



UFAM

Luciana Oliveira Lopes

**ANÁLISE DA PRÁTICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE
MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Manaus – AM

2011

LUCIANA OLIVEIRA LOPES

**ANÁLISE DA PRÁTICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE
MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Linha de Pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Nilson Gomes Vieira Filho

Fevereiro/2011

Manaus – AM

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Lopes, Luciana Oliveira

L864a Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. - Manaus: UFAM, 2011.
105 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal do Amazonas, 2011.

Orientador: Prof. Dr. Nilson Gomes Vieira Filho

1. Reforma psiquiátrica 2. Psiquiatria - Amazonas 3. Serviços de saúde mental I. Vieira Filho, Nilson Gomes (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 616.89(043.3)

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profº Drº Nilson Gomes Vieira Filho

MEMBROS:

Profº Drº Nilson Gomes Vieira Filho

Profª Drª Maria da Penha Coutinho

Profª Drª Rosangêla Dutra de Moraes

**Curso de pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da
Universidade Federal do Amazonas.**

Data: 30/03/2011

Ao meu companheiro de vida Alexandre,
Sem ele esse sonho não se realizaria.
E aos meus pais (Geraldo e Marluce) e
irmãs (Marina e Liana),
A ausência mais presente em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos profissionais de saúde do CAPS, todos os que participam do dia a dia das atividades, e que “seguraram a onda” enquanto estive ausente

Ao Diretor Gibson Alves do Santos, pelo entendimento da contribuição que posso dar ao serviço, e por ter concedido todo o apoio nesse período

Aos usuários e seus familiares pelo exemplo de vida

À Milena, amiga que me apoiou e compartilhou comigo os momentos de incertezas, angústias e sofrimento.

ÀS antigas colegas do CAPS e atuais amigas, Taciana e Andreza, que mesmo estando longe, sei que ainda são defensoras da Reforma Psiquiátrica

Aos colegas da primeira turma do Mestrado em Psicologia da Ufam, os “dezmais”.

Aos colegas e professores da Ufam. Em especial ao Profº Drº Eweton que ao final, mesmo sem saber, me apoiou e tranquilizou

Aos militantes da Reforma Psiquiátrica no Amazonas

Ao meu orientador que tentou me ensinar a “escrever sem saltar”. Com sua atitude peculiar mostrou que o texto sempre pode ficar melhor. Que suas histórias “triestianas” se mantenham sempre na minha lembrança.

Aos alunos que tive nesse período e que sempre os terei, por me trazerem inquietações de sempre saber mais

Aos que não pensam e que não agem como eu

Ao meu pai, Geraldo, pelo exemplo maior de vida, de superação, de amor, de luta

À minha mãe Marluce por ter me despertado o gosto pelo estudo e ensinado que o cuidado é cotidianamente construído

À minha irmã Marina, doce, companheira, amiga, sei que posso sempre contar contigo

À minha irmã Liana, mais nova e mais velha. Você não sabe o que conseguiu me ensinar com sua perseverança

Ao Alexandre, meu companheiro de vida, pela paciência e compreensão. Por ter reclamado da minha ausência, do meu mau humor. Por me dar força e afeto

Meu muito Obrigado a todos e a todas!

Uma parte de mim
é todo mundo;
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo

Uma parte de mim
é multidão;
outra parte estranheza e solidão

Uma parte de mim
pesa, pondera:
outra parte
delira

Uma parte de mim
almoça e janta:
outra parte
se espanta

Uma parte de mim
é permanente
outra parte
se sabe de repente

Uma parte de mim
é só vertigem:
outra parte
linguagem

Traduzi uma parte
na outra parte
- que é uma questão de vida ou morte -
Será arte?¹

¹ Traduzir-se: Poesia de Ferreira Gullar, publicado no livro *Na vertigem do dia*, em 1980. (CAMENIETZKI, 2006, P.193)

RESUMO

O objeto de estudo da presente pesquisa foi a análise da prática terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – na cidade de Manaus, considerando o processo de desinstitucionalização no contexto histórico cultural da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os objetivos específicos focalizaram: a) a construção histórica do modelo asilar ao modelo territorial atual no Estado do Amazonas; b) a dinâmica micro-institucional do CAPS estudado; c) a complexidade e contradições do trabalho da equipe multiprofissional; d) os efeitos dessa “nova” prática em saúde mental através de um estudo de caso clínico, destacando o percurso terapêutico antes e durante seu tratamento no CAPS. Os pressupostos teóricos esclarecem sobre o processo de desinstitucionalização, que orientam esta análise da prática terapêutica. Compreende-se que esse processo, de rompimento com o modelo das instituições totais, tem favorecido a construção de novas práticas de atenção psicossocial, voltadas a ações terapêuticas de base territorial e de inserção social. Foi utilizado o método da observação participante (em psicologia clínica), sendo a posição da observadora participante para o estudo da prática terapêutica o de observadora clínica. Como instrumentos de coleta: material documental, diário de notas e entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados, a partir dos pressupostos delimitados para essa pesquisa. Como observação da prática terapêutica verificou-se, no contexto histórico-cultural pesquisado, a significação de uma prática terapêutica em que se valoriza a relação terapêutica dialógica e acolhedora. Percebe-se, ainda, um movimento processual para uma prática inclusiva, com dificuldades para o acionamento das redes sociais. Conclui-se que, para além de respostas na efetivação das políticas públicas em saúde mental, o que se propõe para o serviço é encontrar alternativas técnico-profissionais internas que possibilitem um planejamento de ações em conjunto com as redes institucionais e sociais do território.

Palavras chaves: Centro de Atenção Psicossocial/CAPS; prática terapêutica; sofrimento psíquico.

ABSTRACT

The object of this research is to study the therapeutic practice, analyzed considering the process of deinstitutionalization in the historical and cultural context of the Brazilian Psychiatric Reform. The main objective was the analysis of therapeutic practice in a Psychosocial Attention Center - CAPS - in the city of Manaus, and the specific objectives focused on: a) historical construction of the asylum model to the current model in Amazonas state, b) the micro-dynamics institutional CAPS studied c) the complexity and contradictions of working in multidisciplinary team; d) the effects of this "new" mental health practice through a case study, highlighting the therapeutic journey before and during treatment in CAPS. Clarify the theoretical assumptions about the process of deinstitutionalization, that guide this analysis of therapeutic practice. It is understood that this process of breaking the model of total institutions, has promoted the construction of new psychosocial care and focused on therapeutic actions of territorial and social integration. For this study we used qualitative methods with the methodological framework of participant observation, and the position of participant observer for the study of the therapeutic practice of clinical observer. Were used as instruments of data collection: documentary material, daily notes and semi-structured interview. The data collected were analyzed by means of interpretation, the assumptions defined for this research. In interpreting the data collected were considered as the knowledge of the researcher's professional research institution and clinical experience in therapeutic practice on substitutive services. Observation of therapeutic practice as it was found in the historical and cultural context of research, the significance of a therapeutic practice that is valued in the therapeutic dialogue and friendly. It can be seen, though, a procedural move to inclusive practice, with difficulty in activating the social networks. We conclude that, in addition to responses in the effectiveness of public policies on mental health, what is proposed for the service is professional technical alternatives that allow an internal action plan together with the institutional and social networks of the territory.

Key words: Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, therapeutic practical, psychological suffering

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DA PRÁTICA TERAPÊUTICA	20
2.1. PRÁTICA TERAPÊUTICA E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	21
2.2. PRÁTICA TERAPÊUTICA E SOFRIMENTO PSÍQUICO	26
2.3. PRÁTICA TERAPÊUTICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	27
3. METODOLOGIA	34
3.1. A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	34
3.1.1. A posição da observadora participante	35
3.2. O CAMPO INVESTIGATIVO: O CAPS	36
3.3. SUJEITOS	36
3.4. ETAPAS DA PESQUISA PARTICIPANTE	37
3.4.1. Procedimentos	37
3.4.1.1. Etapa exploratória: construção do projeto	38
3.4.1.2. Etapa do trabalho de campo	40
3.4.1.3. Etapa da análise do material coletado	44
4. RESULTADOS	46
4.1. DO MODELO ASILAR AO MODELO TERRITORIAL	46
4.2. O CAPS INSERIDO NO MODELO TERRITORIAL	54
4.2.1. O funcionamento cotidiano do CAPS	57
4.3. COMPLEXIDADE E CONTRADIÇÕES DO TRABALHO EM EQUIPE	65
4.3.1. Percepção do processo de mudança na prática terapêutica	66
4.3.2. Dificuldades de se trabalhar com a interdisciplinaridade	70
4.3.3. Dificuldades na construção conjunta do Projeto Terapêutico do usuário	72
4.3.4. Dificuldades na construção de um trabalho em rede	75
4.4. O PERCURSO TERAPÊUTICO DO USUÁRIO DO CAPS	77
4.4.1. O percurso terapêutico antes do CAPS	78
4.4.2. O percurso terapêutico durante os cuidados no CAPS	83
4.4.3. Comentando os percursos terapêuticos	88
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
7. ANEXOS	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CP – Centro Psiquiátrico

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HP – Hospital Psiquiátrico

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PSF – Programa Saúde da Família

PTI – Projeto Terapêutico Individual

RP – Reforma Psiquiátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

TNS – Técnico de Nível Superior

TR – Técnico de Referência

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 4.1.1 – Práticas institucionais relacionadas à loucura	47
Tabela 4.1.2 – Práticas institucionais relacionadas à saúde mental em um estudo comparativo com a prática do Estado do Amazonas	53
Tabela 4.1.3 – Serviços de atendimento em saúde mental do Estado do Amazonas	54
Figura 4.2.1 – Figura representativa do plantão ao usuário no CAPS	58
Gráfico 4.2.2 – Número médio de usuários/mês acolhidos, inseridos e encaminhados ao CAPS	59
Figura 4.2.3 – Quadro de Atividades do CAPS	62
Gráfico 4.2.4 – Número de atendimentos/mês por modalidade de atendimento	63

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a mudança do modelo assistencial em saúde mental tem possibilitado diversas ações terapêuticas de base territorial. Essas ações se orientam geralmente na perspectiva da desinstitucionalização², e podem promover práticas terapêuticas que focalizam o fortalecimento de redes de apoio na comunidade e a inserção social da pessoa portadora de transtorno mental.

Esse redirecionamento no modelo assistencial está proposto pela Lei 10216 de 2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”. A lei orienta o cuidado em saúde mental para uma prática em reinserção social, garantindo em seu artigo 2º (II, III) um tratamento exclusivo em benefício da saúde da pessoa com transtorno mental, “visando alcançar a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, sendo protegida contra qualquer forma de abuso e exploração”.

Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), orientados pela Portaria 336/2002, deveriam ser os serviços representativos desse modelo assistencial, com ações de reinserção e práticas territoriais.

Com uma complexidade de ações, esses centros estão previstos também como a “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS) para as pessoas com transtorno mental “severo e persistente”. Assumem também a responsabilidade da saúde mental em um dado território, contribuindo para a elaboração de programas nesse território, podendo, inclusive oferecer atendimentos em regime de atendimento 24 horas (internações) em CAPS³ do tipo III. Esses serviços pretendem-se substitutivos às instituições totais do modelo hospitalocêntrico.

Na capital do Estado do Amazonas, o primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico (CAPS), foi implantado no ano de 2006, e inaugurado isoladamente. Em

² O processo de desinstitucionalização é entendido, nesse contexto, como a negação dialética de práticas excludentes e de relações de dominação nas ações terapêuticas à pessoa com transtorno mental, realizadas em instituições totais. “Instituições Totais”, segundo Erving Goffman (1985): “(...)pode ser definida como um local de resistência e trabalho onde grande parte de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11).

³ Os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (2ª a 6ª feira). Seu horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de CAPS. CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta feira; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, podendo funcionar até as 21 horas, de segunda a sexta feira; e o, CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, inclusive nos feriados e finais de semana.

um sistema de atenção em saúde mental prioritariamente hospitalar do Estado, esse serviço inaugura sem a expectativa de constituição de uma rede ampla de serviços substitutivos.

Dentro desse contexto, a autora desse trabalho se insere como psicóloga nesse serviço desde quando foi inaugurado, fato esse que trouxe expectativas e inquietações tanto para si quanto para os demais profissionais que lá foram trabalhar. Essas inquietações eram justificadas muitas vezes pela ausência de experiência anterior na área.

A expectativa sobre como iria funcionar ou como efetivamente deveria ocorrer à prática nesse serviço que se inaugurava era enorme. Logo no início a vivência e a observação de um trabalho em um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, produziram inquietações e questionamentos referentes à atuação prática por parte de todos os profissionais.

Os pressupostos contidos na Política de Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que serviam de parâmetros para a atuação profissional, indicavam a necessidade de uma mudança na prática terapêutica do profissional inserido no serviço. Nessa perspectiva, os profissionais podem demandar no cotidiano do trabalho questionamentos sobre o modelo biomédico de intervenção e as práticas excludentes presente nas instituições totais, problematizando essa prática, e promovendo reflexões e ações que pressupunham favorecer ações terapêuticas interdisciplinares de base territorial e de inserção social.

Os questionamentos do como, onde, de que forma intervir surgiam na prática. A equipe profissional, da qual a autora fazia parte, tinha que inventar, transformar, refletir, questionar, propor formas de trabalho, e isso, infelizmente, não foi repassado na graduação universitária dos profissionais, que ainda naquela época, se sustentava dentro de uma ciência positivista que apresentava uma linearidade no trabalhar com as pessoas portadoras de transtorno mental, em um percurso de causa-efeito-intervenção-mudança, numa lógica que não era própria ao trabalho dentro desse modelo substitutivo.

As formações de base clínica e psicoterapêutica tradicional, voltadas para um olhar somente na construção/formação da subjetividade, eram insuficientes para responder a complexidade da demanda que se apresentava no cotidiano do serviço, e que vinha em busca de uma solução para o problema/sofrimento.

Essa insuficiência pode ser exemplificada, percebida e refletida também na fala da equipe do serviço quando em momentos de reunião. Em relatos descritos no “Livro de Comunicação⁴” institucional, essas reflexões quanto à ação prática eram também anotados:

“Usuária tem passado meus plantões de segunda a tarde sem ambiência, fica a tarde encostada na janela e parede e não tem a atenção de ninguém, infelizmente (ou não) tenho que ficar nos pronto-atendimentos” (Relato TNS)

“Ao ler os encaminhamentos feitos, peço para discutir com equipe três casos, que estavam na caixa justamente para esse fim, por dificuldades de definirmos sozinhas a conduta: Caso 1- Está fora do território e conforme se observou há histórico de alcoolismo e seqüela devido ao uso, histórico de morador de rua, suspeita-se que mesmo é andarilho; Caso 2 – Ficou de retornar ao CAPS para definição do Projeto Terapêutico, não compareceu, mas suspeito que não é caso para CAPS, desse modo preciso de ajuda para definir esse caso; Caso 3 – Essa usuária já está em acompanhamento no CAPS, mas é um caso complexo, pois o médico psiquiatra acredita que ele não é caso para CAPS embora eu discorde, então precisamos discutir mais” (Relato TNS)

“Usuário deixado no CAPS pela equipe de um SPA, sem documentos ou referência. No atendimento, em virtude da dificuldade de verbalização do usuário, apenas algumas informações foram possíveis de serem coletadas, sendo pois, necessário o deslocamento do usuário até sua ‘possível residência’. Como não contávamos com o transporte na instituição (pois estava em manutenção), foi solicitado da Direção transporte alternativo para a atividade. O deslocamento foi realizado em carro da SUSAM, por volta das 17h50, com as auxiliares de enfermagem. Será realizada visita domiciliar para aprofundar o caso, pois o contato com a família foi rápido e a mesma diz que não tem disponibilidade de vir ao CAPS. Reforço que o acolhimento e imprevistos como o relatado acima fazem parte a dinâmica do serviço e podem ocorrer independente da vontade da equipe e da presença do carro na instituição” (Relato TNS)

Essas demandas, que inicialmente podem ser situadas como externas a prática do psicólogo, se apresentavam em repetidas situações. Era necessário que a complexidade da situação problema a ser enfrentada fosse melhor compreendida e formulada, para não se correr o risco de restringi-la somente a uma dimensão: ou social, ou psicológica, ou biológica.

Isso porque, ao se restringir a resposta à demanda daquele que se encontra em sofrimento, muitas vezes corre-se o risco de particularizar e/ou fragmentar o cuidado para determinada área do conhecimento (biológico, social, psicológico). Sendo essa a resposta à demanda, o que se nota em artigos científicos de práticas

⁴ Material documental da instituição que consiste em instrumento para o registro escrito das reflexões, comunicação, e deliberações da equipe do serviço, contendo temas e inquietações trazidas pelo grupo em suas reuniões e passagem de plantão.

profissionais em outros CAPS do país, é a instituição se transformar organicamente em um grande ambulatório de consultas médicas, psicológicas, sociais, podendo inclusive o profissional psiquiatra tornar-se central no processo de trabalho dos demais profissionais. Esse modelo historicamente construído se automatiza, sendo o profissional um cumpridor de tarefas, em que a simples execução dessa tarefa pré-determinada já serve de parâmetros para medir a “resolutividade” do problema.

Essa afirmação é pontuada tendo em vista a crítica a essa prática profissional ambulatorial oferecida à pessoa em sofrimento psíquico. Essa crítica a uma prática somente ambulatorial psiquiátrica vem sendo consolidada no percurso da autora como profissional da área, tendo em vista a compreensão da complexidade que envolve a resposta à demanda do usuário do serviço. Essa percepção crítica foi diversas vezes problematizada e verbalizada em reuniões de equipe na instituição. O risco do CAPS se orientar por um modelo similar a um grande ambulatório de psiquiatria incomodava sobremaneira a autora do trabalho.

Reflexões, dúvidas e críticas frente à prática empreendida motivaram questionamentos surgidos no percurso enquanto profissional do serviço: Que práticas terapêuticas são essas realizadas pela equipe interdisciplinar do serviço? As práticas respondem as demandas dos usuários? Como trabalha a equipe interdisciplinar no atendimento aos usuários? Como a equipe compreende esse atendimento? Como funciona a organização da prática terapêutica em desinstitucionalização nesse Caps? Como o usuário do serviço percebe essa prática? Houve mudança na história de vida de algum usuário a partir dos atendimentos terapêuticos?

Esses questionamentos favoreceram a busca de reflexões do qual a autora se tornou intensamente demandante, propondo-se pesquisadora dessa problemática, fato que impulsionou essa pesquisa. Elementos iniciais de questionamentos da prática e da vivência, como profissional, tidos do senso comum, serviram de impulso para a escolha do objeto dessa pesquisa.

Essa análise da prática compreende uma configuração de ciência produzida na relação com o conhecimento da prática profissional da autora e da equipe do serviço, uma vez que toda “pesquisa é um ato social realizado por sujeitos de um saber próprio e de projetos próprios” (JOVCHELOVITCH, 2008).

Em uma visão positivista tradicional de ciência essa proposta de relação com o conhecimento e vivência da prática seria inviável, uma vez que há a concepção de

que a imersão no problema que se pretende investigar seria o menos indicado para interpretá-lo. Entretanto, Barus-Michel (2004) afirma que é a experiência a via real para a apreensão do que se quer ver esclarecido, pois “pode-se sempre descrever estados, processos, fenômenos, mas não se podem alcançar significações sem passar por sua experiência” (p.125). Então, se se pretende apreender os sentidos, a partir de contextos em que são produzidos na prática psicossocial em saúde mental, a vivência dessa experiência pode ser utilizada como via de acesso a análise da prática. Essa postura vai para além da neutralidade profundamente enraizadas nas tradições da ciência positivista, não se constituindo, para a pesquisadora, um problema para a pesquisa o fato de ser a profissional do campo que pretende realizar a investigação.

É nesse lugar de profissional que os questionamentos e a problemática dessa pesquisa foram produzidos. O problema da pesquisa não surgiu de “lugar nenhum”, mas sim a partir da experiência prática da autora da pesquisa, que trazia questões temporais, contextuais e de identidade entre sujeito e objeto. Verifica-se uma implicação nesse processo de pesquisa por parte da autora, que a mesma propõe reconhecer e discutir, nunca negar.

O reconhecimento dessa implicação torna-se primordial para esse trabalho, pois se admite que, por meio da implicação da pesquisadora, se produz a análise da prática, como afirma Barus-Michel (2004). É também a partir da implicação que se possibilitou a capacidade de se dispor ao sentido de compreender a prática terapêutica.

Entretanto, a autora do trabalho reconhece que isso não significa que se deva imergir nessa implicação. Deve-se, antes de tudo, reconhecê-la, o que se supõe, ao mesmo tempo, uma distância. Esse “distanciamento” é preciso para o entendimento dos nossos próprios vieses, preconceitos e projetos, pois não se trata de uma fusão emocional com o objeto, mas sim de um reconhecimento.

Jovchelovitch (2008) denomina esse processo como nível de reconhecer a pertença. Nesse nível de reconhecimento da pertença há a posição de onde a pesquisadora fala e de onde age que, no caso desse trabalho, é a partir de conhecimento advindo, também como profissional, da prática terapêutica que propõe analisar.

Nesse aspecto, para a realização da pesquisa, inicialmente foram considerados os conhecimentos, desejos, certezas, afirmações do lugar de

profissional que a autora ocupa na instituição, para posteriormente formalizar um olhar de pesquisadora da prática terapêutica, através de questionamentos explicitados.

Essa passagem do lugar de profissional para pesquisadora da instituição suscitou momentos de distanciamento para reflexões sobre a prática observada. Afinal, será que o posicionamento político desejante de uma prática em desinstitucionalização não desviava o olhar para a observação somente de ações que se pretendiam desinstitucionalizantes? A rotina da vivência do cotidiano não provocava uma dificuldade no observar a prática implantada? Compreender essa instituição a ser analisada não mudaria a minha relação com os demais colegas da instituição? Não mudaria a certeza de que os pressupostos teóricos conseguem responder a demanda da instituição? Como seria a relação entre a instituição ideal, desejada enquanto profissional, com a instituição singular observada na pesquisa?

As reflexões advindas dessa implicação perduraram durante toda a análise. Entretanto a autora ousa afirmar que os questionamentos dessa implicação não foram respondidos em sua totalidade, e nem tiveram a pretensão de ser. O que se focaliza nesse trabalho de análise da prática é o que a instituição manifestou de si mesma, através da pesquisadora e de sua implicação, afinal “a instituição já está ali, analisável, nesse sentido que ela assume para os atores” (Barus-Michel, 2004).

Contudo, para além desse processo de análise do reconhecimento de pertença na implicação, que ocorre de maneira processual, há também conforme aponta Jovchelovitch (2008) outro nível da implicação, que diz respeito à natureza da relação com o campo, que pode ser dialógica ou não dialógica.

Nesta pesquisa, pretendeu-se uma relação dialógica baseada no ato de ouvir o outro e de permitir a expressão máxima possível do campo. Essa postura pode permitir uma avaliação de como a realidade do campo pode abalar e redefinir as hipóteses de trabalho, a teoria e os pressupostos teóricos.

Com isso, diferente da busca da realidade do campo pela pesquisadora, o que se propõe neste trabalho é comunicar-se com a realidade cotidiana, num esforço interpretativo sobre a prática terapêutica psicossocial em saúde mental. Essa postura pode produzir ampliação dos conhecimentos implicados, uma vez que os pressupostos teóricos e a realidade observada no campo dialogaram.

