GILL, R. *Análise de discurso*. In: GASKELL, G. & BAUER, M. W. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOFFMAN, E.. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1999. 6ª edição.

GONÇALVES, A.M, SENA R.R. *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família*. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, vol.9 nº.2 Ribeirão Preto. Mar/Abril, 2001.

GONÇALVES, C.C. *O grito das mulheres foi ouvido: A experiência do Grupo de Saúde Mental da equipe amarela do bairro do Pedregal-Campina Grande-PB*. Campina Grande: UEPB, 2005. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva.

GRADELLA JUNIOR, O. *Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão*. *Revista Psicologia e Sociedade*, Jun 2002, vol.14, nº.1, p.87-102.

HARRÉ R. *The singular self: An introduction to the psychology of personhood*. London: Sage, 1998.

HARARI A. e VALENTINI W. (org). *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001.

IBÃNEZ, L.(coord.).O giro lingüístico. In: IÑIGUEZ,L.*Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*.Petrópolis:Editora Vozes,2004.

JACCARD, Roland. *A loucura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

JODELET, D.*Loucuras e Representações Sociais*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

KODA, M. Y. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em Saúde Mental: O discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial*. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, 2002.

LAKATOS, E. M. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 4ª ed; São Paulo: Atlas, 1992.

LOBOSQUE, A.M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond,2003.

LOBOSQUE, A.M. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MAGALHÃES, J.L.Q. *Direitos Humanos: Sua história, sua garantia e a questão da indivisibilidade*. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2000.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. São Paulo: Zahar Ed.1967.

MEDEIROS, S.M & GUIMARÃES J. Cidadania e Saúde Mental no Brasil: Contribuição ao debate.In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, nº. 03.Rio de Janeiro: Scielo Brasil, 2002.

MEDEIROS, João B. *Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas*. 5. ed.; São Paulo: Atlas, 2003.

MERQUIOR, José Guilherme, 1941. *Michel Foucault, ou o niilismo da cátedra*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

MOSTAZO, R.R. KIRSCHBAUM. D.I. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Revista latino Americana de Enfermagem*. ISSN: 0104-1169.v. 11 n°.6. Ribeirão Preto, nov/dez 2003.

MOFFATT A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da Psiquiatria popular*. 5ªed.; São Paulo: Cortez, 1984.

OLIVEIRA, A.G. B, ALESSI, N.P.Cidadania :instrumento e finalidade do processo de trabalho da reforma psiquiátrica.*Revista Ciência e Saúde Coletiva*,vol.10,n1 Rio de Janeiro,Jan/Mar 2005.

OLIVEIRA FILHO, P. *Estratégias do discurso racista: A Justificação da desigualdade e a Defesa de Privilégios Raciais em Discursos de Brancos*.Tese de Doutorado, Programa de Estudos Pós- Graduação em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a Saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2001

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

PINSKY, Jaime, PINSKY, Carla B. *História da Cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003.

POTTER, J. WETHERELL M. et all. *Discourse: noun, verbo or social practice?* Philosophical Psychology, vol. 3, n°.2:205-217,1990.

POTTER,J. & WETHERELL, M.*Discourse and social psychology:Beyond attitudes and behavior*.London, Sage Publication, 1994.

RASERA, E. GUANAES, C. Psicologia, ciência e construcionismos: dando sentido ao self. *Revista Psicologia: Reflexão e crítica*. Vol.17, n°. 2, Porto Alegre, 2004.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. COSTA, N.S. *Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. 6 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

ROBORTELLA, S.C. *Usuários de Saúde Mental em liberdade: O direito de existir*. Tese de Mestrado defendida em Agosto de 2000. -Mestrado em Saúde Coletiva-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, M.F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. in: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

ROUDINESCO, E. PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAMPAIO, J.J.C & SANTOS, A.W.G. A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro da Reforma Psiquiátrica. In: PITTA, Ana. (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. 2ª ed.

SANTOS, N.S. ALMEIDA, F. P. et all. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*. Conselho Federal de Psicologia. Ano 20, nº.4, 2000. ISSN: 1414-98c93.

SARACENO, B. *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Tecorá ed., Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 1999.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio, pp 13-18. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, V. A. *A História da loucura. Em busca da Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1977.

SILVEIRA, C. L. BRAGA, VIOLANTE A. B. Acerca do conceito da loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. vol.13 nº.4 . Ribeirão Preto. Julho/ Agosto de 2005.

SPINK, M.J.P. & MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M.J. (org.) *Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2000.