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DA PRÁTICA TERAPÊUTICA

Os pressupostos teóricos para o estudo da prática terapêutica não se apresentam para essa pesquisa de forma determinista (BOURDIEU, 2009), uma vez que se pretende uma análise da prática cotidiana dos profissionais do CAPS. Este estudo propõe um “olhar” que tenta descobrir, integrar e superar as limitações de teorias, por vezes abstratas, que não valorizam o senso prático.

Quando se valoriza o senso prático, o objeto de investigação passa a ser as ações práticas do cotidiano orientadas, por sua vez, pelos processos institucionais e contextos histórico-culturais. Nesta pesquisa, trata-se do estudo de ações práticas dos profissionais no cotidiano de um CAPS, atravessada pelo processo de desinstitucionalização.

Esse processo, de mudança no modelo, pressupõe uma alteração na terapêutica a partir da prática. Entretanto, a prática tem um tempo próprio, que pode nem sempre acompanhar o do desenvolvimento das teorias (BOURDIEU, 2008). O estudo sobre a prática terapêutica pode apresentar assim a formulação de conceitos sistêmicos, relacionais, validos nesse contexto atual da Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

Assim, a análise sobre a prática terapêutica em um CAPS pode permitir o processo de compreensão do sentido e significado do senso prático, não na perspectiva de uma reificação teórica, mas sim como uma “descoberta” de um sistema de relações própria ao segmento estudado.

São apresentados mais adiante os pressupostos como referencia à prática terapêutica que se pretende analisar, sendo eles: processo de desinstitucionalização; prática terapêutica em atenção psicossocial; ações terapêuticas em trabalho multiprofissional e ações terapêuticas em rede social.

Em termos gerais, a análise da prática permite assim um acesso ao sentido e significado da prática que está presente no cotidiano. O sentido não é facilmente identificado e, por vezes, pode aparecer difuso e confuso nas ações dos profissionais. A análise da prática pode proporcionar um momento para compreender a relação entre os pressupostos teóricos e o sujeito histórico-social, com formas diversas de perceber, de sentir, de fazer e de pensar a prática terapêutica em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.1 – PRÁTICA TERAPÊUTICA E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A prática terapêutica é essencialmente entendida como a ação prática cotidiana dos profissionais relativa aos cuidados de saúde e em especial de saúde mental considerando o processo de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A prática terapêutica em saúde mental tem como um dos seus pressupostos teóricos e práticos fundamentais o processo de desinstitucionalização.

A prática terapêutica em saúde mental, permeada pelo processo de desinstitucionalização, se refere à desconstrução socio-histórica das instituições totais (GOFFMAN, 1985; BASAGLIA, 1995, 2005) aqui ligados ao modelo hospitalocêntrico. Esse processo possibilitou mudanças nas ações práticas dos profissionais relativas aos cuidados em saúde mental. Nessas ações profissionais, focaliza-se a dimensão das relações humanas entre profissionais e sujeitos/usuários, subjetividades e intersubjetividades; e as redes sociais implicadas nas situações instituídas perpassadas por esse processo de desinstitucionalização.

Entende-se por processo de desinstitucionalização a desconstrução sócio-histórico do modelo das instituições totais e do modelo médico-hospitalocêntrico e de relações de dominação nas ações terapêuticas à pessoa com transtorno mental, realizadas em instituições totais. O processo de desinstitucionalização tem como um dos seus exemplos a experiência de desconstrução do modelo asilar hospitalocêntrico realizado na Itália. A desconstrução do modelo asilar italiano (Trieste), resultou no fechamento definitivo do Hospital Psiquiátrico e da rede manicomial decorrente (Lei 180/1978), com a concomitante criação de centros de saúde mental territoriais e uma rede de serviços comunitários (residências terapêuticas, corporativas sociais, associação de usuários, etc). Esse exemplo aparece como referencia reflexiva para o entendimento do processo de desinstitucionalização e da prática terapêutica.

A experiência de desinstitucionalização, na Itália, a partir da desconstrução do modelo asilar, e da criação de uma rede de serviços territoriais, é produto de um processo histórico em que, Basaglia e equipe (1985), ao questionarem a prática excludente realizada junto aos pacientes dos hospitais psiquiátricos, perceberam

que em muitos casos, o estado clínico dos pacientes internos era produto mais da vida institucional, que do transtorno mental enquanto processo.

Assim, Basaglia (1985) e outros consideram que a instituição total hospitalar/psiquiátrica produz mais estado de adoecimento e exclusão, do que promove saúde e inserção social. Considera que uma vez segregado, aquele que se encontra em sofrimento, está sujeito a uma relação de natureza objetual, em que não existe enquanto sujeito, mas sim como um objeto capaz de englobar e incorporar sistemas “explicativos” (tanto nosográfico, quanto social), que “justificam” a segregação.

Nesse contexto, Basaglia (1985) chama a atenção para a estrutura de exclusão da sociedade, e como a mesma respondeu, a partir desse modelo de segregação, a demanda para o adoecimento em saúde mental. Para o autor, essa estrutura de segregação foi “justificada” indevidamente como necessário devido à “periculosidade” do doente mental. Reflete ainda que a exclusão como fato social de que o doente mental é objeto o determina como inferior e perigoso.

Nessa perspectiva, o que o autor discutiu, mediante a percepção de que o processo de adoecimento não justifica a exclusão, é o seu aspecto social. Problematizou assim, quando diretor de um Hospital Psiquiátrico na Itália, a desconstrução a partir do interior do hospital psiquiátrico, refletindo e questionando as intervenções sobre a prática terapêutica, de modo a criar espaços e possibilidades de ações terapêuticas extra-hospitalares (BASAGLIA, 1985).

A prática terapêutica em saúde mental, permeada pelo processo de desinstitucionalização, é entendida ainda como a expressão de ações de rompimento com o modelo das instituições totais, símbolo do processo de exclusão, e construção de práticas terapêuticas que contemplem ações no social.

Basaglia (2005), entretanto, observa a necessidade de superar o caráter somente teórico no processo de desconstrução do modelo asilar, considerando que o processo de desinstitucionalização permeia mudanças principalmente nas relações e ações práticas do cotidiano.

Citando o papel do terapeuta em suas ações práticas, Basaglia (1995) considera que a mudança pode ser iniciada fundamentalmente também a partir das relações humanas. Para Basaglia (2005), o modelo asilar, que foi historicamente construído, opera numa ideologia em que as relações humanas internas divididas, muitas vezes, entre opressores e oprimidos, explorados e exploradores, sendo o

profissional terapeuta, por vezes, participe desse processo relacional. Nessa perspectiva, o modelo asilar por vezes inclui profissionais que reproduzem práticas mais “prescritivas” do que de cuidado. Assim, estando “intimamente ligado e comprometido com os problemas da ordem pública e do controle de desvios” (BASAGLIA, 2005, p.241) o modelo asilar determina ao profissional terapeuta uma prática de controle e de mandato social previamente estabelecido, que por vezes não permite a invenção de novas práticas terapêuticas e novas formas relacionais.

Numa perspectiva de mudança crítica, que se propõe desinstitucionalizante, a reflexão sobre o papel profissional do terapeuta e a prática terapêutica deve ser problematizada e refletida também pelo profissional terapeuta. Infere-se, nessa perspectiva, que uma vez refletindo o seu papel social, o terapeuta pode também pensar em novas práticas, a partir da relação com o outro que está em sofrimento psíquico, e não com a “nosografia” da doença. O que se compreende aqui é que a mudança da prática terapêutica passa também por uma revisão do lugar do profissional, de seu papel na sociedade. Numa prática baseada no modelo asilar, o terapeuta pode ser considerado como representante de ordem social que serve a uma sociedade por vezes excludente. Uma postura de reflexão e de problematização desse papel profissional pode possibilitar ao terapeuta um encontro relacional, não baseado exclusivamente em um encontro de papéis sociais previamente estabelecidos, mas um encontro de subjetividades. Essa postura terapêutica pode proporcionar a co-construção de sentido para aquele que se encontra em sofrimento (BASAGLIA, 2005).

Para Basaglia (1995) a partir de novas formas relacionais, em que o sujeito é respeitado em sua subjetividade, proporcionadas por encontros que se propõem igualitário, as ações terapêuticas se configuraram como um constante movimento na busca de resposta à demanda das pessoas que se encontra em sofrimento psíquico. Tal postura produz ações práticas de reflexão constante sobre o fazer, uma vez que são as relações que irão direcionar a prática. Essa postura provoca as mais diversas construções de saberes e modalidades de práticas terapêuticas, promovendo uma discussão constante entre teoria e prática.

Com isso, a prática terapêutica em saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização, vem desse viver dialogicamente com as demandas que surgem da realidade cotidiana da instituição em suas relações.

Nicácio (2002) compreende ainda que essas ações de rompimento do modelo asilar ocorrem também pela modificação do lugar físico e territorial da prática terapêutica. No modelo asilar, as ações são realizadas nos espaços dos Hospitais Psiquiátricos, um dos representantes das instituições totais. Na prática terapêutica, permeada pelo processo de desinstitucionalização, essas ações são realizadas em um modelo territorial, substitutivo ao hospital psiquiátrico. Assim, o que se pretende a princípio, com a modificação do lócus do cuidado, é a superação dos recintos fechados, centralizados, excludentes, despersonalizantes, hierárquicos, tutelares das instituições totais, para a construção de novos espaços comunitários, territoriais, relacionais, e promotores de cidadania.

Esses serviços de modelo territorial (podemos citar como exemplo os CAPS's), por pretenderem práticas terapêuticas comunitárias, relacionais e promotoras de cidadania no social, foram também denominados de instituições de desinstitucionalização⁵. Essas são entendidas como um “arco de instituições e estratégias para mediar, dialogar e responder, em movimento, às necessidades dos cidadãos” (NICÁCIO, 2003, p.154) que se encontra em sofrimento psíquico.

Essas instituições de desinstitucionalização aparecem assim como um novo espaço de invenção e superação de práticas terapêuticas manicomiais em saúde mental. Entende-se, entretanto, que essas instituições não se caracterizam somente por uma mudança simples do local de intervenção ou da reestruturação da prática administrativa hospitalar psiquiátrica, mas contemplam ainda um processo complexo de negação dialética, superação e invenção da prática. O que segundo Rotelli (1990)

“nunca se tratou de dissolução administrativa das instituições, mas de sair da inércia, da agudização e desvelamentos, de desospitalizações e produções de sentidos liberados da crítica prática, de grandes experiências de subjetivações de papéis, de figuras, de todos os atores” (p.70)

Nicácio (2002) compreende ainda que essas instituições de desinstitucionalização devem propor uma prática terapêutica articulada, basicamente, a partir de duas ações simultâneas e dinâmicas. Uma que consiste em ações de co-construção de significado e sentido para o sofrimento psíquico que os

⁵ Após a 2ª guerra mundial, vários países apresentaram modelos alternativos à psiquiatria clássica. Dentre eles, o da Itália foi o que propôs a desconstrução do modelo psiquiátrico/asilar e substituição por serviços de base territorial. Rotelli (1990), ao classificar os serviços substitutivos, denominou-os de instituições de desinstitucionalização.

sujeitos estão vivenciando no momento; e outra considerada como terapêutica territorial, que consiste no papel da instituição de desempenhar a função de mediadora e articuladora nas relações entre a pessoa e a comunidade, suas redes sociais e institucionais, promovendo a inclusão social.

As ações práticas baseadas na co-construção de significados e sentidos para o sofrimento psíquico podem ser compreendidas basicamente por aquelas permeadas pela relação terapeuta/usuário do serviço, a partir de uma relação dialógica, já discutidas anteriormente. Nessa constituição, a prática terapêutica no que diz respeito a essa relação, se refere ao papel e a postura crítica de um profissional/terapeuta que não deveria mais se posicionar como detentor do saber e das técnicas de intervenção, mas sim como co-construtor de sentido. A prática terapêutica constituída a partir de um olhar nas relações de um sujeito para com outro, segundo Nicácio (2002), pode promover a construção de sentido àquele que sofre. Esse sentido poderá ser construído a partir de cada pessoa, de cada relação, de cada território, de cada sociedade.

No que se refere à prática terapêutica territorial, a mesma relaciona-se ao papel da “instituição de desinstitucionalização” em desempenhar a função de mediadora e articuladora nas relações entre a pessoa e a comunidade, suas redes sociais e institucionais, promovendo a inclusão social. Essa prática territorial pretende operar também sobre ações terapêuticas aqui denominadas como “extramuros” da instituição. Essas ações podem ser exemplificadas como: articulação para implantação de cooperativas de trabalho para a pessoa em sofrimento psíquico; visitas domiciliares; “ocupação” do território, com inserção nas escolas, nos programas de saúde do Estado, nos movimentos sociais e no exercício dos direitos civis por parte dos usuários. Essas ações terapêuticas extramuros dizem respeito a um “olhar” sistêmico da demanda do sujeito em sofrimento (NICÁCIO, 2002).

Por responder a cada demanda individualmente, as práticas terapêuticas relacionais e territoriais, permeadas pelo processo de desinstitucionalização, revelam-se como uma prática complexa, em que cada pessoa envolvida proporciona novos contextos terapêuticos. Esses “novos” contextos terapêuticos “ativam” diferentes pessoas do território, com construção e reconstrução de diferentes redes de relações, sempre em movimento. Assim, a prática terapêutica permeada pelo processo de desinstitucionalização, abre um amplo campo de possibilidades,

indagações e incertezas. Entende-se assim que, muito mais do que um constructo, a desinstitucionalização ocorre nesse exercício prático de ações terapêuticas, na reflexão entre teoria e prática, e na relação usuário, profissional e comunidade, em uma proposta que está em constante construção e movimento, e que necessita de uma rede social que vai para além do espaço institucional.

Percebe-se assim que o processo de desinstitucionalização passa pela negação dialética de um modelo de instituição asilar, símbolo trazido pelo manicômio, sua ideologia, e seu sistema de valor excludente. A partir dessa negação, se busca promover ações terapêuticas em espaço aberto, em uma rede de práticas relacionais, inclusivas, territoriais, comunitárias e sociais. Essas inovações na prática terapêutica, permeadas pelo processo de desinstitucionalização, se apresentam em um campo de inúmeras construções que caminham para diversas possibilidades, limites e impasses. Entretanto, se no exercício do cuidado em um serviço substitutivo em saúde mental, se essa complexa alteração da prática de transformação institucional de saberes, valores e culturas, não forem refletidos no cotidiano, corre-se o risco de se operar somente uma reprodução da lógica asilar, ou modernização de um sistema assistencial, com atualizações apenas na lógica discursiva, não de atuação na prática.

Assim, para além de uma articulação de redes de serviços institucionais, a prática terapêutica, permeada pelo processo de desinstitucionalização, pretende promover também práticas relacionais de co-construção de sentido e de inclusão social.

2.2 – PRÁTICA TERAPÊUTICA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

A demanda do usuário, que proporciona a busca em cuidados na área de saúde mental em um serviço substitutivo, é percebida dentro de uma lógica relacional e dialógica, como já referido acima. Geralmente, ao chegar a um serviço substitutivo, a demanda do usuário aparece como algo que provoca uma sensação de desconforto, de “agonia”, de “sufoco”, de algo que se tolera, atormenta, aflige; o que faz sofrer. Diz-se assim do sofrimento psíquico. E é a partir dele que se busca responder a demanda do usuário.

Tal compreensão pode ser exemplificada também no cotidiano da prática profissional em um serviço substitutivo. Quando na situação de terapeuta em um

serviço substitutivo, a autora do trabalho presenciou um usuário em sofrimento psicótico por três meses que ao sair da situação de agudização e de delírio, ao falar sobre sua vida se depara com dificuldades sociais, financeiras, familiares, e de não trabalho formal. “Antes eu era da tropa de elite, do exército, da aeronáutica, agora o quê eu sou, o quê me restou?” verbalizava.

Numa dimensão da prática terapêutica permeado pelo processo de desinstitucionalização fala-se do sofrimento psíquico. Esse sofrimento insere-se no conflito relacional e de frustrações das necessidades vitais, em que o indivíduo em situação de sofrimento encontra-se com dificuldade de superar (BARUS-MICHEL, 2003). Esse sofrimento, na sua dimensão relacional, advém geralmente de situações de exclusão, não-reconhecimento social, rejeição, humilhação, opressão, injustiça, dentre outras; ou seja, mecanismos opressivos que impõem restrições (BARUS-MICHEL, 2003). Essas vivências são próprias também das pessoas que foram diagnosticadas com algum transtorno mental⁶, principalmente após histórico de internação ou até mesmo um único atendimento em instituições totais.

Uma vez que a proposta da prática terapêutica permeada pelo processo de desinstitucionalização é fortalecer um circuito de trocas sociais (inserção social) (VIEIRA-FILHO, 2005) e relacionais sem estigmas, co-construir dialogicamente a demanda a partir da perspectiva do sofrimento psíquico, possibilita uma prática terapêutica dialógica e de construção de sentido. Essa prática ocorre a partir do respeito à cultura e visão de mundo do usuário, bem como um compromisso ético do terapeuta, possibilitando assim um retorno à vida social, a prática da cidadania, com o acionamento de redes sociais de apoio ao usuário.

2.3 – PRÁTICA TERAPÊUTICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O processo de desinstitucionalização, pressuposto indicado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, pode influenciar as ações terapêuticas em saúde mental nos diversos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico. Esses serviços se constroem no cotidiano⁷ com orientações interdisciplinares, buscando possivelmente construir práticas voltadas às ações terapêuticas de co-construção de sentido e de inclusão

⁶ Diagnostico esse previsto no Código Internacional de Doenças 10ª versão (CID-10)

⁷ Cotidiano aqui é entendido como situações diversas da realidade, que estão permeadas por códigos de interpretação que orientam os indivíduos, com suas idéias, paixões, conflitos, alianças, contradições, relações, e construções cognitivas. (GOFFMAN,1985).

social, em uma perspectiva por diversas vezes inventiva.

Compreendem-se essas ações cotidianas como práticas inventivas, pois, uma vez que se proporciona o encontro relacional com aquele que está em sofrimento psíquico, a demanda que apresenta-se ao serviço é heterogênea, produzindo respostas também heterogêneas e criativas. Ou seja, ao não se considerar somente as nosografias psiquiátricas, mas o sofrimento psíquico possibilita-se um constante criar e recriar de estratégias terapêuticas com enquadre dentro da cada história e de cada território⁸.

Assim, nesse encontro com o sujeito que sofre, com subjetividades, passam a ser considerado nesse cuidado mais do que a nosografia psiquiátrica, mas aspectos diversos das dimensões da vida do sujeito (biológica, social, intrapsíquica). Para tanto, a prática terapêutica deve analisar respostas interdisciplinares e em rede social, em uma postura dialógica, sendo considerada, no contexto desse trabalho como pressuposto para a análise da prática, a prática terapêutica psicossocial.

Vieira-Filho (1998) compreende a clínica psicossocial⁹ como estratégia terapêutica para resposta a complexidade da demanda de cuidados em saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização. Essa prática terapêutica indica uma ação dinâmica, em movimento constante de atividades terapêuticas que não podem ser previsível, predizível e replicável. Essa característica, da prática terapêutica, pode potencializar uma prática espontânea e heterogênea, mesmo dentro de uma regularidade de ritos de ação que podem estar presentes nas instituições de desinstitucionalização.

Essa ação de cuidado na prática terapêutica psicossocial é entendida enquanto uma prática terapêutica em saúde mental que busca uma interpretação co-construída da demanda, a partir da experiência de sofrimento psíquico. Entende-se que é a partir da vivência e da busca de sentido desse sofrimento que é possibilitado o contato com a subjetividade, historicidade e afetividade do outro que vêm em

⁸ “Território, enquanto microlocalismo, é gerador de uma dinâmica na qual os grupamentos humanos (por exemplo, famílias, creches, associação de moradores) se organizam numa territorialidade geográfica, política e simbólica. Nesta, pessoas e grupos estariam mais ligados ao espaço simbólico-cultural (ou comunitário) e às relações de afetividade, aí vivenciadas, do que ao espaço geográfico em si. A territorialidade mostra-se como uma âncora ou ponto de referência cultural em que se vive em conjunto com os outros por uma determinada duração de tempo”. (Vieira Filho e Nóbrega, 2004, p.375)

⁹ O autor destaca para a construção teórica da perspectiva da clínica psicossocial a importância da psicologia social clínica (Barus-Michel), as pesquisas de Franco Basaglia e coll. e a teoria da ação dialógica (Paulo Freire). (Vieira Filho, 1998)

busca de cuidado (VIEIRA FILHO, 2004). A relação terapêutica, nessa perspectiva, é relevante para a prática uma vez que se apresenta como elemento facilitador de uma reorganização psíquica/emocional/social/relacional, o que está concomitante a uma melhor integração/reintegração daquele que sofre na sociedade (VIEIRA-FILHO, 1998).

Propõe assim uma relação terapêutica, constituída de uma comunicação que se pretende dialógica, participativa e colaborativa. Pensa-se uma prática ocorrendo em uma lógica relacional e contratual com o usuário do serviço, respeitando a “visão de mundo e o contrapoder do usuário” (VIEIRA FILHO, 2005, p. 303), podendo fomentar também uma postura, daquele que se encontra em sofrimento, como um cidadão de direitos.

Nota-se assim que fundamentalmente, a prática terapêutica psicossocial é baseada na qualidade da relação profissional terapeuta-usuário, na resposta dinâmica e complexa a demanda, na perspectiva interdisciplinar, e na inserção no cotidiano do usuário. É uma prática constituída de uma “dinâmica reconstrutiva” (VIEIRA FILHO, 2005), uma vez que possibilita uma postura de ação-reflexão dessas mesmas práticas, tanto na relação institucional quanto na relação com aquele que sofre e a sociedade.

Essa dinâmica pode possibilitar respostas de ações terapêuticas tanto no particular (intrainstitucional), quanto no geral (extrainstitucional), o que muitas vezes desencadeia o recurso de ir à busca de outras instituições e organizações para além daqueles da área de saúde, numa prática inventiva, e em busca de conexões, numa postura intersetorial.

2.3.1 – Ações terapêuticas da equipe multiprofissional

O modelo excludente das instituições totais produziu reflexões formas de construção do conhecimento, tanto prático quanto científico, sobre a “loucura”, produzindo fragmentações sobre o saber e sobre o cuidado à pessoa em sofrimento. Quando se propõe uma prática terapêutica psicossocial em saúde mental, torna-se necessária uma prática que integre o conhecimento, e o olhar sobre aquele que sofre. Isso porque, as demandas emergidas exprimem por vezes uma problemática existencial que pode apresentar indícios de respostas a necessidades básicas, aspirações sociais, desejos, dentre outras.

Assim, o que poderia ser identificado como do campo do “psicológico”, por exemplo, emerge articulado com o social e o biológico, em uma relação dinâmica. Esses três elementos se confundem entre si, o que na prática corresponde a dificuldade (se não impossibilidade) de se compreender e responder separadamente a eles. A partir dessa perspectiva, na prática terapêutica psicossocial em saúde mental, nenhum elemento (social, biológico, psicológico) pode ser priorizado frente a outro, uma vez que pode ser nocivo à terapêutica por não responder a necessidade complexa e dinâmica do sujeito social.

Frente a essas afirmações, os serviços substitutivos têm diante de si novas proposições para responder a demanda na prática do trabalho. Uma das possibilidades de superação seria a constituição de equipe multiprofissional, com enfoque e ação interdisciplinar.

A prática terapêutica psicossocial em saúde mental, se propondo interdisciplinar, aponta para direções múltiplas onde cada campo do conhecimento encontraria possibilidades para ampliar o conhecimento, enriquecendo os pressupostos e difundindo seu próprio olhar a outros campos que dele se enriqueceriam (SAMPAIO, 1997). A ação interdisciplinar leva a concordar com a necessidade de uma mudança de atitude por parte do profissional terapeuta que também ocorre na prática do trabalho cotidiano. Propõe, de acordo com Japiassu (1976), citado por Sampaio (1997) um novo tipo de questionamento sobre o saber, o homem e a sociedade.

Essa ação interdisciplinar supõe ainda, uma gestão em que os trabalhadores vivenciam a cooperação nas relações de poder e interlocuções entre colegas. Essa horizontalização de poder possibilita o exercício de diferentes papéis e funções relativas ao contexto interventivo. Sendo a interdisciplinaridade o exercício de um trabalho de equipe, as ações em saúde mental necessitam ser coordenadas numa coerência interna interdisciplinar entre saberes e fazeres (VIEIRA FILHO, 2004).

Sampaio (1997), entretanto, ressalta o quanto é difícil o exercício de ações interdisciplinar uma vez que o profissional teme a diluição do “eu profissional”, de sua identidade. Para a autora, isso representaria o medo de perder a identidade particular em nome do restabelecimento de uma unidade global, ou ainda o medo de perder o “poder” sobre as coisas, em um olhar que vincula poder ao saber.

Propõe assim que o primeiro obstáculo a transpor para o exercício de uma prática interdisciplinar é a de ordem “psicológica”. Ou seja, superar as estruturas

mentais, a partir de vivências interdisciplinares, para perder a rigidez imposta pelos modelos tradicionais das práticas terapêuticas em saúde mental. A interdisciplinaridade, nessa perspectiva, não se ensina nem se aprende, é vivida a partir da prática cotidiana.

Também a partir da experiência italiana em um processo de desinstitucionalização, citado anteriormente, Basaglia (2005b), já refletia sobre o efeito nocivo do processo terapêutico a partir da fragmentação das especializações, sendo essas não respondentes a necessidade das pessoas em sofrimento psíquico. Dizia e refletia na prática a necessidade de um olhar integral sobre o fenômeno do sofrimento psíquico.

Também na perspectiva da integralidade, os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico brasileiro experienciaram mecanismos que possibilitaram a transcendência do papel profissional. Dentre esses mecanismos, pode-se citar a noção de Projeto Terapêutico Individual (PTI) e de Terapeuta de Referência emanados da experiência ocorrida na cidade de Santos-SP¹⁰, e que serve de referência para os demais serviços substitutivos.

O conceito Terapeuta de Referência fundamentou-se no princípio básico de não seguir as “supostas especificidades ou saberes” dos profissionais que compunham a equipe de trabalho multiprofissional, mas sim, fundamentar-se na responsabilidade sobre o cuidado daquele que demanda. Assim, esse “novo profissional”, aquele que se “responsabiliza” pelo cuidado é chamado de Terapeuta de Referência. Ao ser reconhecido como terapeuta de referência, o mesmo deveria estar apto a responder a demanda complexa do usuário do serviço, “transcendendo” seu papel, e recorrendo a equipe de trabalho, em uma perspectiva interdisciplinar.

Essa “nova” identidade pode representar assim o início de uma ação do trabalho interdisciplinar, uma vez que todos os profissionais possuem um trabalho comum, ser Terapeuta de Referência de certo número de usuários do serviço. A esse profissional cabe outra ação que se pretende interdisciplinar que é a elaboração de um projeto “interventivo” conhecido como Projeto Terapêutico Individual (PTI).

Filizola (1999) ao analisar o que significava ser técnico de referência, para os

¹⁰ A experiência de Santos e referência para a Reforma Psiquiátrica Brasileira por ter sido a primeira com propostas baseadas no processo de desinstitucionalização. Práticas realizadas nos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) serviram e servem de modelo para os demais serviços substitutivos e para a política nacional de saúde mental.

trabalhadores de um serviço substitutivo, encontrou que significava todo um trabalho de aproximação, de criação do vínculo terapêutico, de acolhimento, de elaborar junto com o usuário um Projeto Terapêutico Individual e do trabalho com a família. Significava, ainda, aumentar o poder contratual do usuário.

No modelo do CAPS, ao terapeuta de referencia cabe a construção, em conjunto com o usuário, de seu PTI. A idéia de Projeto Terapêutico Individual advém da percepção de que cada caso é singular, e que dessa forma necessita de uma resposta terapêutica também individual. Isso significa, de acordo com Vieira-Filho (1998) que a terapêutica deve se organizar em um sistema terapêutico específico e único.

Essa orientação denota uma “decodificação global” da demanda do usuário para responder terapeuticamente também de forma global, em uma perspectiva e prática interdisciplinar, promovendo uma resposta que pretende integrar diversas áreas. As ações terapêuticas presentes em cada projeto são assim, diferentes, devendo estar coordenadas entre si para construir uma representação de totalidade. Devem formar assim, um conjunto coordenado de estratégias e recursos que funcionam de modo complexo, mas interligados entre si, em construção sistêmica (VIEIRA FILHO, 1998).

O projeto terapêutico, por ser situacional, pois responde a demanda naquele contexto, está submetido a mudanças. Vieira Filho (1998) o define como hipótese de trabalho que permite uma orientação geral do atendimento, podendo ser modificada no decorrer do processo através das observações e diálogos do cotidiano.

O Projeto Terapêutico consiste assim de uma resposta terapêutica ligada essencialmente a uma situação sócio-existencial do sujeito que sofre, na interface com as dimensões históricas e numa perspectiva obviamente interdisciplinar (VIEIRA FILHO, 1998).

2.3.2 – Ações terapêuticas em Rede Social

Visto como uma prática em movimento e no social, a prática terapêutica psicossocial em saúde mental pode promover processos comunicativos e de conexões, potencializando os recursos do sujeito nos níveis locais e na comunidade,

uma vez que o acionamento de uma rede¹¹ social pode ser demandado por aquele que vai ao serviço em busca de ajuda.

Emergindo da demanda do usuário que se encontra geralmente em sofrimento psíquico, o locus privilegiado de articulação e de propostas de ações a necessidade do usuário é assim o espaço social. Assim, a prática terapêutica psicossocial em um serviço substitutivo tem como proposta uma realidade diferente da realizada no consultório. A propositura da terapêutica nesse contexto irá para além do consultório e dos muros institucionais, trabalhando com a população local, na comunidade e com a invenção de ações a partir da realidade e das relações, sejam elas profissional-usuário e/ou institucionais (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Dessa forma, em uma perspectiva integrativa, não só a demanda do usuário pode ser atendida, mas também poderá ocorrer um fortalecimento das redes formais de atendimento. Formalizando-se, concomitante a essa demanda do usuário, uma rede institucional de apoio mútuo e interinstitucional, que fortalecera todo o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. O que se propõe com essa prática terapêutica psicossocial em rede é a valorização de redes interativas, solidárias e articuladas (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Essa prática promove assim conexões diversas com os mais diversos atores sociais de forma interconectada com o circuito interinstitucional do território, evitando a fragmentação da atenção terapêutica (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004). Visto dessa forma, a prática terapêutica psicossocial em rede, facilita ainda os atendimentos domiciliares e as intervenções clínicas na rede pessoal significativa do usuário, uma vez que ao se pensar em rede não só o usuário é sujeito da terapêutica, mas sim toda sua rede de relação, entre elas a família, os vizinhos, amigos. Assim, por acionar a rede social e pessoal do usuário, o terapeuta acaba por ser referência também das diversas pessoas significativas à problemática do usuário (VIEIRA FILHO, 1989a).

¹¹ Rede é aqui entendida como constituída pelas instituições e/ou pessoas que fazem parte do território em que o usuário transita e reside. Sejam elas: as unidades de saúde da família, a escola, os vizinhos, os centros de convivência da família, a própria família do usuário, movimentos sociais, igreja, clube de mães, amigos, dentre outros.

3. METODOLOGIA

Nesse capítulo serão apresentados os fundamentos metodológicos que nortearam a realização da pesquisa, incluindo os procedimentos detalhados para a realização deste estudo. Esses procedimentos foram indicados levando-se em consideração o objeto de estudo dessa pesquisa, que é a prática terapêutica. Assim, foi proposta, como método de pesquisa, a observação-participante. Essa orientação metodológica vem em coerência com o objeto de estudo e com a propositura em estudar a partir da experiência participante, o “vai-e-vem” dialético entre experiência e teorização.

O objetivo desta pesquisa foi a análise da prática terapêutica em um CAPS, no intuito de compreender o conjunto das relações contidas na lógica interna de práticas terapêuticas em saúde mental, o método escolhido para a pesquisa foi o qualitativo.

O método qualitativo permite o estudo das concepções, valores, crenças que são referências para os profissionais que atuam na prática, e estarão presentes na tomada de decisões e nas ações concretas (MINAYO, 2000). Ou seja, esse método permite compreender quais os sentidos e significados que os sujeitos atribuem à prática, e ainda, como ocorre, no cotidiano, a interface entre a realização das ações do programa e as narrativas sobre essas ações terapêuticas, em articulação com o processo histórico social.

Para Turato (2003) trabalhar qualitativamente implica em entender e interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá ao fenômeno estudado, através de técnicas de observação ampla e entrevista. O trabalhar qualitativamente, complementa ainda que o contato pessoal e os elementos presentes no campo investigativo são valorizados.

Minayo (2000) afirma ainda que “metodologicamente, uma exigência do método é que os pesquisadores participem do processo social.” (p. 18). Segundo esta autora, na abordagem qualitativa, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis, já que os sentidos e significados são gerados também a partir da interação social presentes no campo a ser pesquisado.

3.1 – A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Essa pesquisa realizou uma análise da prática terapêutica que tenta descobrir, integrar e superar as limitações de teorias, valorizando as ações do senso prático, orientadas por sua vez pelos processos institucionais e contextos histórico-culturais.

Em termos gerais, a análise da prática permite um acesso ao sentido e significado da prática que está presente no cotidiano. Entretanto, o sentido e significado não são facilmente identificados, e por vezes podem aparecer difuso e confuso nas ações dos profissionais. Para acessá-los, a via proposta nessa pesquisa é também a vivência no contexto do cotidiano, já que se compreende que o sentido e significado são gerados também pela interação social.

Compreendendo que o significado e sentido estão presentes na interação social, o método dessa pesquisa é o da observação participante, por ser esse o que possibilita a participação no processo de ações terapêuticas cotidianas.

Gonçalves Filho (2009) aponta a observação participante não somente como uma modalidade metodológica, mas também como a situação de um pesquisador que se deslocou para bem perto daqueles que, no caso dessa pesquisa, realizam as ações terapêuticas. Essa imersão no campo do fenômeno, para esse autor, pode ser condição para compreensão do sentido atribuído por determinado grupo à prática terapêutica, sendo esse o método adotado para estudo da prática terapêutica.

3.1.1 – A posição da observadora participante

Ao propor essa pesquisa, a problemática foi construída a partir da vivência da autora da pesquisa enquanto profissional no serviço. Entretanto, para a realização da pesquisa de campo, a posição na instituição foi modificada, de psicóloga para observadora-pesquisadora. Assim, no momento da pesquisa de campo *stricto sensu*, que foi de 6 (seis) meses, a autora se licenciou das atividades práticas como psicóloga do serviço, com o consentimento da direção da instituição, para realizar a pesquisa no cotidiano do serviço.

Como pesquisadora observadora-participante o foco de interesse para o estudo foram os sentidos e as significações que o objeto de estudo (práticas terapêuticas) “ganha”, ou melhor, as significações que um grupo de indivíduos (profissionais e usuários) atribui ao fenômeno (TURATO, 2003).

Entretanto, essa observação participante não ocorreu de “lugar nenhum”. Foi necessário à pesquisadora definir seu posicionamento ao realizar a observação da prática terapêutica. Nesta pesquisa, a posição da pesquisadora foi o de observadora clínica. Esse posicionamento foi adotado considerando os conhecimentos prévios da prática terapêutica da pesquisadora, a experiência clínica da pesquisadora no serviço, os pressupostos teóricos descritos anteriormente e os objetivos dessa pesquisa. Compreende-se, assim, que a observação clínica possibilitou a apreensão e interpretação da relação de significados do fenômeno estudo “in lócus”, sendo as notas da observação clínica do pesquisador também instrumento para análise (TURATO, 2003).

O lugar de pesquisadora observadora clínica pôde contribuir assim para uma análise da prática terapêutica da instituição estudada. Esse posicionamento possibilitou uma atitude dialógica entre a prática observada e narrada pelos sujeitos e a problemática envolvida no cuidado à pessoa em sofrimento, considerando o pressuposto da desinstitucionalização.

3.2 – O CAMPO INVESTIGATIVO

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Manaus, Estado do Amazonas. Os CAPS são serviços comunitários, territoriais e abertos do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentados pela portaria 336/GM 2002. Esse serviço é considerado pelo Ministério da Saúde como lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtorno mental.

Todos os CAPS’s possuem uma área de abrangência, sendo o seu objetivo oferecer atendimento a essa população. Os atendimentos devem ser caracterizados pelo acompanhamento clínico e por propostas de reinserção social dos usuários do serviço por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimentos dos laços familiares e sociais. Segundo manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) os CAPS’s são serviços de atendimento em saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

3.3 – SUJEITOS

Os participantes da pesquisa foram os profissionais da equipe

multiprofissional do CAPS, um usuário do serviço e um membro de sua família. Dentre os diversos servidores do CAPS, optou-se pela análise da prática dos profissionais chamados institucionalmente de Técnicos de Nível Superior (TNS). Os TNS são profissionais com formação em nível superior nas diversas áreas do conhecimento: psicologia, medicina, terapia ocupacional, serviço social, e enfermagem. Foram esses os profissionais selecionados como participantes da pesquisa por serem os que participam das mesmas ações práticas da pesquisadora do tema. Como os questionamentos surgiram da prática, e do lugar de atendimento em que a pesquisadora ocupa na instituição, optou-se por elencar como sujeitos os autores das ações em papel semelhante com o da pesquisadora. Como o objetivo da pesquisa não constituía de uma análise da prática de uma determinada classe profissional, mas sim da equipe multiprofissional, todos os profissionais de nível superior que trabalhavam à época no CAPS foram entrevistados, sendo realizadas ao todo seis entrevistas. Os profissionais serão identificados como TNS 1, TNS 2, TNS 3, e assim sucessivamente.

Os profissionais entrevistados tinham idade oscilando entre 29 e 56 anos, sendo 02 homens e 04 mulheres. A experiência de trabalho em saúde mental por parte dos profissionais, na perspectiva do modelo substitutivo, oscilavam entre 01 ano a 4 anos e 5 meses.

Na escolha do usuário participante foram utilizados os seguintes critérios: a) tempo na instituição superior a 02 anos; b) idade maior de 18 anos; c) ser usuário da instituição no momento da pesquisa; d) residir no distrito de saúde, território de abrangência da instituição. Dos usuários que se enquadram nesses critérios foi escolhido aquele com maior tempo de permanência na instituição.

3.4 – ETAPAS DA PESQUISA PARTICIPANTE

3.4.1 – Procedimentos

Trata-se de uma pesquisa que envolveu o trabalho de uma equipe de saúde mental, usuário e familiar do serviço. Desse modo, o primeiro compromisso realizado diz respeito à preservação do sigilo, para proteger identidades e informações confidenciais dos trabalhadores do serviço, do usuário e do familiar; bem como autorização para a realização da na instituição escolhida.

O segundo compromisso foi com o respeito e a manifestação de opiniões tanto dos profissionais quanto do usuário e seu familiar. O uso das transcrições, literais ou não, respeitam o critério de autorização, e só poderão ser utilizadas para fins acadêmicos.

Como forma de validar a participação voluntária, foi solicitada aos sujeitos da pesquisa, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Resolução CNS/MS196/96.

Além desses cuidados éticos, o projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, sendo aprovado através do protocolo 342/2010. Em seguida o estudo seguiu as seguintes etapas metodológicas descritas abaixo.

3.4.1.1 Etapa exploratória: construção do projeto

A etapa exploratória desta pesquisa iniciou-se a partir da demanda da pesquisadora. Essa demanda, descrita na introdução desse trabalho, foi problematizada e discutida em reunião de orientação para a elaboração do projeto desta pesquisa, resultando na delimitação do objeto de pesquisa e de seus objetivos. Com o objeto de pesquisa e objetivos delimitados, foi realizada uma revisão teórica dos pressupostos teóricos que foram utilizados para a análise da prática, bem como a definição da metodologia de investigação em consonância com esses pressupostos. Como produto das orientações e de estudos teórico-metodológicos, foi elaborado o projeto dessa pesquisa, que posteriormente foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da UFAM.

Após a aprovação da pesquisa, a inserção no campo foi realizada dentro de um processo que envolveu alguns momentos. No primeiro considerado como exploratório, a posição de pesquisadora observadora foi repassada em reunião de equipe da instituição, como também o projeto dessa pesquisa e sua metodologia.

Na etapa exploratória a reunião foi o início de um diálogo com a equipe, e o diretor do serviço, em que foram verbalizadas algumas construções subjetivas desse novo lugar. No momento da exposição à equipe argumentou:

“Que bom! Assim pode surgir um trabalho em que as pessoas vão entender melhor o que é o CAPS, o que fazemos.”, (TNS 4)

“Pela primeira vez uma pesquisa será realizada por um profissional do CAPS, e não por um pesquisador que vem, fica um tempo, pesquisa, vai embora, não repassa o que foi pesquisado. Nós só sabemos dos dados a partir da leitura dos artigos publicados. Você pelo menos tem um compromisso com a instituição. Poderemos assistir a defesa da dissertação?” (TNS 1)

“O que me preocupa é a garantia do sigilo, nas entrevistas será fácil identificar o profissional, esse sigilo será garantido na escrita?” (TNS 1)

“Posso falar realmente o que penso no momento da entrevista? Acredito que os dados vão demonstrar uma falta de interesse dos gestores para com o trabalho realizado no CAPS.” (TNS 2)

Esse momento foi importante para a exposição dos objetivos da pesquisa, e formalização da disponibilidade da equipe para contribuir na realização da pesquisa, bem como do esclarecimento das dúvidas.

Verificou-se uma boa receptividade e acordou-se novamente a questão do sigilo, que era um fator preocupante da equipe, tendo em vista que a identificação da profissão, como médico, psicólogo, assistente social, dentre outras, por si só identificaria também o sujeito. Além do motivo de não se pretender a análise específica de uma prática profissional, esse foi mais um a ser considerado na garantia do anonimato dos profissionais. Assim, os mesmos passaram a ser identificados como TNS 1, TNS 2, e assim sucessivamente

Foi esclarecido ainda que: a demanda da equipe sobre a finalidade da pesquisa, que se resumiam em uma melhor exposição do CAPS, e, a sensibilização da gestão para as necessidades do serviço não eram o objetivo da mesma. Clarificou-se que os dados obtidos pela pesquisa não poderiam ser antevistos, uma vez que a prática terapêutica seria observada e analisada a partir do que fosse observado no cotidiano.

Em um segundo momento, para resgatar o percurso sócio histórico da instituição e das práticas terapêuticas realizadas, procedeu-se estudo do material documental do CAPS, que foram importantes para a elaboração do questionário para as entrevistas.

No terceiro momento, para o estudo do caso clínico, foi selecionado o prontuário do usuário definido a partir dos critérios descritos anteriormente. Após a seleção foi realizado um contato prévio com o usuário e um membro de sua família para verificar a possibilidade dos mesmos em participarem dessa pesquisa.

Como pesquisadora e trabalhadora do serviço, no momento desse primeiro contato havia uma preocupação fundamental: o esclarecimento e a diferenciação desse papel. De imediato o usuário aceitou o convite, dizendo inclusive que já havia dado muitas entrevistas, e que estava acostumado.

Posterior a aceitação do usuário em participar da pesquisa, foi realizado contato com os familiares. O mesmo reside em uma casa, na zona rural da cidade de Manaus, com sua mãe, uma irmã mais nova e uma sobrinha, filha dessa irmã. O contato foi feito com todos os membros familiares que residem na casa, mas somente a mãe aceitou a participação. A irmã justificou a não participação dizendo que não tinha muito conhecimento sobre a história do irmão. Como o colaborador principal dessa pesquisa é o usuário, pois é dele a história, sendo as vozes dos familiares complementares, iniciou-se a entrevista com o mesmo.

3.4.1.2 Etapa do trabalho de campo

Para efeitos somente de apresentação deste trabalho, serão divididas os procedimentos realizados para a coleta de dados. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa: o material documental da instituição; o diário de notas da observação participante; e entrevistas semi-estruturadas.

O material documental utilizado para o estudo documental na instituição foi: as atas de reunião de equipe, registro escrito da passagem de plantão e das assembléias do serviço; e o prontuário do usuário do caso clínico ilustrativo.

As atas das reuniões de equipe, de passagem de plantão e das assembléias são um importante instrumento, pois as mesmas permitem acompanhar o andamento e as reflexões das reuniões da equipe multiprofissional. As mesmas contêm: a discussão dos casos que eram considerados mais graves pela equipe e que necessitou de um período para reflexão, o histórico dos temas trazidos pelo grupo em suas reuniões com sugestão de ações na instituição, e reportagens e textos referentes a questões da Reforma Psiquiátrica no Amazonas. Nesses materiais institucionais foram priorizadas as discussões de caso referentes ao usuário sujeito dessa pesquisa.

O prontuário é o documento institucional destinado para o registro dos diversos atendimentos realizados pela equipe interdisciplinar do CAPS. No modelo do registro implantado pelo CAPS, o espaço destinado para a “evolução” do caso é

comum a todos os profissionais e contém a trajetória do usuário no serviço com a descrição do seu projeto terapêutico. Destaca-se novamente que o prontuário, parte do estudo, foi referente ao caso clínico selecionado.

O diário de notas se constituiu como instrumento de escrita realizada pela pesquisadora e que conteve registros da observação prática. O mesmo foi um instrumento de anotação de observações de aspectos das ações das práticas terapêutica do cotidiano. Esse instrumento permitiu à observadora registrar as ações terapêuticas advindas dos movimentos realizados pelos profissionais do serviço com relação às interpretações da pesquisadora. Esse registro possibilitou reflexões de acontecimentos importantes relacionados às ações empreendidas. O diário de notas foi dividido em notas assim descritas: nota de observação (NO) – descrição do que era percebido no cotidiano pela observadora; notas interpretativas (NI) – início de uma interpretação do que era observado em diálogo com os pressupostos estudados.