SPINK, M.J.P. & FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M.J. (org.) *Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2000.

TENÓRIO, F. *A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TORRE, E.H.G. AMARANTE, P. *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Revista Ciência. Saúde Coletiva, vol.6nº.1, Rio de Janeiro, 2001.

TROVÃO, A.L.C. "É como de fosse uma caverna escura": Representações sociais sobre saúde mental elaboradas por profissionais do PSF de Boqueirão-PB. Campina Grande: UEPB, 20003. Dissertação do Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva-Universidade Estadual da Paraíba.

TYKANORI, R. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, Florianita C. HENRIQUES, Cláudio M.P. (org.) *Contra a maré a beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

TUNDIS, S. A. COSTA, N.S. *Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. 6ªed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

VILLARES, C.C., REDKO, C.P et al. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.21, nº.1. São Paulo. Janeiro/Março, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

PROJETO: **NOVOS TEMPOS: O DISCURSO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS E SEUS FAMILIARES.**

PESQUISADOR: Livia Sales Cirilo- Psicóloga

O objetivo da presente pesquisa é realizar uma análise de discurso dos usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS ,utilizando para isto a aplicação de entrevista.

Estes registros não serão divulgados, porém o relatório final contendo a análise dos dados coletados estará disponível para publicação e apresentação em encontros científicos.

Este termo em duas vias é para certificar que eu, _____, concordo em participar como voluntário do projeto científico acima mencionado, respondendo ao questionário aplicado.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “ Novos tempos: o discurso dos usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS”.

Estou ciente de que as pessoas envolvidas na pesquisa submeter-se-ão às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá danos para minha saúde e minha reputação, resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente de que sou livre para recusar-me a responder qualquer questão presente no questionário, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação em qualquer momento da pesquisa, sem riscos de penalidades ou prejuízos quaisquer.

Estou ciente de que terei oportunidade de ser esclarecido pelo pesquisador sobre qualquer questão que eu desejar.

NOME	ASSINATURA
Pesquisador: _____	_____
Entrevistado: _____	_____
Local: _____	Data: ___/___/___

APÊNDICE B- Roteiro da entrevista realizada com os usuários

ENTREVISTA - USUÁRIOS

Sexo: _____ Idade: _____
Escolaridade: _____ Renda Familiar mensal: _____

01. Há quanto tempo você está em tratamento no CAPS?

02. Você já foi internado em hospitais psiquiátricos? Quantas vezes?

03. O que você pensa da norma de funcionamento do CAPS que exige a participação dos familiares no Grupo de Família?

04. O que é doença mental pra você?

05. Qual sua opinião sobre o tratamento oferecido no CAPS?

06. O que é cidadania pra você?

07. Você pode exemplificar ações ou fatos onde você exerce sua cidadania?

Apêndice C – Roteiro da entrevista realizada com os familiares

ENTREVISTA- FAMILIARES

Sexo: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Renda Familiar mensal: _____

04. Há quanto tempo seu familiar está em tratamento no CAPS?

05. Seu familiar já foi internado em hospitais psiquiátricos? Quantas vezes?

06. O que você pensa da norma de funcionamento do CAPS que exige a participação dos familiares no Grupo de Família?

04. Você tem participado dos Grupos de família? (se não, porque?)

05. O que é doença mental pra você?

06. Qual sua opinião sobre o tratamento oferecido no CAPS?

07. O que é cidadania pra você?

08. Você pode exemplificar ações ou fatos onde seu familiar exerce sua cidadania?

ANEXOS

ANEXO A-Parecer do comitê de ética-UEPB

Anexo B – Lei 10.216

Lei nº. 10216 - De 06 de abril de 2001

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

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

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

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

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

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10o Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11o Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12o O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

Anexo C- Lei Municipal de Saúde Mental

LEI MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

LEI N: 4068

De 30 de Dezembro de 2002

FIXA DIRETRIZES PARA A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE; DISPÕE SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE E DA REINTEGRAÇÃO SOCIAL; DETERMINA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL SUBSTITUTIVOS AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A PREFEITA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, faço saber que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte,

LEI

Art.1- A atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, com o objetivo de manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional, enfatizando-se:

- I - tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;
- II - proteção contra qualquer forma de exploração;
- III - espaço próprio, necessário à sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis à sua recuperação;
- IV - integração a sociedade, através de projetos com a comunidade; e
- V - acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamento prescritos;

Parágrafo único Poderá zelar pelo efetivo exercício dos direitos de que trata este artigo, nos casos de impossibilidade temporária do próprio usuário, pessoa legalmente constituída e a órgão competente.