As entrevistas foram realizadas no período da observação participante. Participaram das entrevistas os profissionais de nível superior da instituição, o usuário do caso clínico e seu familiar. No caso desta pesquisa as entrevistas realizadas foram semi-estruturadas, com perguntas abertas (Anexo D, E e F). Esse modelo possibilitou aos entrevistados a oportunidade de discorrer melhor sobre o assunto. Todas as entrevistas foram realizadas em um ambiente parecido com uma conversa informal, em que a pesquisadora ficou atenta no intuito de elucidar questões não muito claras ou recompor o contexto do tema da entrevista, quando a mesma fugiu de seu propósito.

As entrevistas foram gravadas em formato digital e posteriormente transcritas para a análise das respostas apresentadas. Para tanto, a participação na entrevista esteve condicionada a aceitação dos entrevistados em participar desta pesquisa, sendo apresentado no momento um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A, B e C). Reforça-se que o sigilo quanto aos dados de identificação dos participantes da pesquisa foi e será preservado e garantido pela pesquisadora.

Cada um desses instrumentos que foram utilizados tornou-se de importância, pois ofereceram possibilidades de se relacionar ou de dialogar com as informações obtidas em diferentes momentos e em diferentes perspectivas.

- *Notas da observação participante*

A observação participante ocorreu em um período de seis meses. As notas das observações foram escritas em “diário de nota”, registradas ao final de cada manhã ou tarde de observação no campo. Para contemplar a observação nos dois turnos de funcionamento do CAPS, a pesquisadora compareceu ao campo tanto no período da manhã quanto no período da tarde, observando as práticas nos dois turnos de trabalho.

Geralmente a permanência no serviço para a observação contabilizava cinco horas diárias, período correspondente aos dois turnos do serviço. Nesse período foi possível participar de diversas ações terapêuticas empreendidas pelo CAPS no período da observação, sendo elas: atendimento nos diversos grupos terapêuticos, atendimento individual, atendimento familiar e consulta médica; o que pode ter possibilitado a descrição e compreensão das ações práticas empreendidas.

- *Material documental*

No período da observação participante a pesquisadora também teve acesso e coletou dados dos materiais documentais da instituição descritos nos instrumentos. Para a coleta de dados do conteúdo presente no material documental, foi realizada uma leitura flutuante dos mesmos, destacando o que a pesquisadora considerava relevante para a pesquisa, sendo esses destaques registrados também no “diário de notas” em conteúdos textuais, conforme escritos no material documental. Esses conteúdos eram seguidos posteriormente de notas interpretativas.

- *As entrevistas*

Durante a observação, foram realizadas seis entrevistas com os profissionais de nível superior do CAPS, duas entrevistas com o usuário do caso clínico e uma entrevista com a mãe do usuário. Sendo que todas essas entrevistas foram gravadas em formato digital, sendo posteriormente transcritas de maneira integral.

Essas entrevistas ocorreram em momentos e contextos diferentes. Todas foram realizadas na instituição, e no período em que os trabalhadores estavam no exercício de sua atividade, o que ocasionou em alguns casos a interrupção da entrevista pela entrada de algum usuário na sala em que estava sendo realizada a

entrevista. Esse fato não se constituiu como fator dificultador do procedimento, uma vez que também refletiu o cotidiano institucional. Ressalta-se que mesmo tendo em mãos um roteiro de entrevista, a pesquisadora pretendeu não empreender um caráter diretivo no momento da entrevista, para que o entrevistado pudesse comunicar a sua prática a partir de sua compreensão. Essa postura pôde caracterizar essa entrevista como “entrevista clínica de pesquisa” (Lévy, 2001, p.90).

As entrevistas com o usuário foram realizadas nas dependências do CAPS. Os dias e os horários foram acertados previamente, em comum acordo. As entrevistas com José (pseudônimo) foram realizadas no mês de outubro, em um intervalo de quinze dias entre elas, com duração média de 40 minutos cada. Essas entrevistas, que também foram realizadas em uma perspectiva de entrevista clínica de pesquisa, puderam ajudar na rememoração das experiências passadas e atuais de um usuário do CAPS, com a descrição dos percursos terapêuticos, das modalidades de práticas terapêuticas vivenciadas pelo sujeito, bem como à busca de significação, por parte do sujeito, atribuída ao processo saúde/doença.

Quanto à preocupação da pesquisadora em relação ao seu papel, já relatadas na etapa exploratória dessa pesquisa, o que se observou nos momentos das entrevistas com o usuário foi que com uma postura esclarecedora e dialógica, em que dentre outras questões se explicou que a demanda daquela entrevista era da pesquisadora, os papéis ficaram bem determinados e entendidos por parte do sujeito.

Verificou-se inclusive a delimitação dos papéis com mudanças posturais por parte do usuário quando em situações de atendimento terapêutico anteriores e no momento da entrevista. Nos momentos de atendimento, o usuário apresentava uma postura corporal relaxada, com ombros caídos, meio que “largado” na cadeira, afinal acreditava estar por vezes em sofrimento, vinha em busca de ajuda, conselhos, esclarecimentos, iniciava a conversa, estando, por vezes, em situação de “crise”. Nos momentos da entrevista para a pesquisa, o usuário apresentou uma postura corporal mais ereta, com colocações assertivas, afirmativas, olhar firme, falava de maneira livre, entretanto em alguns momentos necessitou ser mais orientadas pelas perguntas da pesquisadora.

Durante essa entrevista com o usuário, em nenhum momento este colocou que a pesquisadora já sabia dessa ou daquela informação. Recontou, dentro de outro contexto, relatos já narrados nas situações de atendimento terapêutico. Em

algumas ocasiões, quando se referia a Terapeuta, o fazia em terceira pessoa, “(...) *a Luciana não vai tá de olho em mim para saber (...)*”, demonstrando, também pela linguagem falada, diferenciação do papel.

Quanto à entrevista com a mãe, foi realizada somente uma, sendo realizada na residência da mesma. A mãe foi entrevistada posterior ao usuário, e teve os procedimentos de entrevista similares aos demais.

3.4.1.3 Etapa da análise do material de campo

A análise do material de campo coletado foi realizada fora do contexto institucional em que foi realizada a pesquisa. Essa análise foi feita a partir das transcrições literais das falas dos entrevistados e das notas da observação clínica, complementadas com orientações, tanto individuais quanto grupais, que aconteceram na UFAM em conjunto com o orientador desse trabalho.

A análise foi conduzida por um recorte interpretativo, a partir dos pressupostos delimitados. A interpretação foi processual. Para tanto foram seguidos os seguintes passos: a) leitura flutuante do material; b) leitura detalhada em que se destacaram os aspectos relacionados à prática realizada, com as significações atribuídas pela equipe e usuário; e leitura detalhada em que se destacaram os aspectos relacionados à história de vida do usuário, o percurso terapêutico seguido, com as significações para o usuário e sua família; c) elaboração de aspectos interpretativos.

A interpretação dos resultados considerou ainda os conhecimentos da pesquisadora enquanto profissional da instituição pesquisada, a experiência em prática terapêutica nos serviços substitutivos e o estudo dos pressupostos teóricos. Os dados coletados e posteriormente interpretados permitiram a apresentação de resultados da prática terapêutica em um CAPS contemplando os seguintes aspectos: 1) o contexto histórico social de práticas do modelo asilar ao modelo territorial no Estado do Amazonas; 2) a descrição detalhada das ações terapêuticas presentes no campo investigativo; 3) a complexidade e contradições do trabalho em equipe; e, 4) estudo de um caso clínico, a partir da narrativa do usuário, contemplando seu percurso terapêutico. Nessa apresentação do percurso terapêutico do usuário, resgatou-se parte de história de vida, pretendendo garantir

ao leitor deste trabalho a sequência histórica dos fatos e eventos, para melhor compreensão do caso clínico.

.

4. RESULTADOS

4.1. DO MODELO ASILAR AO MODELO TERRITORIAL

Frente às diversas práticas de exclusão e controle que nossa sociedade vem adotando, encontra-se sobremaneira a que diz respeito ao “louco” e a “loucura”. A História da Loucura, descrita por Foucault (1961), apresenta uma narrativa coberta de complexidade que não nos cabe aprofundar, em que elucida diferentes sistemas e práticas para com o dito louco que continuamente segregaram e em última instância os excluíram dos ditos normais e da sociedade.

Uma das práticas exemplares firmadas a partir da Idade Clássica é a consolidação da loucura como doença e a submissão desse louco às práticas disciplinares formuladas para “domesticar” e controlar as diferenças expressas no comportamento da pessoa louca, a partir das grandes internações.

A internação é vislumbrada assim como um imperativo da medicina àquele que tem transtorno mental, sendo o mesmo organizado como membro de um aparelho com o intuito de instituir outra coerência: a classificação de uma população diferente, ameaçadora e desprovida de razão. A Psiquiatria, como aparelho dessa classificação, estabelecia-se como estrutura de um novo conhecimento científico sobre a doença mental, seguida pela psicologia e pela psicopatologia.

Assim, por intermédio das nosografias¹², as instituições, posteriormente denominadas manicômios, foram se organizado, instituindo uma relação particular de autoridade entre médico e doente, mediante o espírito de ordem que imperava naquela época, só possível a partir da segregação com a sociedade.

Ao serem rotulados como pacientes psiquiátricos, os movimentos de exclusão da sociedade para com o dito louco, são justificadas cientificamente pelos saberes da psiquiatria e da psicopatologia de caráter manicomial.

A partir do século XX, no contexto pós segunda guerra mundial, as práticas desenvolvidas pelos saberes especializados foram questionadas, e diversas outras formas de cuidado foram propostas, evoluído de instituições onde eram depositados os ditos “loucos”, até práticas de reintegração e atenção comunitária, sendo, nesse último caso, a relação da loucura com a sociedade problematizada.

¹² Nosografia é o nome recebido por um determinado agravo à saúde que tenha determinados sintomas, sinais, bem como alterações patológicas específicas, que pode também ser chamado diagnóstico, em qualquer lugar do mundo. Na situação terapêutica asilar tende a aparecer mais como um rótulo do que como um estudo da doença mental.

Jovchelovitch (2008) sintetiza a seqüências destas práticas a partir da Tabela 4.1.1 demonstrando “o poder de alguns saberes para manter práticas de exclusão e de sobreviver muito tempo depois que desaparecem as paredes concretas das instituições que elas próprias construíram” (p.246).

Tabela 4.1.1 – Práticas institucionais relacionadas à loucura.

Práticas institucionais	
A Grande Internação e o nascimento do manicômio	Séculos XVII e XVIII
O hospital psiquiátrico: instituições totais	Século XIX
Desinstitucionalização	De 1960 em diante
Atenção comunitária	De 1970 em diante

Fonte: Jovchelovitch, 2008

A partir da Tabela 4.1, visualiza-se um lugar para a loucura, e um sistema de conhecer o mundo, construído como desrazão, insanidade e doença, por um longo período histórico, apesar de algumas outras tentativas de entender e repensar teoria, prática e política.

Para Jovchelovitch (2008), esses aparatos de exclusão ao dito louco, validado pelo longo período histórico, formam representações vivas tanto na ciência como nos saberes cotidianos do senso comum. Essas representações conseguem exercer efeitos de exclusão e segregação mesmo que fora do hospital e por meio de formas mais sutis como o estigma.

Compreender a forma como uma sociedade estabeleceu sua relação com o dito “louco”, no percurso histórico, pode contribuir para a análise da prática terapêutica em saúde mental, uma vez que os saberes podem se constituir a partir da forma em que se institucionalizou a loucura na sociedade. Apresenta-se a seguir o percurso histórico desse processo de institucionalização/desinstitucionalização da loucura no contexto do Estado do Amazonas, em especial na cidade de Manaus, capital do estado.

O Estado do Amazonas foi fundado no ano de 1856, a partir da criação da Província do Amazonas, tendo como capital a cidade de Manaós, atual Manaus, estando localizado em uma posição chave no comércio de transporte no Vale do Alto Amazonas.

Após um longo processo de exploração de especiarias, colonização e escravidão dos índios, a cidade de Manaus viveu o Ciclo da Borracha (1850 – 1912) período em que o Estado do Amazonas se tornou um dos principais centros econômicos do país. A economia local foi dominada por empresas estrangeiras com sede na Inglaterra, que

exploravam a mão de obra local dos seringueiros. A cidade de Manaus foi urbanizada com ares de metrópole europeia, tendo sua população quintuplicada no período de 1870 e 1900.

É a partir da exploração da mão de obra local e da “colonização”, sobretudo estrangeira, que em 1870, no Amazonas, os chamados “loucos”, “indigentes” e “incapacitados” passam a ocupar as dependências da Santa Casa de Misericórdia de Manaus. Nessa conjuntura de exploração da mão de obra, esse estabelecimento exercia a função de “amparo” e “contenção”, controlada tanto pelo domínio da Igreja, quanto pelo domínio social da burguesia. Nesta acepção, o “dever de caridade e a vontade de punir” (Foucault, 1983, p. 50), evidenciava dimensões políticas, sociais, religiosas, econômicas e, principalmente, morais.

Com a afirmação da loucura como doença, na esfera da institucionalização da medicina, e no fortalecimento da ciência psiquiátrica, o Governador Eduardo Ribeiro, considerado um modernizador, e adotando o conceito de alienação¹³, reformou um prédio situado na Cachoeira Grande, criando oficialmente o Asilo dos Alienados pela Lei nº 65, de 3 de outubro de 1894. Essa instituição, como no restante da maioria do mundo ocidental, processualmente é imperativa para todos que eram considerados “loucos”, “despossuídos da Razão”, “delirantes” e “alucinados”.

As principais ações que determinavam o procedimento asilar à época, eram: 1-) isolamento do mundo exterior, de forma que o “alienado” pudesse ser reprimido; 2-) composição da ordem no asilo, na definição de um arcabouço hierárquico a ser obedecido, bem como de uma norma em relação à utilização do tempo e do espaço; 3-) relação de autoridade e soberania entre o médico, os auxiliares e o alienado por meio da vigilância.

Nesse contexto, de prática asilar, a ordem tornava-se o principal alvo na terapêutica asilar. O domínio dos espaços e do tempo era a única maneira de tornar-los “sociáveis”, habilitados para o trabalho e educáveis. A finalidade do asilo seria representar para estes considerados alienados *‘uma polícia interior’*.

Como terapêutica moral, o alienado deveria condicionar sua liberdade a leis da realidade, ou seja, à educação e aos bons costumes, abandonando suas paixões, desejos, que se encontravam lado a lado com o desatino. Para Birman

¹³ Alienação como “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 o pacto social. Alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo”. (Torre e Amarante, 2001, p,74)

O alienado é colocado num contexto pedagógico que teria dois efeitos simultâneos e intrinsecamente articulado. Dominado por um lado, ele percebe também a dominação sofrida pelos agentes de sua dominação. O alienado sente a submissão, física e simbolicamente, e percebe no outro os efeitos desta. Através deste duplo registro da hierarquia um ensinamento vai se formulando e se impondo ao louco: quem manda e quem é mandado; quem dirige e quem executa; de que lugares e funções o sistema de poder, que define o espaço social, se constitui e o asilo reproduz numa menor escala (1978, p. 387).

Ocorre que apenas quatro anos depois, no estado do Amazonas, em 1898, esse já era um prédio pequeno para internar o grande número de “alienados”, sendo arrendada uma chácara denominada Cruzeiro, onde passou a funcionar o novo Asilo.

A partir dos anos de 1920, profissionais da área, influenciados pela ideia do médico psiquiatra brasileiro Juliano Moreira, da opinião de que a pessoa com alienação mental deveria ser “medicada” com ajuda de muito trabalho, implantaram no Asilo as colônias agrícolas. O Asilo dos Alienados passou a ser denominado como Colônia de Alienados.

Enquanto no Brasil a política de características manicomial suportou grande expansão, devido ao convênio e ao financiamento pela Previdência Social de clínicas privadas, que em tempo futuro se estabeleceram na grande dificuldade da política de saúde mental no Brasil, a Colônia de Alienados tornou-se o centro de toda a política de saúde mental do estado do Amazonas, sendo adotada uma política de estadualização. Pode-se inferir que essa realidade, diferente da maioria do restante do país, impediu no Estado, o crescimento caótico de grandes asilos, principalmente privatistas.

Entretanto, essa mesma realidade, não impediu a ausência de planejamento e discernimento nas demandas de internação, originando uma cristalização do modelo manicômio-dependente, principalmente na capital do estado.

Quando se amplia a contextualização para as demais cidades do interior do Estado, observa-se que as mesmas não possuem registro histórico de nenhum asilo/manicômio psiquiátrico, entretanto, muitas delas se utilizavam do único asilo do estado para o internamento de seus pacientes. Em muitos casos a pessoa que necessitava de atendimento em saúde mental vinha amarrada nos barcos, em uma viagem que poderia chegar muitas vezes a sete dias ou mais. Ou, quando havia a presença da força militar, os mesmos poderiam, em certos casos, vir para a capital nos aviões das forças armadas.

Nos finais dos anos 70, período em que na conjuntura brasileira se discutia o

“amparo” à saúde, a ajuda psiquiátrica foi pauta no que dizia respeito aos métodos manicomiais, considerados desumanos e violadores dos direitos humanos.

O projeto de mudança do modelo assistencial em saúde do período, baseado no modelo sanitário, foi seguido pelos profissionais da área, e esboçavam um formato de participação popular no setor a partir da mobilização. Esse projeto, e principalmente a experiência de Santos, impulsionou o movimento conhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O movimento deu início ao questionamento por parte dos profissionais, tanto no que dizia respeito às condições de atendimento aos pacientes, bem como à supremacia dos hospitais psiquiátricos privados, o que marcava para o imperativo de investimento no setor público no Brasil.

No Estado do Amazonas esse mesmo movimento teve repercussão, com uma diferença. O que se questionava não era essa supremacia dos hospitais privados, mas sim a mobilização contra a corrupção administrativa presente no modelo asilar, e a denúncia de situações de violência institucional.

Com a mobilização social, em 1980 inicia-se um processo de mudança administrativa na Colônia. O mesmo passou a ser chamado Hospital Colônia Eduardo Ribeiro. O trabalho realizado pelos internos começou a ser remunerado, houve uma mobilização da opinião pública quanto da violência institucional, bem como uma humanização e democratização das práticas administrativas.

Em 1987, no Brasil, o movimento que critica as práticas manicomiais amplia-se ultrapassando as barreiras exclusivamente técnicas-científicas, tornando-se um movimento social¹⁴. É nesse momento em que no Estado do Amazonas percebe-se uma desmobilização dos profissionais para a mudança no modelo asilar, tendo em vista a desarticulação tanto do movimento sanitário local, quanto do movimento dos trabalhadores da saúde mental.

No final da década de 80 e início da década de 90, enquanto no Brasil a atenção em saúde mental inicia ações para a desinstitucionalização, como a experiência de Santos, no Amazonas, houve uma manutenção do modelo hospitalocêntrico, e uma desospitalização¹⁵ com a redução dos leitos psiquiátricos. Esse modelo resultou

¹⁴ “Ações coletivas propositivas as quais resultam, na vitória ou no fracasso, em transformações nos valores e instituições da sociedade”. (Gohn, 1995, p. 42)

¹⁵ Um conjunto de políticas de desocupação dos hospitais psiquiátricos, em que o intuito maior era o da diminuição dos gastos públicos com a saúde mental, sem a proposta de novas formas de cuidados e produção de saúde.

muitas vezes em práticas de desassistência e abandono. O espaço vazio, de não construção dos serviços substitutivos, reforçou para a sociedade ainda mais a necessidade no social de espaços totalizantes, de exclusão, devido ao número de pessoas sem assistência na área da saúde mental.

O Estado do Amazonas, a partir dos anos 90, atravessou um processo de estagnação na discussão da Reforma Psiquiátrica em que os diversos agentes: tanto profissionais, quanto institucionais e sociais, pouco se discutiu sobre os rumos da saúde mental no Estado.

Atualmente, o modelo de assistência continua tendo como referência o Centro Psiquiátrico – C.P., o mesmo hospital inaugurado no final do século XIX, acrescido de um serviço de pronto-atendimento com internação de até 72 horas ou mais, quando se fizer necessário, não podendo ultrapassar, um período de no máximo 15 dias; e um ambulatório de saúde mental. Vale ressaltar que o pronto-atendimento e o ambulatório estão localizados no C.P..

No Centro Psiquiátrico, de acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (2006), circula uma população flutuante de 80 internos para 120 leitos psiquiátricos, dos quais 42 são ocupados por usuários de longa permanência, ou seja, residentes do hospital; no pronto-atendimento, estima-se o atendimento de cerca de 160 usuários em “crise aguda” por mês; e ambulatório Rosa Blaya, são atendidos, em média, 3.000 usuários por mês. Não há uma proposta efetiva de Residência Terapêutica¹⁶ para os internos de longa permanência. Importante destacar ainda o trabalho em ambulatório de psiquiatria realizado na Policlínica da Codajás, e atualmente pela Policlínica Gilberto Mestrinho.

Apesar de algum movimento por parte dos profissionais da área iniciado nos anos 80, é nesse milênio, mais precisamente no ano de 2006, que no Amazonas se inicia o processo de Reforma Psiquiátrica, com a abertura de alguns serviços substitutivos. Sendo eles os Centros de Atenção Psicossocial Silvério Tundis, de Manaus, inaugurado em 2006, o CAPS II Adolfo Lourido, de Parintins também inaugurado no ano de 2006 e o CAPS Ligia Rodrigues Barros, de Tefé, implantado em 2007. Entre 2009 e 2010 mais CAPS foram implantados no estado: na cidade de

¹⁶ “As residências terapêuticas, ou Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), são geralmente casas localizadas no espaço urbano, constituídas para dar resposta às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtorno mental grave, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar de desde um indivíduo até um pequeno grupo de no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com o suporte profissional sensível as demandas e necessidades de cada um dos moradores.” (Ministério da Saúde, 2004, p.6)

Irlanduba, Rio Preto da Eva, Manacapuru; como também mais um CAPS II em Manaus, localizado na zona sul da cidade.

No que se refere à rede de atenção básica, o município de Manaus, segundo dados do Ministério da Saúde (2008) não realiza nenhum tipo de ação em saúde mental, seja ele sistemático, com apoio de profissionais de saúde mental, ou assistemático, sem o apoio de profissionais de saúde mental.

Nota-se que no ano de 2009, com a inauguração de uma policlínica no centro da cidade, implanta-se um terceiro atendimento ambulatorial em psiquiatria, com a contratação de mais dois psiquiatras. Esse dado administrativo demonstra um movimento político conservador contra a Reforma Psiquiátrica, que reforça o modelo ambulatorial-hospitalar, e enfraquece a estratégia de atenção psicossocial na comunidade, uma vez que os recursos humanos profissionais estão sendo disponibilizados para o atendimento em ambulatório, e centralizados em um ambulatório, não respeitando a lógica territorial.

Por diversas vezes, neste movimento da Reforma Psiquiátrica, a sociedade amazonense se questionou e se questiona sobre a mudança desse modelo hospitalar no cuidado a pessoa com transtorno mental, para o de base territorial, conforme noticiado por jornais locais. Pode ser observado inclusive por parte de alguns profissionais da área, ao afirmarem que a população amazonense ficaria sem assistência na área da saúde mental com o fechamento do Hospital Psiquiátrico.

“Aqui é o melhor lugar do mundo para eles. Tem médico 24 horas por dia, remédio, comida, clínico-geral, psiquiatra, cama, televisão, a referência entre eles. As residências exigem cuidadores, não basta ter a casa, com a cortininha e o vasilho de flor” (Transcrição da entrevista de uma profissional de saúde mental que trabalha no Hospital Psiquiátrico, em entrevista à Agência Brasil, em 29/06/2010)

“Único hospital Psiquiátrico do Amazonas esta prestes a fechar; internos não tem para onde ir” (Manchete de notícia sobre o Hospital Psiquiátrico, em entrevista à Agência Brasil, em 29/06/2010)

“Nós temos ótimos profissionais, mas devido ao altíssimo número de pacientes, o hospital está sempre lotado. Falta infra-estrutura” (Transcrição da entrevista de uma estagiária do Hospital Psiquiátrico, em entrevista ao Amazonas Notícia, em 18/05/2010)

Tais afirmações necessitam de uma maior reflexão e problematização, uma vez que pode-se inferir a desassistência como já presente. Esse fato pode ser corroborado quando se observa o número de usuários em situação de cárcere

privado, no cotidiano do serviço territorial. Só na zona norte, área de abrangência do CAPS desse trabalho, nos quatro anos de assistência, conforme materiais históricos-documentais, já foram denunciados e registrados pelo menos 10 casos de cárcere privado. Sem contar o número de usuários que nunca receberam acompanhamento psiquiátrico. Cabe aqui questionamentos: É o fechamento que produz a desassistência? Ou a desassistência ocorre pela falta de serviços substitutivos? Qual é a política de saúde mental definida e executada pelo Estado e prefeituras?

A Tabela 4.1.2 pretende sintetizar esquematicamente o histórico das práticas institucionais na atenção em saúde mental no Estado do Amazonas, em comparação com o histórico mundial descrito na Tabela 4.1 anteriormente apresentada.

Tabela 4.1.2 – Práticas institucionais relacionadas à saúde mental em um estudo comparativo com a prática no Estado do Amazonas.

Práticas institucionais	Mundo	Amazonas
A Grande Interação e o nascimento do manicômio	Séculos XVII e XVIII	Sem registro
O hospital psiquiátrico: instituições totais/Asilos	Século XIX	Inaugurado o primeiro asilo de alienados em 1894, que é referência até os dias de hoje
Desinstitucionalização	De 1960 em diante	Primeiro serviço substitutivo ao Hospital Psiquiátrico inaugurado em 2006. Sem registro de Residência Terapêutica.
Atenção comunitária	De 2006 em diante	Nenhum registro de atenção comunitária realizada em conjunto com a Atenção Básica no Estado

Observa-se que as práticas de exclusão presente no modelo asilar foram às predominantes no percurso histórico do atendimento a pessoa com transtorno mental, no Estado do Amazonas. Essa construção histórica, de aproximadamente 118 anos, pode ter consolidado uma forma de saber excludente difundido pela sociedade e por alguns profissionais e gestores da saúde, dificultando o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no Estado.

A manutenção dessa prática pode ser também observada na Tabela 4.1.3, a seguir. Mesmo tendo a Lei Estadual de nº 3.177/ 2007 disposto que o Estado e os Municípios devem promover a instalação e o funcionamento de rede de atenção por intermédio de dispositivos substitutivos (CAPS; emergências psiquiátricas em

Hospitais-Gerais; serviços especializados em Hospital Dia; centro de convivência e cooperativa e serviços residência terapêuticas) no Estado esses serviços de atendimento em saúde mental estão pouco presentes.

Tabela 4.1.3 – Serviços de atendimento em saúde mental do Estado do Amazonas

Serviço ofertado a população	Capital – Manaus	Interior
Hospital Psiquiátrico	01	00
Hospital Geral com leitos em psiquiatria	00	00
CAPS	02	05
Ambulatórios de psiquiatria	03	00
Atendimentos na Atenção Básica-ESF	00	00

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amazonas, 2010.

Observa-se que os serviços presentes no interior do Estado pretendem-se substitutivos, a partir de uma política de implantação de CAPS's. Na capital do Estado há a manutenção da prática hospitalar/ambulatorial como estratégia de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Se analisado somente a partir dos números absolutos de serviços oferecidos, essa tabela aparenta favorecer a implantação de serviços de atenção comunitária, uma vez que não há a presença de um grande número de Hospitais Psiquiátricos na cidade, nem a terceirização do mesmo.

Entretanto uma análise mais detalhada e crítica demonstra a falta de interesse e investimento do poder público local na Reforma Psiquiátrica do Estado, reforçando a representação dominante de que a prática excludente, presente no Hospital Psiquiátrico, é terapêutica à pessoa com transtorno mental.

Essa representação, por sua vez, pode reforçar a relação de exclusão e de construção de estigmas que a sociedade estabelece com a loucura, uma vez que elas sobrevivem e se mantêm para além dos muros concretos das instituições totais.

Um desafio que se propõe aos poucos serviços substitutivos, e ao movimento antimanicomial do Estado do Amazonas, é o diálogo com a sociedade e o poder público, no intuito de refletir e propor mudanças das práticas excludentes predominantes e a desassistência presente no atendimento a pessoa com transtorno mental.

4.2- O CAPS INSERIDO NO MODELO TERRITORIAL

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde – SUS. É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, sendo um dispositivo de cuidado intensivo, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

O objetivo do CAPS é oferecer um atendimento à população de sua área de abrangência, que no caso do CAPS desse trabalho, é a Zona Norte do município de Manaus. Busca realizar o acompanhamento tanto clínico como de inclusão social dos usuários, constituindo-se em um elo de acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e sociais (comunitários). Se propõe um serviço de atendimento substitutivo as internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

O funcionamento do Centro iniciou-se em maio de 2006 e foi a primeira unidade substitutiva ao Hospital Psiquiátrico do município de Manaus, criado dentro dos parâmetros da Reforma Psiquiátrica. Localizado no bairro de Santa Etelvina, é referência para Zona Norte de Manaus, estando inserido no Distrito de Saúde Norte, atendendo aos seguintes bairros: Águas Claras, Alfredo Nascimento, Amazonino Mendes, Cidade Nova (I ao V), Colônia Japonesa, Colônia Santo Antônio, Francisca Mendes, Monte das Oliveiras, Nossa Senhora de Fátima, Nova Cidade, Novo Israel, Parque das Nações, Santa Etelvina, Terra Nova (I ao III) Conjuntos e Comunidades Amadeu Botelho, Américo Medeiros, Boas Novas, Canaranas, Carlos Braga, Fazendinha, Galiléia, Gustavo Nascimento, Jesus me Deu, Monte Pascoal, Monte Sinai, Mundo Novo, Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, Riacho Doce, Vale do Sinai, Vitória Régia.

Segundo dados do IBGE (2008) a população da zona norte é de 554.723 habitantes. Esse número demonstra uma população a ser atendida muito além da preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), tendo em vista que o mesmo determina um CAPS para cada 200.000 habitantes. Seria necessário, segundo esse dado, pelo menos mais um CAPS para oferecer a cobertura territorial mínima nesse distrito de saúde.

Outro dado observado, a partir da análise documental, foi que no período de sua inauguração, a implantação desse serviço no território sofreu resistência por parte da população local, uma vez que o desejo era do funcionamento de uma Policlínica. Muitos moradores, disseram que não queriam que um “anexo” do Hospital Psiquiátrico funcionasse próximo a sua casa, não percebendo a

necessidade desse serviço no território. Ressalta-se nesse caso a representação inicial da comunidade ao comparar o CAPS com um serviço “anexo” ao Hospital Psiquiátrico, a continuidade de uma prática excludente e asilar, que iria abrigar os “loucos” da cidade.

Funcionando em um prédio com boa estrutura física, o mesmo necessitou passar por adaptações, tendo em vista a arquitetura semelhante às das Policlínicas da cidade. Apesar de ser um prédio grande, conforme observado, ele não atende completamente a necessidade do serviço, devido ao modo como foi dividido seus ambientes internos, além do que não se percebe como arquitetura acolhedora, proposta da Reforma Psiquiátrica.

Sua estruturação física é uma ampla área de circulação onde está situada a recepção; um espaço para atividades livres (dança, assembléia, convívio social dos usuários e profissionais); um ambiente onde se pode escutar músicas e assistir televisão; um refeitório; uma sala para os técnicos; duas salas para realização de grupos terapêuticos; três salas para atendimentos individuais; dois ambientes de repouso (um masculino e outro feminino), composto por quatro leitos cada; uma sala de enfermagem; uma farmácia; uma biblioteca; um salão de beleza; refeitório; e os sanitários.

O espaço reservado para a administração compõe-se de: sala da diretoria, departamento de pessoal e SAME. Ainda há a área externa, com uma quadra de futebol, um espaço lateral para realização de atividades diversas, tais como “pic nic”, caminhadas, dentre outras.

Conforme prevê a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, enquanto oficialmente o CAPS III deveria funcionar 24 horas por dia, nos sete dias da semana, respeitando assim, aos critérios de seu cadastramento junto ao Ministério da Saúde enquanto CAPS III¹⁷.

Porém, no decorrer dos anos, segundo a gestão local, tem se encontrado grandes dificuldades de efetivação, em virtude da ausência de recursos humanos, para cumprir todos os horários. Esse fato ocasionou uma resolução de nº 067/2008 da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas (CIB), onde foi estabelecido que:

“A partir de 7 de julho de 2008, o CAPS (...) suspende suas atividades

¹⁷ O CAPS III tem como proposta o funcionamento 24 por dia, todos os dias da semana, para o acolhimento dos usuários também no período noturno.

noturnas, por incapacidade técnica de atendimento no período noturno. Porém, a unidade permanece encerrando o expediente às 18h, limitando suas atividades terapêuticas ao período da manhã”.

A unidade assim, não segue os preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a atuação como CAPS III. Isso pode significar um passo contrário à expansão da rede de assistência à saúde mental no Estado, perpetuando o atendimento de internação para os casos graves no Hospital Psiquiátrico.

Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, a CIB tem a função de operacionalizar as diretrizes nacionais do SUS, conseqüentemente da Reforma Psiquiátrica Brasileira e no Amazonas. O fato da CIB restringir o horário de atendimento do CAPS, reforça a perpetuação da visão da política pública local, da estratégia hospitalar/manicomial como única possível para os casos de atendimento em crise, contrariando o que dispõe a Lei 10.216/2001.

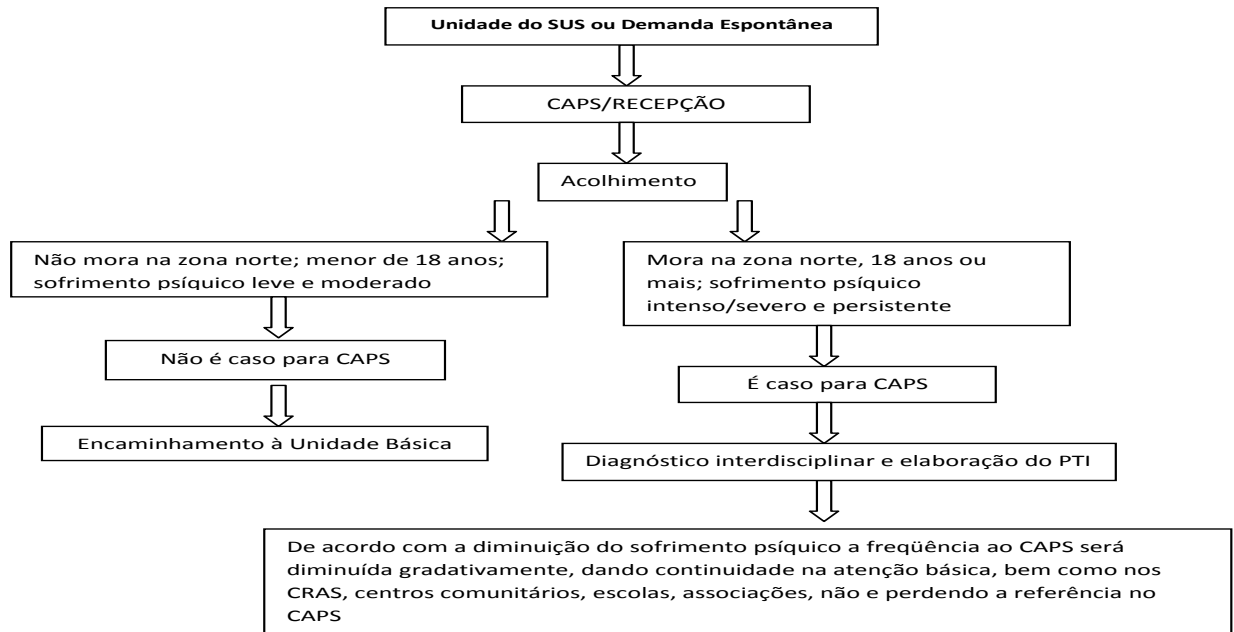
Até novembro de 2010, a equipe do CAPS era composta de forma multidisciplinar, por um médico psiquiatra, duas psicólogas, duas assistentes sociais, duas terapeutas ocupacionais, um enfermeiro, uma farmacêutica, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, artesãos, auxiliares de serviços gerais, artífices (profissionais da manutenção) e vigilantes. Ressalta-se que este quantitativo de profissionais, segundo dados e avaliação do setor administrativo da instituição, é ainda pequeno para que se possa atender de maneira adequada à necessidade do serviço.

Ao entrar no CAPS, um dos fatos que chama a atenção dos usuários que chegam para o atendimento, é a dificuldade para reconhecer de fato, quem é o médico, o assistente social, o enfermeiro, o psicólogo, ou outro usuário. Os técnicos não usam uniformes nem crachás de identificação. Segundo a equipe, justifica-se essa organização como parte da filosofia de trabalho, que busca desconstruir a hierarquia, propondo maior interação e aproximação com os usuários e membros da equipe. Pretende-se, ainda de acordo com a equipe, nessa primeira experiência da comunidade com o serviço, o início da desconstrução de rótulos previamente institucionalizados.

4.2.1. O funcionamento cotidiano no CAPS

No cotidiano do serviço, quando o usuário chega ao CAPS pela primeira vez,

é acolhido¹⁸ por um profissional de nível superior que está de plantão para esse atendimento. De acordo com os profissionais do serviço, esse espaço se propõe como acolhedor, e se pressupõe um lugar especial de escuta. Observou-se que a demanda que é ali apresentada, na maioria dos casos, tornou-se o ponto de partida, da construção de um projeto de cuidado, específico e singular. A Figura 4.2.1 demonstra o momento do atendimento no plantão.



Por diversas vezes, os usuários acolhidos e/ou seus familiares, verbalizavam essa escuta como “diferente”, “atenciosa”, “educada”, “prestativa”, “simpática”, “interessada”, “pela primeira vez alguém me escutou”, reafirmando ser esse um momento de escuta, mesmo se a continuidade do atendimento não se fizesse nesse serviço. Constatou-se que a resposta que se deu ao usuário, seja ela qual for, costumava ser bem recebida quando se baseava numa escuta atenta e numa avaliação cuidadosa da demanda que o mesmo fez.

Para cada usuário que procurou o serviço, observou-se que a equipe chegava a uma conclusão sobre a conduta a ser tomada: admiti-lo naquele serviço ou encaminhá-lo a outro mais adequado para ele; atendê-lo imediatamente, se o caso é

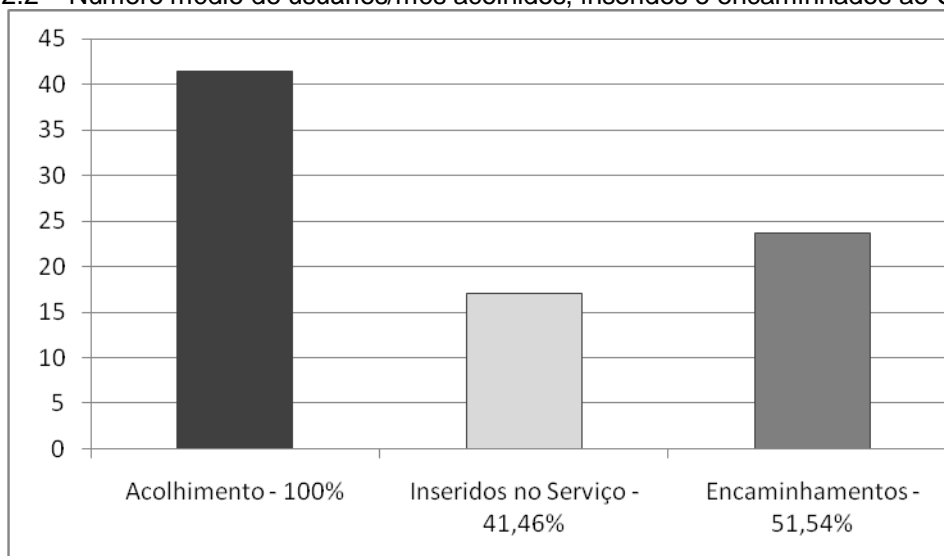
¹⁸ Segundo o Ministério da Saúde (2004) o acolhimento é a aplicação cotidiana de um princípio fundamental: seja ao pedir a informação mais corriqueira, seja ao trazer a mais fantasiosa expectativa, o usuário, quando traz o seu problema ao serviço, é um cidadão que exerce o direito de dirigir-se a um trabalhador de um serviço público.

grave, ou marcar outro horário, se pode esperar. Todo usuário que procurou o serviço foi prontamente atendido. Entretanto, esse atendimento não caracterizou uma inserção imediata no serviço, pois, o profissional realizou uma avaliação para verificar se o mesmo permaneceria a ser atendido no CAPS ou se seria encaminhado para outro que atenderia de melhor forma a sua demanda. Essa escuta inicial, assim, aparentou ter finalidades para a equipe: identificar se a demanda do usuário é para esse Centro; e assim sendo, criar um vínculo com o usuário; ou encaminhá-lo para outro serviço do território.

O que se observou foi que quando a demanda do usuário não era para o serviço, o mesmo era orientado e encaminhado para outro. Esse encaminhamento deveria ser feito na perspectiva da resolutividade, entretanto, não era assim que se constituía, uma vez que não havia um acompanhamento desse encaminhamento, nem uma articulação com os outros serviços. O CAPS não possui nenhum instrumento de avaliação para acompanhar os usuários que foram encaminhados.

A Gráfico 4.2.2, a seguir, ilustra o número médio de usuários/mês acolhidos no CAPS no período de janeiro de 2010 à outubro de 2010, onde dos 41 (quarenta e um) usuários/mês, 17 (dezessete) foram inseridos no serviço, e outros 24 (vinte e quatro) encaminhados. Observa-se 51,54% dos usuários acolhidos/mês do CAPS são encaminhados para outro serviço. Os usuários encaminhados são aqueles que não correspondem ao objetivo principal do CAPS que é o de atender pessoas com mais de 18 anos, portadoras de transtorno mental grave e persistente.

Gráfico 4.2.2 – Número médio de usuários/mês acolhidos, inseridos e encaminhados ao CAPS



Fonte: CAPS/outubro de 2010

Em alguns casos acompanhados no período, devido a não efetividade de uma

rede de serviços, o usuário retornava ao CAPS. Esse foi um dado observado na fala de um dos técnicos de nível superior no período de observação

“A rede de saúde mental não está se quer estruturada aqui em Manaus. Casos leves, moderados de saúde mental não têm quem façam esses acompanhamentos. Essas pessoas perambulam, quem quer se tratar ainda quebra a cabeça para correr atrás de receita ou buscar psicoterapia, e quem teve uma melhorazinha já larga logo porque a dificuldade é muito grande. O que se observa é que depois de anos voltam para cá. Eu estou aqui há quase três anos eu acho, então eu já vi muito isso. O problema vai cronificando, cronificando, aí surgem mais comorbidades, o caso se agrava e aí acaba ficando no CAPS” (Fala de um técnico de nível superior no momento do acolhimento)

Essa foi uma dificuldade observada por diversas vezes no momento do acolhimento. Articular uma rede de serviços para responder a demanda. Se por um lado o CAPS não articulava essa rede com os demais serviços do território, esses não conhecem esse modelo de atendimento, encaminhando casos que poderiam ser atendidos em seu próprio serviço. Como exemplo, pode-se citar casos de usuários, rotulados como “pacientes psiquiátricos” que vinham ao CAPS somente para renovar a receita de uma medicação de uso contínuo, ou até mesmo para verificar a pressão arterial.

Nesse momento de definição do que “é caso para CAPS” e o que “não é caso para CAPS”, observou-se que os profissionais que realizavam o atendimento levavam em consideração algumas questões de relevância que vão para além do diagnóstico psiquiátrico. Mesmo havendo diagnósticos determinados pelo Ministério da Saúde (2004) “neuroses e psicoses graves” como prioritários, em alguns casos observados consideraram-se também a situação e as circunstâncias.

Um exemplo foi o caso observado no período da realização desse trabalho: uma mãe, que após um forte abalo emocional ocasionado pela morte do filho, buscou ajuda nesse Centro. Mesmo não se enquadrando no diagnóstico inicial de “neurose e psicose grave”, o sofrimento psíquico, de perda de sentido para a vida, demandada por ela no momento do acolhimento, justificou a inserção da mesma no serviço, e a elaboração de Projeto Terapêutico Individual. E, da mesma forma, outro usuário, que passou por um episódio psicótico grave, mas se encontrava clinicamente estável, e mantendo laços sócio-familiares bem estabelecidos, foi encaminhado e passou a ser acompanhado pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de sua área.

Uma vez que o usuário se caracterizava como “caso para CAPS”, o

profissional que realizou o acolhimento, de preferência em diálogo com o usuário, realizava o Projeto Terapêutico Individual. Esse profissional que o acolheu na maioria das vezes é o que se denomina Terapeuta de Referência¹⁹. Em alguns casos esse Terapeuta de Referência pode ser outro terapeuta que o usuário se vinculou, e não necessariamente o que realizou o acolhimento.

Em alguns momentos, o técnico que acolheu necessitava do apoio imediato de outro profissional para identificar a demanda, e em outros tomava, ele mesmo, as primeiras decisões quanto às condutas a serem adotadas: participação em atividades de grupo no CAPS; visita domiciliar; consulta médica; encaminhamento para associação dos usuários.

Uma vez inserido no CAPS, essas condutas iniciais são sintetizadas no que denominado como Projeto Terapêutico Individual. O mesmo pode se constituir de diversas possibilidades terapêuticas oferecidas pelo centro, como também pelo acionamento de outros serviços da rede de saúde, assistência social, educação, lazer, esporte, social, dentre outras.

Dentre as diversas atividades terapêuticas do serviço, que podiam compor o Projeto Terapêutico do usuário, estavam possibilidades terapêuticas individuais e em grupo. A frequência do usuário no serviço podia acontecer com uma periodicidade que ia desde atendimentos mensais até atendimentos diários.

As atividades desenvolvidas no período da realização desse trabalho são as seguintes: atendimento individual aos usuários e familiares, geralmente realizadas pelo terapeuta de referência; grupos de psicoterapia, grupos terapêuticos diversos, de terapia ocupacional, de família, de auto cuidado (salão de beleza); grupo de bijouteria; que podem ser observadas na Figura 4.2.3 Cada um desses grupos possui, no entendimento da equipe, possibilidades terapêuticas que contribuem para resposta à demanda do usuário.

¹⁹ Denomina-se Terapeuta de Referência o profissional que supervisionará e agrupará o maior número de informações do usuário, compartilhando-o para os demais terapeutas, articulando as demandas, propondo e repropondo o Projeto Terapêutico do usuário.