Art. 2 -Os poderes públicos municipais, de acordo com os princípios constitucionais que regem os direitos individuais, coletivos e sociais, garantirão e implementarão a prevenção, a reabilitação e a inserção social plena de pessoas portadoras de sofrimento mental, sem discriminação de qualquer tipo que impeça ou dificulte o usufruto desses direitos.

Art.3- Os poderes públicos municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, os quais garantam a manutenção de pessoa portadora de sofrimento mental no tratamento e sua inserção na família, no trabalho e na comunidade.

§ 1- Para efeito do disposto neste artigo, são consideradas modalidades médico-assistenciais, entre outros:

I ambulatórios

II serviços de emergência psiquiátricas em pronto-socorros gerais e centros de referencias;

III leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais

IV serviços especializados em regimes de hospital dia e hospital noite

V centros de referencia em saúde mental

VI centros de convivência, núcleos e centros de atenção psicossocial

VII lares e pensões protegidas; e

VIII atelier terapêutico e oficinas terapêuticas

§2- Para fins desta Lei, estende-se como centro de referencia em saúde mental à unidade regional de funcionamento permanente de atendimento ao paciente em crise. Os centros de atenção psicossocial deverão obedecer aos critérios mínimos estabelecidos pela Portaria n 336 de 19 de Fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência à Saúde).

Art. 4- Para melhor cumprimento da ressocialização que se pretende, a Secretaria de Saúde de Campina Grande poderá firmar convênios de trabalho, associações de usuários, redes sociais de suporte e utilizar outros recursos comunitários.

Art. 5- A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária.

Art. 6- Ficam vetadas a criação de espaço físico e o funcionamento de serviços especializados em qualquer estabelecimento educacional, público ou privado que sejam destinados a pessoas portadoras de sofrimento mental e que impliquem segregação.

Parágrafo único: Deve-se garantir prioritariamente o acesso das pessoas portadoras de transtorno mental à educação em classes comuns, em qualquer faixa etária, com assistência e apoio integrado dos serviços de saúde e de educação.

Art.7-O uso de medicação nos tratamentos psiquiátricos em estabelecimentos de saúde mental deverá responder às necessidades fundamentais da pessoa portadora de sofrimento mental e terá exclusivamente fins terapêuticos, devendo ser revisto periodicamente.

Parágrafo Único- São proibidas práticas terapêuticas psiquiátricas biológicas, salvo nas seguintes condições associadas:

I- indicação absoluta quando não existirem procedimentos de igual ou maior eficácia

- II- utilização, esgotadas as demais possibilidades terapêuticas, em ambiente hospitalar especializado;
- III- risco de vida iminente decorrente do sofrimento mental;
- IV- consentimento do paciente, caso o quadro clínico o permita, e de seus familiares, após o conhecimento do prognóstico e dos possíveis efeitos colaterais decorrentes da administração da terapêutica;
- V- manifestação por escrito e com assinatura dos membros da equipe de saúde mental do estabelecimento de saúde mental onde será administrada a terapêutica; e
- VI- exame e consentimento, por escrito, da equipe de médicos, sendo 1(um) do estabelecimento, 1(um) indicado pela autoridade sanitária estadual e 1(um) indicado pela autoridade sanitária municipal.

Art. 8- Fica vedado o uso de celas-fortes, camisas-de -força e outros procedimentos violentos e desumanos em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado.

Art. 9- Ficam proibidas as psicocirurgias, assim como quaisquer procedimentos que produzam efeitos orgânicos irreversíveis, a título de tratamento de enfermidade mental.

Art. 10- Será permitida a construção de unidade psiquiátrica em hospital geral, de acordo com a demanda local e regional.

Parágrafo único- O projeto de construção de unidade psiquiátrica deverá ser avaliado e autorizado pelas secretarias, administrações e conselhos municipais de saúde, seguido de parecer final da Secretaria de Estado de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 11- As unidades psiquiátricas de que trata o artigo anterior terão pessoal e estrutura física adequados ao tratamento de portadores de sofrimento mental e utilizarão as áreas e equipamentos dos serviços básicos do hospital geral.

Parágrafo único- As instalações referidas no “caput” deste artigo não poderão ultrapassar 10%(dez por cento) da capacidade instalada do hospital geral até o limite de 30(trinta) leitos por unidade operacional.