Figura 4.2.3 – Quadro de Atividades do CAPS

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
TNS*	TNS*	TNS*	TNS*	TNS*
Grupo de Final de Semana	Grupo de Atividade Física	Coral	Grupo de Atividade Física	
Dinâmica de Grupo	Grupo de Terapia Ocupacional	Grupo de Expressão Artística	Grupo de Relaxamento	Assembléia
Grupo de Família	Papo Afetivo	Grupo de Cidadania	Psicomotricidade	
Grupo de Psicoterapia 1			Grupo de Bijouteria	
Salão de Beleza	Salão de Beleza	Salão de Beleza		
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
TNS*	TNS*	TNS*	TNS*	TNS*
Grupo de Psicoterapia 2		Grupo de Psicoterapia 3		

*Técnico de Nível Superior – Fonte: CAPS/ outubro 2010

Além das atividades acima demonstradas, ocorrem pontualmente atividades consideradas extramuros, fora do espaço institucional, entre elas: passeios culturais e recreativos; espaço de convivência, geralmente no Centro de Convivência da Família da Zona Norte; realização de festas comemorativas tais como: carnaval, festa junina, Dia da Luta Antimanicomial, Dia Internacional da Saúde Mental e festejos natalinos.

Todas essas atividades foram planejadas e deliberadas em assembléias²⁰ locais, as quais ocorreram quinzenalmente, e são espaços de construção coletiva entre profissionais, usuários e familiares. Foram realizadas também, ainda que em pequeno número, visitas domiciliares e reuniões de equipe, mas nenhuma visita institucional.

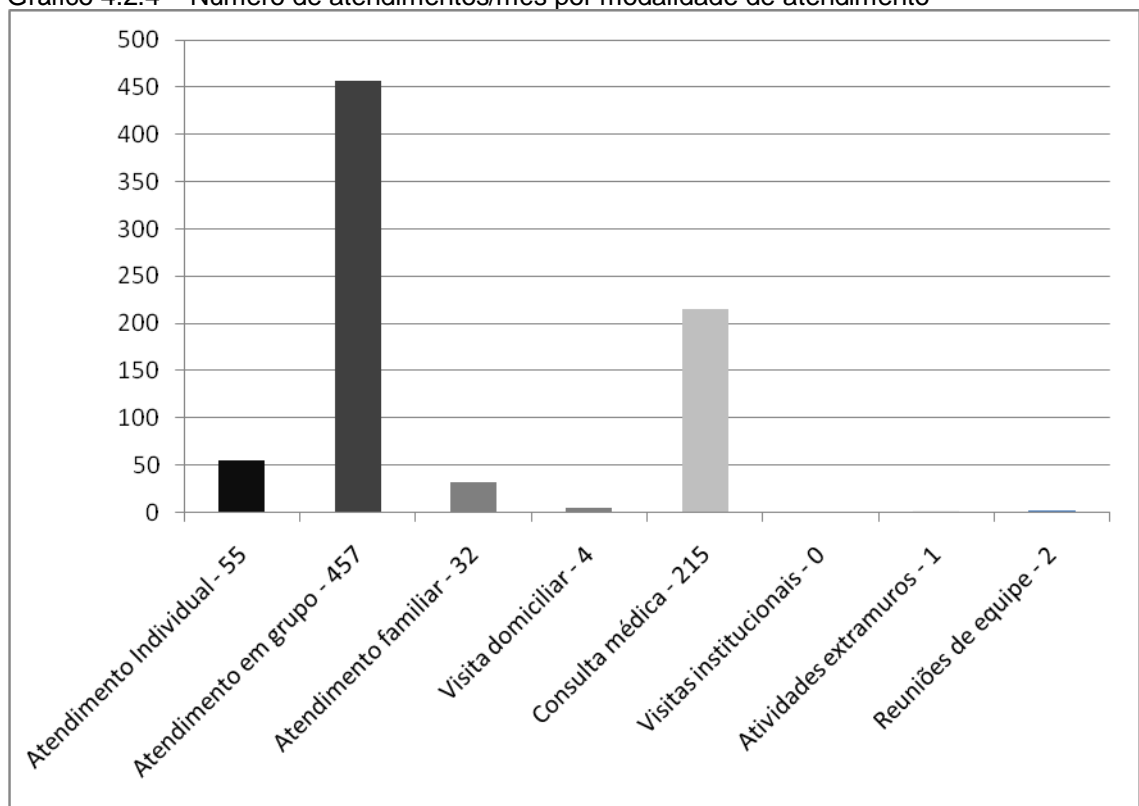
Um dia nas atividades desenvolvidas no CAPS inicia-se de manhã, com o oferecimento de um café da manhã. Este é o momento também em que a equipe busca perceber se algum usuário precisará ao longo do dia de cuidados mais intensivos. Durante o período matutino os usuários participam dos grupos, citados no Quadro 4.2.3, de acordo com o Projeto Terapêutico Individual. A partir das 12 horas é oferecido o almoço, alguns usuários retornam para casa, outros têm as

²⁰ “A assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento do CAPS com lugar também de convivência. É uma atividade que reúne técnicos, usuários, familiares, e outros convidados que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.” (Ministério da Saúde, 2004)

atividades retomadas às 14 horas, quando assim define o Projeto Terapêutico. Neste intervalo, os usuários utilizam as áreas internas e externas do CAPS em espaço de convivência. O dia é finalizado com um lanche.

Com um número médio de 228 usuários por mês que freqüentam o CAPS, nas diversas modalidades de atendimento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) o Gráfico 4.2.4 ilustra o número de atendimentos médios por mês de acordo com as modalidades: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, visita domiciliar, consulta médica, visitas institucionais, atividades extramuros, reuniões de equipe.

Gráfico 4.2.4 – Número de atendimentos/mês por modalidade de atendimento



Fonte: CAPS/outubro de 2010

O Gráfico 4.2.4 demonstra assim práticas terapêuticas que se configuram basicamente por atendimento grupal. Observa-se uma particularização na descrição das consultas médicas psiquiátricas e uma concentração nas mesmas, o que pode caracterizar um atendimento que ainda prima pela “psiquiatrização” e “medicalização” das demandas. Verificam-se ainda poucas atividades extramuros, e nenhuma visita institucional que poderia favorecer a consolidação e articulação de uma rede de atenção em saúde mental.

Observou-se que essas atividades foram oferecidas ao usuário a partir de seu Projeto Terapêutico. Entretanto, uma vez que ele vai ao CAPS, o mesmo não é obrigado a participar das mesmas. Isso porque, segundo a equipe, o objetivo do Projeto Terapêutico não é “ocupar” simplesmente o usuário, mas sim ter uma finalidade terapêutica.

Notou-se, nesse período, um modelo de serviço em que o “setting terapêutico” não é estabelecido pelas salas de atendimento do especialista, mas sim, em toda a instituição, que se estruturou, em diversos casos, como um “meio terapêutico”.

Assim, o usuário que não participa fica em ambiência²¹, no espaço de convivência do serviço, sendo acolhidos, geralmente por um profissional do serviço, de qualquer nível de formação. Nessa ambiência, se verifica o motivo da não participação no grupo. “Desinteresse”, “desestruturação psíquica”, “desejo de ser mais escutado”, “vontade de ajudar em outras atividades”, “vontade de participar em outras atividades”, “dificuldade de convivência em grupo”, “dificuldade de concentração”, foram situações descritas pela equipe como justificativa para a não participação no grupo. Quando isso é observado pela equipe, a informação é repassada para o Terapeuta de Referência para ser dialogado com o usuário no momento da reorganização do Projeto Terapêutico. Em muitos casos o Projeto Terapêutico foi refeito, em outras não.

Ressalta-se que pretendendo a instituição ser um meio terapêutico, necessita-se construir permanentemente um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, que só ocorrem quando dialogadas com a instituição, os profissionais do serviço, o usuário e a família. Esse fato foi pouco observado no período da realização desse trabalho, pois houve poucas reuniões de equipe e de discussão de caso, o único espaço coletivo que se manteve foram às assembléias locais.

Notou-se ainda que o CAPS efetivou pouca ligação com o espaço social, com o seu território. As reuniões para articulação de redes de serviços foram ausentes, bem como houve um pequeno número de visitas domiciliares. O CAPS era mais receptivo e acolhedor do que demandante de outros serviços. Não ocorreu uma troca constante entre o serviço e a cidade, este entrelace entre os espaços do

²¹ Refere-se ao conceito dado pelo Ministério da Saúde (2004) para o tratamento dado ao espaço físico do serviço, entendido também como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva

território. A comunidade se utilizava dos serviços do CAPS, mas o CAPS não se utilizava dos espaços da comunidade.

Mesmo frente aos inúmeros benefícios observados junto aqueles usuários acompanhados em um ambiente mais acolhedor como o CAPS, percebe-se, entretanto, uma prática institucional que tende a se fechar em si mesma. O acionamento de uma rede ainda é uma dificuldade enfrentada pelo serviço, o que pode dificultar o diálogo com a sociedade. A comunidade vem em busca de ajuda no CAPS, participa das atividades no CAPS, mas o CAPS ainda não ocupa os lugares na sociedade e no território em que está inserido, não surgindo como articulador de uma rede de serviços.

Essa prática institucional indica um desafio a ser superado, uma vez que se entende ser o CAPS um local de passagem em uma etapa na vida do sujeito/usuário, e não um espaço que ocupa a vida do usuário.

Da forma como o projeto institucional se apresentou, sem o acionamento da comunidade e seus equipamentos, um fim em si mesmo, pode o serviço, se tornar para muitos usuários, um meio de viver, prática essa que não se caracteriza como territorial, mas sim institucionalizante.

4.3. COMPLEXIDADE E CONTRADIÇÕES DO TRABALHO EM EQUIPE

Os serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos pressupõem uma mudança em sua prática terapêutica. O CAPS, mesmo apresentando diversas atividades como: grupos terapêuticos, atendimentos individuais, algumas visitas domiciliares, dentre outras; não garante uma mudança no modelo de atendimento (de asilar para territorial). Necessita-se sim de uma reorientação da prática profissional com linhas ao alinhamento da prática em desinstitucionalização.

A partir dessa proposta, o profissional que trabalha em um serviço substitutivo, infere uma prática que deveria possibilitar ao usuário o aumento da sua capacidade de utilizar oportunidades e recursos sociais, inserindo-se em uma sociedade que deveria reconhecê-lo como um cidadão de direito.

Esse processo terapêutico constitui-se como complexo e multidimensional, envolvendo dimensões teórico-conceituais, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural. A resposta a demanda exige assim um olhar também complexo e

multidimensional, o quê deveria acionar o trabalho de uma equipe multiprofissional que necessitaria se organizar de maneira interdisciplinar.

4.3.1. Percepção do processo de mudança na prática terapêutica

A equipe que trabalha no CAPS em sua maioria ingressou no serviço quando no momento de sua inauguração. Todos são funcionários públicos concursados, aprovados no último concurso público da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM).

Todos relatam a dificuldade em iniciar as atividades profissionais, em um CAPS, tendo em vista que nenhum deles tinha experiências anteriores em saúde mental, especialmente em um serviço substitutivo. Quando no momento da entrevista se questionou sobre como conceituam o CAPS, caracterizam o serviço como: substitutivo ao modelo asilar, novo modo de cuidado, humanização do atendimento, e mudança de ideologia. Destaca-se, nessas falas, por parte da equipe, a percepção de uma de mudança no modelo de atendimento.

“Para melhorar, na verdade, o atendimento em saúde mental, aquelas idéias bem clássicas de substituição do modelo manicomial”. (TNS 1)

“O fato é que o CAPS é um novo modo de cuidar”. (TNS 2)

“O objetivo maior é dar um atendimento de qualidade, principalmente humanizado ao Portador de Transtorno Mental” (TNS 3)

“Mudança de toda uma ideologia, cultura sobre a doença mental, ele vem com o intuito de modificar essa visão do louco, essa ideologia dominante construída dentro da saúde mental” (TNS 4)

“O CAPS se utiliza de várias estratégias terapêuticas. No começo foi difícil para a equipe e até para os usuários também, porque é totalmente diferente do que todo mundo estava acostumado. Eu acho que aí que está a maior dificuldade”. (TNS 5)

Essa mudança de um modelo diferente é destacada principalmente quando se relaciona a perspectiva do cuidado, do respeito ao usuário, e de uma possibilidade de interação como o usuário, não mais a partir de sua patologia, mas na relação com o sujeito.

É percebido ainda como um processo de mudança que ocorre na prática do trabalho, mesmo a equipe se apropriando das discussões das Políticas Públicas de Saúde Mental (Lei 10.216, Portaria 336 e Manual do Ministério da Saúde) e de

teóricos diversos como “*Basaglia, Goffman, Foucault, Saraceno, Amarante*”.

“A gente fez até um treinamento para trabalhar aqui, e tem também a portaria 336, que guia o trabalho. Mas assim na verdade a vivência do quê que é, como funciona, né, como que deve ser a estrutura física, a parte mesmo de atendimento, é no dia a dia” (TNS 2)

“O meu entendimento de CAPS hoje é um pouco diferente assim de cinco anos atrás quando eu tive o primeiro contato com a nata do movimento de Reforma Psiquiátrica eu me empolguei muito, foi muito interessante, até porque hoje o meu entendimento é resultado da minha inserção no trabalho, até porque tem coisas que antes eu não via antes. Confesso que a minha visão anterior era muito romântica. A idéia que eu fazia de possibilidade assim excepcionais de recuperação. Hoje eu sei que não, que existem muitas pessoas que necessitarão de acompanhamento o resto da vida. (TNS 1)

“Eu sei que tem um referencial teórico que sempre está lá, e que não dá para levar isso adiante sem esse referencial teórico, mas nós temos cérebro, e tem miolo para construir uma prática, de uma maneira muito positiva sem que alguém venha de fora e fique querendo nos doutrinar. Acho que a gente já tem uma capacidade muito boa”. (TNS 5)

“O referencial teórico nos ajuda a nos relacionar com os usuários, e isso foi importante, e isso eu aprendi no CAPS, e com a equipe daqui. Aliás, isso foi um aprendizado gradual, e também não basta ser, ter, só boas intenções para trabalhar no CAPS, é um trabalho diferente, com certeza, é um trabalho que muda a gente, pra respeitar o indivíduo, saber o melhor momento, e interagir com ele independente da patologia do diagnóstico que ele tem isso é interessante”. (TNS 4)

Observa-se que a prática de cuidado possibilita também uma mudança individual que extrapola o papel profissional, numa perspectiva dialógica de respeito ao outro, e de possibilidade de mudanças mútuas. A mudança se caracteriza também ideologicamente, indicando uma superação paradigmática na perspectiva da relação terapêutica.

Entretanto, uma observação detalhada de uma das falas do TNS 1, também indica um sentimento de frustração no exercício da prática terapêutica, se essa tiver como foco somente a idéia de “cura”, de recuperação. Se a prática terapêutica for pensada nessa perspectiva em que não se compreende o sujeito/usuário como uma forma de estar no mundo, pode-se criar a sensação de fracasso, e a idéia ainda de onipotência e da necessidade de um terapeuta por toda a sua existência.

Essa mudança da prática destaca-se ainda pela importância atribuída a ações de cuidado, ações relacionais, bem como a percepção de que a prática está em constante movimento, e que nem sempre está prescrita ou formalizada no cotidiano.

*“Quando se fala da prática eu acho que hoje ainda existem muitos pontos a serem melhorados, mas acho que é fundamental a prática já realizada de **cuidado, escuta, e acolhimento a pessoa com transtorno**”²².” (TNS 2)*

“Realizo algumas atividades que já são sistematizados, o acolhimento, o grupo, agora fora aquelas atividades tem aquelas que você vem naquele dia e não sabe que vai encontrar, são os atendimentos que não sabe que vão acontecer, sem hora marcada, a convivência diária com os usuários e com a equipe, que não são programadas mas acontecem todos os dias.” (TNS 3)

E por ser um processo que parece estar em movimento, a equipe reflete também sobre as mudanças necessárias no cotidiano do serviço. Essa percepção varia entre não se responsabilizar por esse processo, afirmando que a mudança deve ocorrer de fora para dentro, até percepções de mudanças na rotina do trabalho.

“Antes de mudar, tinha que funcionar corretamente, a sua capacidade estar instalada de verdade, nós teoricamente somos CAPS III, nós deveríamos ter que funcionar 24 horas por dia, com plantões noturnos, plantões finais de semana, e enfim, a gente tá muito longe disso. Acho que o CAPS tem que funcionar integralmente, para depois pensar em mudar alguma coisa.” (TNS 1)

“Hoje eu mudaria um pouco a rotina do atendimento que acontece aqui no CAPS. Mudaria um pouco de como a equipe tá trabalhando hoje, a gente precisaria novamente um espaço para estar reunindo, estar conversando, garantir isso dentro do nosso cronograma de atividade diária. Isso eu mudaria.” (TNS 3)

“Os investimentos foram poucos, agente trabalha com essa dificuldade toda, nós não temos plantão aqui, muitos casos que atendemos aqui, casos que extrapolam a nossa capacidade técnica naquele momento, necessitam voltar para internação no Hospital Psiquiátrico” (TNS 6)

Não se percebe no discurso dos profissionais do CAPS uma implicação política no processo da Reforma Psiquiátrica. Há uma percepção da falta de investimento, de que o CAPS não funciona como deveria. Não foi citado nenhuma articulação com os movimentos sociais, o que possibilita a reflexão de que há pouca mobilização ou articulação com os movimentos sociais que poderiam possibilitar uma melhoria nas condições do serviço.

Vislumbra-se a necessidade de mudança interna, com o acionamento de um espaço para reuniões entre os membros da equipe. Infere-se que possivelmente, por não haver espaços de discussão, a formação/reflexão política não tenha se

²² Grifo nosso.

fomentado. É possível que a desarticulação interna da equipe ecoe também em uma desarticulação externa da política.

Mesmo não havendo espaços instituídos de reuniões de equipe, percebe-se no discurso uma característica acentuada pelos profissionais: uma boa relação entre os membros da equipe.

“E dentro da equipe a gente tem algumas dificuldades de comunicação, mas mesmo assim a gente consegue funcionar como equipe, não como deveria, não como seria o ideal. Mas eu sinto que a equipe tem essa predisposição assim, essa visão de equipe.” (TNS 3)

“Como positivo destaco a questão das boas relações que nós temos, o respeito que todos nós temos uns com os outros, e com os pacientes também né. O que é fundamental, porque somos servidores públicos e o nosso trabalho é direcionado para essas pessoas, então a gente consegue ter um momento de interação com outros profissionais, mas essa parte de fato tá carente, nota-se uma carência.” (TNS 1)

Entretanto essa “boa relação” também pode ser atribuída ao fato de poucas reuniões de equipe. A ausência de reuniões pode proporcionar a ausência de questionamentos entre os trabalhadores, como conseqüência a ausência de conflitos, inerentes às relações e ao trabalho no CAPS. Questões podem assim ser inferidas: as reuniões não ocorrem para manter essa sensação de “boa relação” e/ou a “boa relação” é percebida por que os trabalhadores não verbalizam seus questionamentos, suas controvérsias, ou suas opiniões?

Outro fato que se destaca são as “angústias” dos trabalhadores. O medo de não conseguir manter o afeto na relação terapêutica, e a percepção de que às vezes o profissional não consegue exercer o trabalho como ideologicamente tem construído, está presente no discurso. Esse medo justifica-se pela sensação de sobrecarga de trabalho, de cansaço, de pressão relativa à produção, do não reconhecimento do trabalho por uma remuneração adequada. Esses medos não encontram espaços de discussão, se esses fossem disponibilizados poderiam possibilitar novas estruturas de trabalho, e diminuição da sensação de sofrimento no trabalho.

“Quanto ao cotidiano, eu acho que o meu cotidiano como profissional dentro da minha área, empobreceu. Os pacientes notam isso, pelo pouco tempo que eles vem agora para um atendimento comigo. Eu fico preocupado até quando eu vou conseguir, ter essa parte afetiva, ter, manter, esse tipo de relação. Isso requer todo um envolvimento, o sistema pressiona o profissional e aí a gente acaba fazendo um trabalho tão

limitado, tão curto, é perigoso. Acho perigoso porque necessitamos de tempo para avaliar corretamente as situações, isso me preocupa” (TNS 4)

“Eu confesso que ainda não realizei o meu sonho de trabalhar em um CAPS assim de maneira integral, tipo 40 horas, com uma remuneração adequada.(TNS 6)

“Então o meu papel hoje é bem menor do que eu gostaria de ter. eu gostaria de interagir mais com os pacientes, eu gostaria de estar ali, outra atividade que não a de ficar so sentado atendendo.” (TNS 1)

“Acho que tem aquilo: o que deveria fazer, aquilo que a gente tenta fazer, aquilo que a gente dá conta de fazer. A gente sabe da forma que deveria funcionar, tem esse conhecimento, mas faz muito daquilo que dá para fazer, a gente tem nossa rotina de atividade, que a gente procura seguir, tenta resolver de que melhor forma pode acolher melhor o usuário, mas sempre dentro de uma angústia muito grande, de estar fazendo o que consegue, mas de não é o que deveria, deveria fazer de outra forma, para que a coisa desse certo”. (TNS 3)

A equipe percebe assim que o modelo de atenção em saúde mental, e conseqüentemente sua prática “mudou”. Os trabalhadores apresentam uma prática de cuidado que prima pelo acolhimento e uma relação respeitosa ao sujeito que se encontra em sofrimento psíquico. Essa percepção foi composta, segundo a equipe, a partir da prática do dia-a-dia do trabalho, e que as referencias teóricas foram secundárias na formação dessa prática. A relação terapêutica possibilitou ainda alterações inclusive que extrapolaram o espaço institucional, indicando que a mesma produz ações recíprocas no pensar a “loucura”.

Entretanto, na prática terapêutica, a equipe diz de algumas superações necessárias para o cotidiano, citando em especial a ausência das reuniões de equipe. A ausência desse espaço não possibilita a reflexão da prática no/do cotidiano do serviço, o que pode provocar dificuldades na construção de estratégias de cuidado, tanto intrainstitucionais quanto extrainstitucionais.

Ressalta-se ainda que existe por parte da equipe a sensação de sobrecarga no trabalho, de cansaço, e da ausência da implantação da política pública em saúde mental conforme preconiza o Ministério da Saúde e a Lei Estadual de Saúde Mental.

4.3.2 – Dificuldades de se trabalhar com a interdisciplinaridade

Uma das diretrizes apontadas pela prática terapêutica em saúde mental é que ela se organiza em uma equipe multiprofissional de orientação interdisciplinar. No discurso dos trabalhadores do CAPS, a perspectiva de orientação interdisciplinar

está presente, há narrativas de que a prática já foi interdisciplinar, que ela é “pouco” interdisciplinar, mas que não ocorre mais.

“Há algum tempo a gente teve mais interdisciplinaridade, hoje em dia eu vejo que é tanto serviço para tanta gente aqui que cada um está no seu espaço, cara. A gente tá, são ilhas, uma ilha aqui, outra ali. A gente se esforça” (TNS 6)

“Parece que desgastou-se ao longo do tempo. Isso (a prática interdisciplinar) foi colocada em um plano inferior digamos assim, quando eu acho que é um momento brilhante para a gente procurar enfim definir as prioridades com o nosso paciente e avaliar melhor, juntar o que todo mundo está fazendo.” (TNS 1)

“E eu acho que não é muito interdisciplinar. Acho que a gente já foi mais, o pessoal da psicologia conversa mais, o serviço social... acho que hoje interdisciplinar não acontece, percebo as áreas do saber ainda fragmentadas. É difícil manter essa prática. A gente recorre a ela mais nos momentos em que o usuário requer. Acho que a gente é mais multidisciplinar”. (TNS 3)

O pouco exercício da prática profissional interdisciplinar está relacionado, para os trabalhadores, também às ausências de reunião de equipe, a sobrecarga de trabalho, a sensação da necessidade de encontrar respostas rápidas. Os TNS's acreditam que o exercício da interdisciplinaridade ocorre nas reuniões, principalmente nos momentos de maior dificuldade, quando os casos se mostram mais complexos, e recorrem aos demais colegas.

Mesmo ressaltando que a interdisciplinaridade ocorre em alguns casos, os profissionais avaliam que a mesma envolve ações que poderiam não ser consideradas específicas da sua área de formação. Há na equipe a percepção quanto a necessidade de uma prática interdisciplinar: a de completar tanto o conhecimento teórico, quanto prático, para responder a demanda do usuário. Para tanto, há a necessidade de transcendência do papel profissional em que foi formado. Essa implica, por vezes, em uma crise profissional, tendo em vista que foi verbalizada a sensação de que deixou de ser “a profissional que se formou, para ser outra profissional”.

“Na verdade aqui a gente até deixa de ser um pouco a formação que a gente tem para ser outras coisas né. Eu pelo menos nunca me imaginei fazendo grupo. Nunca imaginei que eu poderia fazer isso, então a gente deixa de ser o profissional para ser outro profissional e também vai atrás dos colegas para saber mais” (TNS 2)

Para a gente como profissional (a interdisciplinaridade) alivia alguns

momentos de angustia você divide em que não sabemos o que fazer, e nos é apresentado outras formas de fazer. É muito favorável, é uma pena que não conseguimos fazer. (TNS 5)

Esse primeiro momento de “crise identificatória” foi e ainda é vivenciada pelos profissionais em alguns momentos da prática terapêutica. Dizem ainda que mesmo o SUS se propondo integral no cuidado à saúde, a gestão ainda fragmenta os relatórios de produção do trabalho, o que contribui para ações dos especialistas e fragmentadas.

Outro ponto no trabalho interdisciplinar considerado de “sofrimento”, por parte dos profissionais, é a falta de entendimento que a sociedade, e em especial, outros colegas de profissão que não trabalham no CAPS, tem dessa prática terapêutica que se propõe interdisciplinar. Comentários do tipo: “isso é desvio de função”, “mas se todo mundo faz terapia, o que o psicólogo faz”, “porque você tem que ver o passe livre do usuário, se você não é assistente social” desestimulam e provocam naqueles trabalhadores uma desvalorização da prática profissional interdisciplinar. Mesmo frente a essas questões que os desestimulam para a continuidade de um trabalho interdisciplinar, a equipe considera que esse modelo é o ideal, e trás contribuições para o usuário.

“Acho que o trabalho interdisciplinar ajuda, quer dizer tenho certeza que ajuda. Ajuda com certeza, porque aí você deixa de ter só aquela visão médica, só a visão do medicamento, só a visão do psicólogo. Acho que você procura conhecer um pouco mais de todas as áreas para poder estar ajudando mais de perto o usuário e procurando dar a ele o melhor mesmo do que você tem como profissional.” (TNS 3)

Os trabalhadores desse CAPS realizam um trabalho multiprofissional com uma tendência para a interdisciplinaridade, pois percebem a necessidade dessa prática para o serviço. O que parece estar ausente no serviço é uma organização interna do trabalho que garanta momentos de interação, uma vez que se observa o compromisso social e uma disposição dos mesmos para a prática interdisciplinar.

4.3.3 – Dificuldades na construção conjunta do Projeto Terapêutico Individual

Pensar a saúde mental a partir das especificidades do conhecimento científico fragmentou historicamente o cuidado em saúde mental. O CAPS, tendo como diretriz a integralidade da assistência a saúde, deve proporcionar então mecanismos

que possibilitem a transcendência do papel profissional.

O trabalho realizado no NAPS, experiência em desintitucionalização em Santos-SP, e primeiro serviço substitutivo no Brasil, passou a ser referência no modelo para os demais CAPS do Brasil, e para as políticas públicas em saúde mental. Como estratégia para desenvolver uma prática que diminui a especificidade dos profissionais, sugeri uma estratégia de cuidado que deveria ser comum a todos os profissionais. Essa prática foi posteriormente denominada como Projeto Terapêutico Individual (PTI).

O PTI é entendido como um instrumento que pode proporcionar a garantia de uma prática interdisciplinar tendo em vista que constitui um trabalho comum a todos os profissionais. Sendo comum, o PTI seria assim, um trabalho de aproximação, entendido pelos profissionais como instrumento de criação de vínculos, de acolhimento, de elaboração de uma estratégia terapêutica em conjunto com o usuário.

O profissional que elabora o PTI é o Terapeuta de Referência do usuário, sendo aquele que constrói e reconstrói estratégias de atenção. Todos os profissionais de nível superior do CAPS são terapeutas de referência.

Nessa mesma perspectiva, ao elaborar esse projeto, o profissional, de acordo com concepção da autora do trabalho, deveria transcender o olhar sobre a demanda do usuário, de uma forma complexa, vislumbrando aspectos sociais, subjetivos, biológicos, ocupacionais, familiares, espirituais; ampliando a resposta à demanda. Entretanto, o que se observa é que a prática profissional dos TNS no CAPS não pensa um projeto para além das atividades oferecidas pelo CAPS.

“O PTI seria a forma com que esse usuário seria atendido na unidade de cuidado, quais seriam as atividades que iriam beneficiá-lo enquanto pessoa, dentro do seu adoecimento, dentro de suas necessidades. Porque na verdade a instituição tem aquele roteiro, tem aquela atividade, mas como o próprio nome diz individual é de acordo com a necessidade daquela pessoa. E assim a gente sempre orienta, não só a consulta médica, a consulta médica é também uma parte, mas tem também todos os outros atendimentos que são importantes nesse contexto, então seria mais ou menos um plano de cuidado com essa pessoa, voltada para ele, dentro do contexto da instituição” (TNS 2)

A proposta de inclusão social parece não ser referência na elaboração do PTI. As atividades na elaboração do PTI não são pensadas para além daquelas oferecidas no CAPS. Ao que parece, existe uma valorização do espaço da

instituição. O olhar complexo sobre a demanda se restringe a respostas no espaço institucional.

Mesmo sendo o PTI uma estratégia que pretende o exercício de uma atividade comum a todos os profissionais, observa-se que uma categoria específica, a do médico, não realiza essa atividade. Isso porque, segundo os profissionais, o médico tem uma atividade exclusiva que é a da prescrição medicamentosa e de diagnóstico. Essa fala pode indicar uma valorização dessa prática, em detrimento das outras, tendo em vista que todos os profissionais tem práticas que também são restritivas, mas nenhuma delas foi citada.

O modelo médico-psiquiatra se mantém como referencia, mesmo o serviço se propondo um olhar complexo sobre o sofrimento psíquico. Isso é observando tanto na organização para a elaboração do PTI, em que o médico não está presente, por ter uma particularidade, como na percepção da necessidade de avaliação do médico para conclusão do PTI. O diagnóstico médico ainda é o mais demandado pela equipe na elaboração do PTI, sendo inclusive, em alguns momentos, restritivo para a elaboração do PTI.

“Nem sempre o PTI é elaborado nesse primeiro momento, as vezes a gente precisa de uma avaliação, precisa de uma avaliação médica para saber um pouco mais, e é a partir daí a gente elabora esse projeto.” (TNS 5)

Além da persistência do paradigma médico-psiquiátrico na elaboração do PTI, observa-se que mesmo sendo a proposta do PTI ser feito em conjunto com o usuário, na narrativa dos profissionais não é percebida essa prática. Parece haver uma conscientização da necessidade de co-construção por parte dos profissionais, mas no momento da elaboração, o que predomina são as atividades definidas pelo profissional, parecendo ser o projeto mais diretivo.

“Entendo que o PTI seria ações e intervenções específicas para cada individuo. Como cada um é um, as intervenções as ações são diferentes, devem ser pensadas para aquela pessoa, naquele contexto de vida, planejar ações e intervenções dentro desses contextos. Eles são elaborados dentro do acolhimento, mas também ele é construído com a convivência do usuário aqui. Você (o terapeuta) percebe ainda alguns outros aspectos que não foram percebidos no acolhimento, quando você (o terapeuta) forma o vínculo percebe outros aspectos.” (TNS 3)

Ainda se mantém um “olhar” exclusivo do terapeuta sobre a necessidade do

usuário, é ele que percebe, é ele que com a formação do vínculo percebe outras aspectos, é ele que propõe. Não se observa, a partir das narrativas, a presença em diálogo do usuário na elaboração do PTI, com as discordâncias ou não quanto as suas atividades. A contratualidade terapêutica em conjunto com o usuário é por vezes não observada na elaboração do PTI.

Por não ocorrer em um espaço de contratualidade, o usuário pode não se sentir implicado no seu cuidado, e pode não ter respondida a sua demanda. O PTI assim, que deveria ser um espaço de construção de vínculo, de acolhimento, de elaboração de uma estratégia terapêutica em conjunto, aparece por vezes, como uma prescrição que o usuário deve aderir.

“Então, uma coisa que eu noto, uma grande parte, eu não tenho uma estatística para falar, mas uma grande parte dos pacientes não segue o básico do projeto terapêutico inicial, vamos dizer assim, inicial, para a gente ir conhecendo melhor, avaliar outras dificuldades, outras facetas da vida do indivíduo. Os profissionais que fazem o acolhimento se encarregam de fazer isso, mas eu não vejo adesão do usuários.” (TNS 1)

Os profissionais do CAPS entendem essa não “adesão” ao PTI como um “desinteresse” por parte dos usuários. Entretanto, infere-se que a não participação nesse momento inicial é de importância para o fortalecimento do protagonismo e do exercício da cidadania por parte das pessoas que encontram-se em sofrimento psíquico.

4.3.4 – Dificuldades na construção de um trabalho em rede

Na prática terapêutica desse CAPS, o que se observa é um serviço e uma resposta a demanda organizada “dentro de si mesmo”. Não se percebe um movimento de dentro para fora, de acionamento de outras estratégias de cuidado.

Essa ausência da prática em rede é também observada pelos profissionais. Os mesmos entendem essa dificuldade como a ausência de serviços; a falta de formação e de afinidades dos demais profissionais da rede para o atendimento à pessoas em sofrimento psíquico; dificuldade de se estabelecer uma comunicação extrainstitucional; e a sobrecarga do trabalho.

“A questão é cadê a rede? A gente se utiliza de algumas coisas que a gente tem, por exemplo o Centro de Convivência. Tem alguns usuários

que são acompanhados por lá. Faz uma indicação, mas ir até o centro de convivência, saber o que tem mesmo, a gente não consegue ainda”. (TNS 2)

“Uma rede fragilizada, não tem rede, são encaminhamentos, você não tem contato com a instituição para saber como está, não existe a contra-referência, então são encaminhamentos. Ele vai, muitas vezes a instituição manda de volta, não é articulad. Fica no encaminhamento, não tem referência e contra referência”. (TNS 3)

“Eu não sei quantos profissionais que trabalham na Atenção Básica tem afinidade com as coisas chamadas mentais. Eu não sei quantas equipes de saúde tem coragem, tem humildade, respeito, para fazer uma abordagem junto ao doente mental. Ir à equipe de saúde deveria ser o papel do CAPS, ordenar a rede, tal,, mas também eu não critico muito os colegas. Imagina, digamos assim, o psicólogo tem um grupo lá, digamos de 15 pessoas para atender, para desenvolver um trabalho que já tá planejando a um tempão, tem coisas que não entram na nossa agenda, na nossa rotina, não temos uma programação para irmos naquele centro de saúde”. (TNS 5)

É atribuída ainda a dinâmica institucional à dificuldade para o acionamento da rede. A falta de reuniões internas, descritas anteriormente, podem indicar uma dificuldade de organização das atividades do CAPS, com a inclusão de práticas extra CAPS.

Entretanto, a necessidade do trabalho em rede não é percebida por todos os profissionais. Há ainda o entendimento, por parte de alguns, de que não é papel do CAPS acionar essa rede, tendo em vista que o CAPS propõe ser um facilitador da “*autonomia*” do usuário, e esse, deveria por si só encontrar seus caminhos na sociedade.

“Às vezes eu me questiono se seria papel da gente, a gente diz tanto, tem que ser cidadão, ter sua vida própria, tem algumas coisas que é o próprio usuário que tem que buscar, não é necessário que a gente faça a ponte” (TNS 6)

A não compreensão de que nenhum dispositivo totaliza o cuidado, e funciona fechado em si mesmo ou existe sozinho, também pode ser um indicativo para que as atividades de acionamento da rede não estejam sendo realizadas.

A ausência de práticas em rede de cuidado pode proporcionar aos trabalhadores a sensação de que toda a demanda deve ser respondida pelo serviço, aumentando a sensação de sobrecarga do trabalho, uma vez que as dificuldades não são compartilhadas.

Se pensarmos que o projeto terapêutico não é realizado em contratualidade com o sujeito, o mesmo não demanda a “ocupação” de outros espaços, pois são também os usuários que trazem, constroem, inventam e desfazem os caminhos da rede. Cabe aos profissionais a necessidade de se deslocarem, de dialogarem e de se conectarem com outros espaços sociais para facilitar o encontro do sujeito que veio em busca de ajuda e os serviços que compõem a rede, para uma prática em desinstitucionalização.

4.4. O PERCURSO TERAPÊUTICO DO USUÁRIO DO CAPS

Será apresentado o percurso terapêutico trilhado pelo usuário, a partir de sua história de vida, reconstruída por entrevistas realizadas com o mesmo e sua mãe, bem como por dados registrados nos materiais documentais do serviço.

A apresentação desse percurso terapêutico almeja interpretar os processos pelo qual o indivíduo escolheu, avaliou e significou a determinadas formas de tratamento. Busca-se assim reconhecer quais as possibilidades, disponibilidades, utilização, tanto do processo saúde/doença, quanto das práticas terapêuticas vivenciadas pelo usuário nos serviços de saúde mental.

A estratégia de apresentação do percurso terapêutico permite a compreensão da complexidade simbólica das diferentes práticas de cuidado em saúde mental, tanto por parte da sociedade, dos diversos serviços, do usuário e seu familiar. As narrativas facilitadas pelo diálogo, a observação e a comunicação, deram condições para essa tentativa de compreensão simbólica dessas práticas, a partir do percurso terapêutico.

A apreciação do percurso terapêutico do usuário contribui assim para uma análise da prática terapêutica em saúde mental através do olhar do usuário e seu familiar. Esse percurso possibilitou compreender a forma que o usuário se expressou os caminhos trilhados em relação à terapêutica tomada a partir da construção cultural. Essa compreensão partiu da interpretação dos significados culturais, do significado dos serviços, e das expectativas associadas à experiência subjetiva da doença por parte do usuário. Os participantes são identificados aqui por personagens: José (usuário) e Maria (mãe).

A história de vida de José será escrita, a partir dos relatos dos sujeitos

envolvidos no estudo e de dados do material institucional. Esses relatos e dados são apresentados tanto por trechos das narrativas, quanto de escritos documentais que puderam ser incorporados à história.

4.4.1 – O percurso terapêutico antes do CAPS

José é filho de Maria, índia de um grupo étnico do interior da Amazonia, com João, “homem branco” que servia ao exército. Maria não gosta muito de contar o início dessa história. Diz somente que conheceu João numa cidade do interior e fugiu com ele para outra cidade da região Norte.

“Faz tempo, nem me lembro direito. Conheci o pai dele em (...), ele era do exército sabe... uma noite ele e eu fugimos... foi para cidade X... passei muito tempo sem falar com a família... minha família tem líderes indígenas... meu pai não gostou de fugir com branco... hoje nem sei dele me abandonou... também bebia demais” (Maria)

A mãe disse que José sempre foi uma “criança normal”, que seu comportamento era igual ao de qualquer outra criança. Aos 7 anos, quando o pai separou-se da mãe e foi morar em outra casa. José começou a trabalhar vendendo picolé, com isso saiu da escola. A mãe diz que o primeiro comportamento “diferente” ocorreu quando ele percebeu que tinha parado de estudar, com 12 anos de idade.

“José quando se deu conta de que deveria estar na escola chorou muito... acho que chorou uns dois dias seguidos... quis frequentar a escola de artes que eu ia, mas não pode... tinha que ter pelo menos a oitava série... a dona da escola disse que se ele faxinasse a escola iria pagar a escola objetivo para ele... e isso não aconteceu... um dia chegou em casa e bateu a cabeça na mesa... a mesa até quebrou” (Maria)

José não traz muitas recordações de sua infância, diz que foi muito mau tratado quando criança, que apanhava muito, que foi expulso de casa várias vezes, que seu pai o abandonou. Quando relata a história da sua vida se restringe ao período que iniciou tratamento em saúde mental.

“A história da minha vida é... eu era uma pessoa normal até os 16 anos. Eu sou normal, mas ao lado de tomar remédio, e... e às vezes viajar no tempo né... não tenho lembrança boa na vida... de levar a vida com uma pessoa normal, como qualquer um... eu voltei a ser normal de novo aos 23 anos.” (José).

O início dos relatos do adoecimento do José ocorreram em uma cidade do interior da Amazônia, cidade que se mudou quando completou 16 anos. As explicações quanto ao motivo para a mudança de cidade são diferentes. Maria acredita que José quis ir para o interior para conhecer e ser iniciado na etnia indígena da mãe. José justifica sua mudança para o interior dizendo estar chateado com sua mãe por ela querer casar com outro homem.

“O fato é que José fez uso de paricá²³ com um índio esposo da minha irmã (...) esse é um tipo de pó extraído de uma árvore, feito em uma preparação só conhecida pelos pajés e só os pajés ou os futuros pajés podem fazer uso do paricá (...) esse índio disse que ele era de uma família de pajés que devia fazer a iniciação... só que José é descendente de índio o pai dele é branco... falei para ele... ele saiu sem dinheiro, achando que seria ajudado pela família” (Maria)

“Aos 16 anos (...) minha mãe foi inventar de namorar, fiquei chateado porque não aceitava o fato de ter outro pai, cachaceiro que queria mandar em mim, é ruim... tinha uma prima que morava (cita uma cidade do interior), resolvi me mudar para lá, morar com a família” (José)

Os motivos para o desejo para José de mudar-se para o interior são percebidos de maneiras distintas. Enquanto para José as questões estavam relacionadas com as relações familiares, em especial na relação com a mãe e a chegada de um terceiro, para Maria, tinham explicações relativas a seus conhecimentos culturais e a sua vivência. O uso do paricá, por um “descendente” de índio, “não índio”, parecia ser o motivo da mudança de cidade, e também entendido posteriormente, como a explicação para o comportamento entendido como diferente de José.

A partir de sua mudança para o interior a história de José é narrada somente por ele. Sua mãe Maria tem pouca ou nenhuma informação sobre esse período. José, nessa mudança, se percebe frente a duas culturas, que utiliza, em sua história, de forma comparativa e dicotômica: a cultura do índio e o branco, uma “moderna” e outra “primitiva”.

²³ Arvore nativa da Colômbia, Peru, sul da Venezuela e noroeste da Amazônia brasileira. A resina avermelhada que escorre da casca, quando sua casca é arrancada, contém, entre seus princípios ativos, alta concentrações de triptaminas, principalmente a DMT, além de miristicina, óleo também encontrado na noz moscada. Depois de extraída, coada e fervida, durante horas, a resina é transformada numa pasta que é colocada para secar, sendo em seguida pulverizada até se obter uma espécie de rapé, ao qual são misturadas cinzas vegetais.

“Quando eu cheguei lá, eu pensava que eles viviam uma vida normal que nem um branco, mas lá eles vivem da cultura ainda, da pesca, da caça,... tem muita competição... eu ia caçar com meu avó, porque meu avó já estava cansado... daí eu ia e trazia muito peixe... acho que minha família ficava meio chateados comigo porque eu sempre trazia mais peixes do que os outros, que meus primos, meus sobrinhos ... daí eles ficavam chateados comigo.” (José)

“Eu não me sentia diferente, mas há uma diferença... Eu vivi sempre na cidade, e para mim sempre foi tudo fácil, pela técnica da cidade do branco em que tudo é moderno, é modernizado,... um arpão que eles (os índios) usam lá não é feito que nem um anzol que a gente compra aqui no mercado já prontinho, lá não, lá tem que fazer né,... como uma armadilha de indígena. Aqui (na cidade) você já compra tudo pronto, lá não, ...eles fazem, ...da cultura, ...eles fazem é normal assim. E para eles são normal, ... para mim já é meio difícil fazer aquilo eu pensava que eu que ia ser a caça.” (José)

É a partir do processo de pensar “que ia ser a caça” que José relata ter se sentido perseguido pela primeira vez. Diz que saiu do “balaio” do avô por não “querer desrespeito, rixa com a família, e briga”. Com isso ficou andando pelas ruas da cidade do interior, não sabe por quanto tempo. Diz que conheceu Policiais Federais, açougueiro, marceneiro, padeiro, traficante. Nesse período foi encaminhado ao Conselho Tutelar da cidade.

“Fui ao conselho tutelar, falava que era açougueiro, padeiro, falava que era macineiro,... o conselho tutelar começou me chamar de doido, ele mesmo começou a dizer que eu era doido, que eu tava delirando... quiseram ver se encontravam o meu pai depois de tanto tempo que ele estava fora,... como eu não tinha para onde ir me colocaram na delegacia da policia civil, não sei se era o alojamento ou a delegacia, só sei que me sentia como numa penitenciaria... daí fui para o Hospital do Exército” (José)

Aos 16 anos de idade José começa a ser nominado por outros como “doido”, é quando sua vida, para ele, deixa de ser normal, de ser “como de qualquer um”. A rede social de cuidado encontrava-se fragilizada, ele estava morando na rua, sua família parecia haver abandonado. A presença do estigma, em conjunto com a ruptura do laço social, marca sua história e seu percurso terapêutico.

O sentimento e o medo do abandono parecem ser para José desencadeantes de grande sofrimento psíquico, isso é observado tanto na inicio da sua história, quanto no decorrer do seu acompanhamento terapêutico no CAPS.

Em seu primeiro quadro de sofrimento e fragilidade psíquica intensa, percebida e nominada de forma deturpada pelo Conselho Tutelar, o serviço que o

recebe é a delegacia da polícia civil e posteriormente o Hospital do Exército. Essa vivência é refletida em outros momentos de crise, quando em quadros caracterizados como “psicóticos” dizia ser da Polícia, do Exército, da Marinha, Aeronáutica, ou que era o “Capitão Nascimento”. Em diversas situações, batia continência para todos os que passavam por ele, e sentia-se perseguido, ou protegendo sua casa de invasores.