Art. 12- A internação psiquiátrica será utilizada como ultimo recurso terapêutico, esgotadas todas as outras formas e possibilidades terapêuticas prévias, e deverá objetivar a mais breve recuperação, em prazo suficiente para determinar a imediata reintegração social da pessoa portadora de sofrimento mental.

§1- A internação psiquiátrica , nos termos deste artigo, deverá ter encaminhamento exclusivo dos serviços de emergência psiquiátrica dos pronto-socorros gerais e dos centros de referência em saúde mental e ocorrer, preferencialmente, em enfermarias de saúde mental em hospitais gerais.

§2- A internação de pessoas com diagnóstico principal de síndrome de dependência alcoólica dar-se-á em leito de clínica médica em hospitais e prontos-socorros gerais.

Art. 13- A internação psiquiátrica exigirá laudo de medico especializado pertencente ao quadro de funcionários dos estabelecimentos citados no §1 do artigo 12.

Parágrafo único- O laudo mencionado neste artigo deverá conter:

- I descrição minuciosa das condições do paciente que ensejem a sua internação;
- II consentimento expresso do paciente ou de sua família ;e
- III as previsões de tempo mínimo e máximo de duração de internação.

Art. 14- A internação psiquiátrica de menores de idade e aquela que não obtiver o consentimento expresso do intervalo será caracterizada pelo médico autor do laudo como internação voluntária.

Art. 15- O laudo referido nos artigos 12 e 13 será remetido pelo estabelecimento que realizar a internação ao representante local da autoridade sanitária e do Ministério Público no prazo de 24(vinte e quatro) horas a contar da internação.

Art. 16- Em qualquer caso, a autoridade sanitária local e o Ministério Público poderão requisitar complementos a informações do autor do laudo e da direção do estabelecimento, ouvir o internado, seus familiares e quem mais julgarem conveniente, incluídos outros especialistas autorizados a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

§1- A autoridade sanitária local ou, supletivamente, a regional criará junta técnica revisional de caráter multidisciplinar, que procederá a confirmação ou à suspensão da internação psiquiátrica involuntária, num prazo de 72 horas(setenta e duas) horas após sua comunicação obrigatória pelo estabelecimento de saúde mental.

§2- A junta técnica revisional mencionada no parágrafo anterior efetuará , a partir do 15 (décimo quinto) dia de internação, a revisão técnica de cada internação psiquiátrica, emitindo, em 24 horas(vinte e quatro) horas, laudo de confirmação ou suspensão ao regime de tratamento adotado, remetendo cópia ao Ministério Público no prazo de 24(vinte e quatro) horas.

Art. 17- No prazo de 30(trinta) dias a contar da regulamentação desta Lei, os hospitais gerais e psiquiátricos, que mantiverem pessoas internadas desde a data anterior a sua vigência , encaminharão a Secretaria de Estado de Saúde a relação dos pacientes, juntamente com cópia de toda a documentação de cada um, informando se a internação foi voluntária ou involuntária.

Parágrafo único- Entende-se por internação psiquiátrica involuntária aquela realizada sem o consentimento expresso do usuário.

Art. 18- Os hospitais psiquiátricos e similares, no prazo de 2(dois) anos contados da data da publicação desta Lei, serão reavaliados para se aferir sua adequação ao modelo de assistência instituído por esta Lei, como requisito para a renovação do alvará de funcionamento, sem prejuízo de vistorias e outros procedimentos legais de rotina.

Art. 19- Os conselhos estadual e municipal de saúde, bem como as instâncias de fiscalização, controle e execução dos serviços públicos de saúde deverão atuar solidariamente pela reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento mental internadas em estabelecimentos ou deles desinternadas, tornando as providências cabíveis nas hipóteses de abandono, isolamento ou marginalização.

Art. 20- Aos pacientes que perderam o vínculo com o grupo familiar e se encontrarem em situação de desamparo social, o poder público providenciará a atenção integral de suas necessidades, visando, por meio de políticas sociais intersetoriais, a sua integração social.

§1- As políticas sociais intersetoriais a serem adotadas deverão propiciar a desinstitucionalização de todos os pacientes referidos no “caput” deste artigo no prazo de 3 (três) anos após publicação desta Lei, por meio, especialmente de:

- I- criação de lares abrigados ou similares, fora dos limites físicos do hospital psiquiátrico;
- II- reinserção na família de origem pelo estabelecimento dos vínculos familiares; e
- III- adoção por familiares que demonstrem interesse e tenham condições econômicas e afetivas de se tornarem famílias substitutas.

§ 2- As políticas sociais intersetoriais adotadas deverão criar condições para a autonomia social e econômica dos pacientes referidos no “caput” deste artigo, por meio, especialmente de:

- I- regularização da sua situação previdenciária, assessorando-os na administração dos seus bens;

- II- facilitação de sua inserção no processo produtivo formal ou cooperativo, proibindo-se qualquer forma de discriminação ou desvalorização do trabalho;
- III- inserção no processo educacional do sistema de ensino;e
- IV- atenção integral a saúde.

Art. 21- Compete às instâncias de fiscalização, controle e avaliação dos serviços públicos de saúde proceder a vistoria, no mínimo anual, dos estabelecimentos de saúde mental, tornando as providências cabíveis nos casos de irregularidade apuradas.

Art. 22- Os Conselhos estaduais e municipais de saúde constituirão comissões de reforma psiquiátrica no âmbito das secretarias estadual e municipal de saúde, com vistas ao acompanhamento das medidas de implantação do modelos de atenção à saúde previsto nesta Lei, bem como no processo de desativação gradual dos atuais hospitais psiquiátricos existentes no Estado e preconizados pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único- As comissões de reforma psiquiátrica serão compostas por representantes dos trabalhadores da área da saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares dos pacientes, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil Seção Campina Grande e da comunidade científica.

Art. 23- Os poderes públicos municipais, em sua esfera de atuação, disporão de 1(um) ano contado a partir da publicação desta Lei, para passar a executar o planejamento e o cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento apresentados pelas Comissões de Reforma Psiquiátrica e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 24- A implantação do modelo alternativo de atenção à saúde mental de que trata esta Lei dar-se-a por meio da reorientação progressiva dos investimentos financeiros, orçamentários e programáticos utilizados para a manutenção da assistência psiquiátrica centrada em leitos psiquiátricos e instituições fechadas.

Parágrafo único- Fica proibido ao município de Campina Grande, por sua administração direta, fundações ,autarquias,empresas públicas,sociedades de economia mista,nas quais detenham participação acionária , construir,ampliar,contratar ou financiar novos estabelecimentos , instituições privadas ou filantrópicas que caracterizem hospitais psiquiátricos.

Art. 25- O poder público destinará verba orçamentária para campanhas de divulgação, esclarecimentos e de informação periódica de estabelecimento dos pressupostos da reforma psiquiátrica de que trata esta Lei, em todos os meios de comunicação.

Art. 26- os serviços públicos de saúde deverão identificar e controlar as condições ambientais e organizacionais relacionadas com a ocorrência de sofrimento mental nos locais de trabalho, especialmente mediante ações referentes à vigilância sanitária e epidemiológica.

Art.27- A administração municipal deverá garantir a existência de no mínimo 1(um) serviço de atenção à saúde mental por distrito sanitário, que se responsabilizará pela demanda do seu território de abrangência.

Art.28- Fica instituído que o dia 18 de Maio Dia nacional da Luta Antimanicomial, deverá ser lembrado nas escolas, unidades de saúde e repartições públicas municipais em geral.

Art.29- Todo estabelecimento de saúde deverá afixar esta Lei em lugar de destaque e visível aos usuários de serviços.

Art.30- O cumprimento desta Lei cabe a todos os estabelecimentos públicos e privados, bem como aos profissionais que exercem atividades autônomas que se caracterizem pelo tratamento de pessoas

portadoras de sofrimento mental, ou aqueles que, de alguma forma, estejam ligados à sua prevenção e ao tratamento ou reabilitação dessas pessoas.

Art.31- O descumprimento desta Lei, consideradas a gravidade da infração e a natureza jurídica do infrator, sujeitará os profissionais e estabelecimentos de saúde as seguintes penalidades, sem prejuízo das demais sanções previstas na Lei Federal, n 6437, de 20 de Agosto de 1977:

- I- Advertência;
- II- Inquérito administrativo;
- III- Suspensão do pagamento dos serviços prestados;
- IV- Aplicação de multas no valor 1(um) a 100(cem) salários mínimos ;e
- V- Cassação de licença e do alvará de funcionamento.

Art. 32- O Conselho Municipal de Saúde fica incumbido da fiscalização e acompanhamento do cumprimento do disposto nesta Lei, sem prejuízo da competência reservada à Secretaria Estadual de Saúde, analisando anualmente seus resultados e metas atingidas.

Parágrafo único- Qualquer outro recurso psiquiátrico não previsto nesta Lei deverá ser previamente avaliado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art.33- esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art.34-Revogam-se as disposições em contrário.

Cozete Barbosa
Prefeita