Quando em atendimento no Hospital do Exército José imaginava estar preso em um quartel. Ao fazer uso de medicações acreditava que as mesmas tinham a função de deixá-lo mais delirante, e dopado. As figuras de cuidadores, ou de profissionais de saúde, encontravam-se ausente. Em um desses episódios em que se sentiu dopado, dormiu no Hospital do Exército no interior, e acordou no Hospital Psiquiátrico, em Manaus.

“Chegando no Hospital do Exército eu tive que tomar o remédio, aí eu comecei a delirar mais ainda, comecei a ter crise de delírio ... aí o pessoal me apagaram,... não sei como não, mas aí me apagaram, e fui acordado no Hospital Psiquiátrico de Manaus, me trouxe no avião da FAB” (José)

É nessa volta de José para Manaus que Maria fica sabendo do filho. Diz que recebeu uma ligação da promotora de justiça da cidade do interior dizendo que ele viria para Manaus, em “surto” e sedado, após ter sido preso.

Observou-se que a relação entre situação de “crise”, acionamento da polícia, e a passagem de pelo menos uma noite na cadeia é incorporada outras vezes pela família, principalmente pelas irmãs, quando não conseguiam lidar com essas situações. Parece que a resposta dada pela poder público local, para a situação de José, referendou a utilização da estratégia de acionamento da polícia como resposta a situação de sofrimento.

Outra resposta aos momentos de crise foi o Hospital Psiquiátrico. Há relatos de diversas internações, em dois anos de acompanhamento antes de chegar ao CAPS, José apresenta pelo menos quatro internações ao ano. Chegou a ficar pelo menos cinco meses em internação, indo para “baixo”. Baixo é como ele denomina os pavilhões de internação de longa permanência, onde ficam os pacientes “asilados”. Essas experiências trazem lembranças para José.

“Sou religioso né, daí eu lembrava do céu e do inferno (...) No Hospital Psiquiátrico eu sentia assim... que já tava no inferno já... já tava sendo

condenado já... era o pior da face da Terra... Aí eu ficava em crise assim... porque todo mundo tem esses delírios, eu sei que todo mundo tem esses delírios, e ninguém quer contar... Quando as pessoas começarem a se compartilhar uma à outra, vai ver que não é só a minha história que tem haver com isso, mas com a dela também... Achava que tava no inferno, achava que tinha sido condenado por Jesus e que estava no inferno” (José)

“Lá no Hospital Psiquiátrico o pessoal sempre teve problema comigo,... eles sempre confiaram comigo que ia ser uma pessoa normal de novo, mas só que nunca me falavam, mas sempre deu para sentir que eu podia voltar para a sociedade, voltar a estudar, casar, ter filho... mas só que lá eles não tratavam a gente bem, amarravam a gente, dava injeção, e eu era muito bravo. Lá você só podia escolher entre tomar remédio ou injeção ou era amarrado, ou amarrado e tomava injeção, do mesmo jeito” (José)

A exclusão como forma de tratamento a pessoa em sofrimento constrói marcas. José já não se sentia incluso nessa sociedade, uma vez que dizia que *“podia voltar à sociedade”*. Há vivência do isolamento, com toda a simbologia que ela provoca, efetivaram um rompimento com o laço social, uma fragilização dos vínculos, uma restrição de circulação, um não reconhecimento de um ser cidadão. Essa estratégia terapêutica reforçava para José a idéia de que existiam duas formas de estar no mundo: como pessoa normal, capaz; e como pessoa anormal, incapaz.

Maria também descreve esse momento de internação psiquiátrica. Dizia que não gostava de ver o filho naquela situação, mas também não sabia o que fazer. Ficava triste, ia visitá-lo todo dia, deixava roupas para ele, mas quando voltava ele estava sujo novamente.

“Era triste ir visitar o José... ninguém cria um filho para vê-lo naquela situação... levava roupa nova, limpa, e só o via sujo. Sempre o quis vir arrumado, trabalhando. Ele era muito brabo lá em casa, queria mandar em tudo... eu nunca deixei ele, se fosse outra tinha abandonado... muitas pessoas me disseram que ele não tinha jeito, que era para deixar para lá... mas eu nunca desisti” (Maria)

Cuidar do filho, sozinha, era algo difícil para Maria. Entretanto, mesmo não querendo, não achando que era o melhor lugar, algumas vezes recorreu a estratégia de internação para os momentos de “crise” de José. Ela dizia que ele ficava muito *“agressivo”*, que ninguém *“podia com ele”*. A “crise” era motivo da internação. O quê para Maria era um momento de explosão física, para José era *“ficar sozinho, isolado”*.

“Crise para mim é a pessoa sair em surto, a pessoa sair do sério, a pessoa não saber mais o que fazer, a pessoa não... ter mais sentido mais,

assim, não ter mais,... tá em crise totalmente... não sabe o que é mais namorar, não sabe mais o que é brincar, não sabe mais o que ter diversão, num ter mais um sentimento disso, de alegria. Não tem mais um sentimento de... sempre está na escuridão, tá no... minha crise foi essa, eu sempre estava na escuridão, sozinho, isolado. Depois que eu fui preso numa cadeia eu sempre daquilo, da crise, crise para mim foi essa, ficar sozinho, isolado, em uma prisão.”(José)

Quando em situação de crise era “transferido”, “empurrado”, “levado” para o Hospital Psiquiátrico, muitas vezes no carro da polícia. Ao primeiro sinal de melhora era “devolvido”, de ambulância do Hospital, para casa. A sensação de objetivação dessa prática era percebida por José.

“Eu não sou um objeto em que você coloca em um lugar, leva para outro, põe em outro... todo mundo sabia da minha vida, todo mundo queria se meter com a minha vida... depois diziam que eu era brabo... eu que cuido da minha mãe, mas ninguém me respeitava... ninguém queria saber se eu queria ou não tomar remédio” (José)

4.4.2 – O percurso terapêutico durante o cuidado no CAPS

Depois de uma média de 12 internações no Hospital Psiquiátrico, José chega ao CAPS em uma ambulância, após um período de internação de 28 dias. Faziam cerca de 42 dias da inauguração do CAPS. A equipe que o trouxe não possuía informações sobre a sua família, seu endereço, simplesmente deixaram José no CAPS. Nesse momento antigo trabalhadores do Hospital Psiquiátrico, técnicos de enfermagem, ficaram surpresos ao vê-lo, pois o conheciam de lá, e diziam ser ele bastante “agressivo”.

José se lembra que ao chegar ao CAPS conseguiu dizer onde morava, e de que o CAPS tê-lo levado em casa. Uma TNS, que trabalhava no CAPS nessa época, também o conhecia do HP, e se prontificou a levá-lo em casa. Seu ingresso no CAPS foi marcada por uma representação que vincula o paciente de saúde mental ao comportamento violento. Foi registrado em prontuário:

“Paciente com 18 anos de idade, feito contato em conjunto com sua genitora. Fez tratamento no CP desde os 16 anos de idade, passou por várias internações. O quadro caracteriza-se por: agressividade, exaltação, discurso delirante e persecutório, desorientado no tempo, megalomaniaco. Frequentou escola até a 5ª série, tem vida ociosa e é pouco cooperativo em casa. Tem histórico de agressão a populares. Tem seis irmãs e seus pais são separados.” (Dados do prontuário de José).

O primeiro encontro CAPS-usuário, foi marcado por um olhar de antigos profissionais que o haviam atendido no Hospital Psiquiátrico, existia por parte de José a sensação que não o queriam lá, entretanto, ele diz que lhe deram a oportunidade de conhecê-lo melhor.

Quando no momento desse acolhido no CAPS, definiu-se que seu regime de atendimento seria intensivo, ou seja, José deveria ir ao CAPS todos os dias, permanecendo no período matutino e vespertino, e voltando para casa à noite. Começou a participar de atividades terapêuticas, tanto grupais, quando individuais, e de atendimento médico regularmente.

No registro de seu atendimento, demorou alguns dias para a desconstrução de um estigma que José trazia: o de ser agressivo. Um ambiente acolhedor possibilitou ao mesmo a expressão daquilo que o fazia sofrer.

“Usuário participou da oficina auto-expressiva com o tema dirigido desenho sobre a infância. Desenhou uma igreja verbalizando situações da infância dentro da igreja. A agressividade e a violência não estão presentes no seu discurso. Fala do abandono por parte do pai” (Dados do prontuário de José)

A mudança no modelo de atendimento também é observado por José. Na sua narrativa reproduz a relação respeitosa, o diálogo, a percepção da necessidade do uso da medicação e do cuidado como práticas terapêuticas diferentes entre o modelo hospital e o modelo CAPS.

“Mudou por causa que eu pensava que precisava ficar amarrado. Às vezes eu tinha crises de delírio que a pessoa tava me furando, tava me matando, tava me torturando, tava fazendo coisa errada, mas eu começava a pensar que na hora que aquilo não acontecia, mas aí no HP vem uma pessoa gritando com você, aí você pensa que é real, que estão te perseguindo mesmo... tá com sono e vem uma pessoa gritando com você, você pensa que está naquela vida, dormiu aquilo, acordou aquilo, aí tem sempre aquela pessoa gritando com você... No CAPS você pensa isso, mas aí vem uma pessoa e diz que está tudo bem... te chamam para conversar, e servem também comida... vê a comida ali na mesa, é diferente ... e tem o remédio né, aqui o remédio faz bem para o tratamento... é um tratamento equilibrado, tem conversa, remédio, grupo, atenção.” (José)

Por seis meses José não apresentou nenhuma “crise”. Frequentava o CAPS seguindo o Projeto Terapêutico, indo todos os dias, e permanecendo durante o dia, e indo para casa à noite. Nesse período não houve contato com sua família. E foi a partir da relação com a família que surgiu a primeira demanda do usuário quando

em situação de “crise”.

“No atendimento individual usuário refere que no domingo discutiu com sua genitora. Diz que a mesma chegou a puxar uma faca. Refere ainda que para não partir para agressão física saiu de sua casa. Refere que num primeiro momento pensou em ir a delegacia, ou ficar dormindo na rua, mas que posteriormente veio ao CAPS. Após ouvir o usuário foi sugerido ao mesmo uma intervenção familiar por parte da equipe do CAPS, fato esse que foi negado pelo usuário, pois segundo o mesmo essa intervenção iria piorar a situação. Usuário solicitou dormir no CAPS” (Dados do prontuário)

Por estar funcionando naquele período como um CAPS do tipo III a instituição o acolheu, e no outro dia, após José ter aceitado, foi realizada a visita domiciliar. A situação de “crise” provocou na equipe uma necessidade de contato com Maria. Na história contada por Maria, ela relembra esse encontro com o serviço.

“Me lembro com se fosse hoje, pela primeira vez alguém se preocupou com o meu filho... Engraçado, conversava com a vizinha e um pássaro entrou pela janela, ela disse que eu ia receber uma visita importante, e logo depois a TNS chegou aqui em casa, dizendo que viria para tentar nos ajudar, falou que estavam cuidando do José foi muito amável” (Maria)

O encontro possibilitou ainda a equipe perceber a situação de extrema vulnerabilidade sócio-econômica. Foi a primeira vez que a mãe de José recebeu informações sobre o BPC²⁴, como também foi quando Maria revelou ser ele descendente de índio por parte dela. O contato com o CAPS possibilitou a Maria um espaço para dizer também de seu sofrimento, e de suas dúvidas.

“A (instituição indígena) não consegue me ajudar, nem ajudar ao José, diz que ele não é índio. Ele tem certidão de índio, mas dizem que não podem fazer nada porque ele é descendente, e aí a gente fica nessa situação”. (Maria)

“O marido da minha filha, que tava (em uma cidade do interior) disse que tentaram um ritual indígena que não foi completado... você não entende disso... só os índios entendem... já levei ele num pajé poderoso do Alto Rio Negro que estava aqui no coroado, mas ele também não completou o ritual..tinha que comer comidas só preparada por mim... acho que ele não seguiu.” (Maria)

²⁴ O BPC é Benefício de Prestação Continuada, auxílio assistencial oferecido à pessoa incapacitada momentaneamente para o trabalho, e que nunca trabalhou de carteira assinada. Esse benefício é reavaliado a cada cinco anos. Um dos critérios para ser contemplado com o benefício é que a família tenha renda per capita abaixo de um terço do salário mínimo.

Maria não gosta muito de falar da cultura indígena, se sente não entendida. Sabe-se que a estratégia de buscar o referencial de iniciação ao grupo étnico através do pajé, como forma de resposta a demanda foi utilizada pela família. Esse ritual não foi proibido pelos profissionais do CAPS, mas também não foi dialogado e melhor entendido em seu significado.

José também não gosta de falar da sua descendência indígena, sente-se discriminado. Diz que se fosse seguir a tradição do grupo étnico iria ser pajé, que seus familiares disseram isso. Acredita que se permanecesse no “balaio do avô” iria receber os ensinamentos do mesmo, e que teria que estudar bastante. Entretanto, diz que foi criado junto aos “brancos”, e que ia ser difícil para ele se identificar com a cultura indígena. A questão da identidade e o sentimento de não pertencimento são verbalizados por José em diversas situações.

José sente que é uma pessoa com o dom da palavra e da cura, que está em contato direto com o “supremo”. Seja através da idéia de que poderia ser um pajé, seja como evangélico, a vivência da espiritualidade está presente em sua história de vida. Em algumas situações, a resposta ao que lhe faz sofrer é procurada nesse contato com a “espiritualidade”. Acredita que essa experiência deve ser repassada para todos, inclusive por possuir o dom da cura.

“Se fosse para eu dizer se sou branco ou índio, diria que sou Evangélico, conhecedor da palavra de Deus, porque eu conheço Deus desde criança eu sou evangélico e num peguei nenhum ministério até hoje por causa que meu pastor não liberou ainda para mim,... se me tivesse liberado para ser um... como se diz, ... ser um missionário, eu seria um missionário,... estaria nas igrejas pregando o evangelho mas aqui não, ele não libera.”
(José)

A busca do pajé, e o ingresso na religião evangélica são estratégias de “cura” que José e sua mãe buscam. No processo dialógico que o CAPS buscou construir com José e sua mãe, os dois puderam falar de sua etnia, e de sua espiritualidade, isso contribuiu ao acompanhamento e possibilitou a José encontrar uma estratégia de cuidado em que conseguiu articular a vivência da espiritualidade e o uso da medicação.

Com a participação nos grupos, o uso da medicação e um acompanhamento psiquiátrico contínuo, o número de crises de José diminuiu. Em alguns momentos o CAPS, devido a portaria da CIB descrita anteriormente, teve que se articular junto ao HP para atendê-lo em caso de necessidade de internação 24 horas. Para José era

difícil, mas ele entendia as limitações do serviço, embora diversas vezes verbalizasse o desejo de ficar no CAPS.

“Não é em outro lugar que tem esse Caps não, porque dá atenção para aquele que está necessitado, pessoa que tá necessitado de uma conversa com uma psicóloga, de um remédio, de mudar assim mesmo na vida.”
(José)

Nesse quase cinco anos de acompanhamento terapêutico, José concluiu o 1º grau e o 2º grau do ensino. Despertou o interesse por artes plásticas, ingressando em diversos cursos de artes plásticas. Tenta ainda o BPC no INSS, freqüenta o dentista. Diz-se agora um artista, que precisa trabalhar, de ser ouvido, de *“conseguir confiança da sociedade”*.

Quanto à estratégia terapêutica do CAPS, aponta uma crítica, a ideia que possui de que seu tratamento é por tempo indeterminado, que todos ficam cobrando a sua permanência no serviço. Há a necessidade de José em ocupar outros espaços.

“Não é que eu seja chato, mas eu não queria vir aqui toda vez... eu não vou ficar aqui para sempre... a caminhada eu já fiz até aqui, e tem as pessoas que ainda não chegaram aqui... porque deve ter uma maneira de estar nesse mundo sozinho né... vai chegar uma hora em que sua mãe não vai mais ta de olho em você... seu pai não vai mais ta de olho em você... a psicóloga não vai mais ta de olho em você...Devia ter acesso ao esporte, deveria ter... um centro de convivência... deveria ter computador... deveria ter pessoas que gostam de frequentar a sociedade, e não ficar aqui só no CAPS” (José)

Desde o início de 2010 que José não apresenta quadro de sofrimento mental intenso. Está há um ano e três meses sem necessitar de internação psiquiátrica hospitalar. Maria, muito feliz, diz da melhora do filho e da relação entre os dois. Preocupa-se ainda com seu futuro, com a dificuldade que ele tem de conseguir e se manter em um emprego.

“Conseguir um CAPS ideal ainda está longe, não é desse jeito que vamos ter um CAPS ideal... hoje dizem de uma sociedade que inclui, mas acho que o nosso direito de igualdade não chegou ainda... porque é muito, como é que se diz... existe muitas... como é que se diz... existe muita discriminação... existe muita... preconceito, falta de fé nas pessoas... Para ter um CAPS ideal nós temos que ter atenção uns aos outros... contar com a sociedade e com o povo também... o povo tem que também, acho, se interessar pelo CAPS.” (José)

4.4.3 – Comentando os percursos terapêuticos

Diante da história de José percebe-se eventos que são lembrados e que recontados tem significado importante para José e Maria, pois, marcam suas vidas. Esses significados, construídos nos caminhos em busca de cuidado em saúde, podem contribuir para uma análise da prática terapêutica em saúde mental, em especial no CAPS, a partir do olhar do usuário e sua mãe.

Nota-se que o primeiro evento que marca sua trajetória é o episódio em que vai para o interior do estado do Amazonas, e lhe atribuem a representação “doido” no conselheiro tutelar. Para ele, esse episódio, entendido como “crise”, na verdade era um desfecho de um sentimento de abandono, de não pertencimento, de crise de identidade, de perda de sentido.

Entretanto, uma vez denominado “doido”, essa “crise” passou a ser entendida como algo anormal. É a partir dela que os primeiros serviços buscados em seu percurso são acionados: a polícia e o Hospital Psiquiátrico.

Esses serviços despertaram em José a percepções de ser excluído da sociedade, de ser incapaz. O Hospital Psiquiátrico e o uso da medicação, não eram sentidos como estratégia de cuidado, mas de mais adoecimento e de não pertencimento de uma sociedade. Para ele o estar doente é sentido e significado como estar “*sozinho, isolado, estar na escuridão*”.

Outros modelos explicativos para a mudança de comportamento são utilizados, agora por Maria, para justificar o que aconteceu com o filho: o uso do paricá por um descendente de índio, para ela um não índio, fora do ritual indígena; ou mesmo posteriormente, a não finalização desse ritual quando o mesmo esteve na tribo com a família. Não há a percepção, por parte de Maria, que exista uma doença que “justifique” a mudança do comportamento do filho, o que é observado é o comportamento dele, e que a mudança do mesmo diz respeito a algo entendido por ela como “espiritual”, “sobrenatural”. A dicotomia normal-anormal/insano-sano/doido-são não está presente no seu discurso.

Entretanto, mesmo não entendendo o comportamento do filho como anormal, Maria busca ajuda no Hospital Psiquiátrico, e esse não responde a sua demanda, uma vez que para ela não era uma questão de saúde/doença, provocando, provavelmente, uma não implicação na continuidade do acompanhamento do filho.

Assim, a clínica, que é resultante da “interdependência da situação, da

relação e da demanda” (Barus-Michel, 2004) não se implanta, desencadeando uma espécie de desassistência no percurso do usuário, mesmo com a presença de um suposto serviço especializado (no caso o Hospital Psiquiátrico).

No momento em que o CAPS é inaugurado, há uma segunda etapa no percurso de José, que entende-se como desencadeador de uma mudança. O processo de diálogo, provocado por uma situação de crise, possibilitou à José dizer do seu sentimento de não pertencimento a essa sociedade, a dada cultura, ao sentimento de abandono; quanto a Maria, está pôde dizer do seu entendimento de que o filho precisava de um cuidado “espiritual”.

A escuta a essas demandas, de maneira dialógica, com respeito, sem pré-conceitos, ou privações, estimulou em José e sua família a busca de espaços diversos de cuidado.

Assim, seja através da iniciação em grupo étnico pelo pajé, da conversão à igreja evangélica, da matrícula em curso de artes, da orientação quanto ao BPC, da participação em atividade individuais ou grupais no CAPS, do uso da medicação, foi possível à José construir um projeto de cuidado contínuo, que possibilitou ao mesmo não ser internado por mais de um ano.

A reconstrução dos percursos terapêuticos do usuário pode possibilitar um olhar crítico relativo às práticas em saúde mental, objeto de análise desse trabalho. Se por um lado, a prática dialógica possibilitou a José o acionamento de outros serviços, o usuário ainda percebe o CAPS “fechado em si mesmo”.

Há por parte de José uma necessidade de autonomia, que ele não vê potencializado pelas práticas do serviço substitutivo, pelo contrário. Um serviço que se pressupõe “desinstitucionalizante”, não pode “institucionalizar. José se sente na “obrigação” de ir ao CAPS, de prestar “satisfação” de sua vida, inclusive pelos vínculos afetivos criado com os profissionais.

Em sua história, reivindica ainda espaços públicos que tem dificuldade de freqüentar, por sofrer preconceitos e discriminação. Esses espaços não são acionados pelo serviço, não são sequer percebidos. José aponta um caminho possível: o trabalho, afinal é um “*artista plástico sem trabalho*”.

A retomada dos espaços públicos pelo trabalho, pelo reconhecimento da capacidade de que pode se manter por si só, sem a mãe e sem o CAPS, ainda é uma demanda de José que não consegue ser respondida pelo serviço.

José pretende gerar normas para a sua vida, e ampliar suas relações com o

social, reivindicando autonomia para sua vida. O que faz com que se reflita, na prática terapêutica, o papel do serviço que deveria proporcionar um espaço para se pensar o cotidiano do sujeito, sendo a prática terapêutica potencializadora da reinserção social, e construindo com a sociedade e o território uma relação que não é simplesmente burocrática, mas que se sustenta na idéia de cooperação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho da análise da prática terapêutica em saúde mental oportunizou reflexões sobre o sentido e significado da prática terapêutica, apresentada em uma perspectiva de compreensão da atenção em saúde mental a partir da integração de aspectos para a análise: construção histórica dos modelos de atendimento em saúde mental no Amazonas; organização de um serviço territorial; e, a prática do trabalho da equipe. Esses aspectos puderam ser refletidos com a apresentação do percurso terapêutico de um caso em acompanhamento.

Nesse capítulo, pretende-se a articulação desses olhares, procurando apresentar a configuração do modelo atual a partir do atendimento geral oferecido e de questões específicas do serviço.

Essa articulação se mostra contextual, uma vez que, analisando a partir da prática realizada no cotidiano, as interpretações formuladas dizem respeito ao contexto apresentado e ao período histórico da investigação.

Para tanto, tornou-se fundamental também uma reconstrução da história da saúde mental no Amazonas. Observou-se que não difere muito da ocorrida no restante do Brasil, ou seja, a chegada da “modernização”, a partir do ciclo da borracha, estabeleceu a classe trabalhadora e dentre aqueles que não se enquadravam nessa classe eram nominados à época de “vagabundos”. Nessa classe encontravam-se a maioria das pessoas portadoras de transtorno mental.

Quando da afirmação médica da loucura como doença, o “louco” emerge como representação daquele que deve ser segregado, para se adequar aos padrões das normas sociais hegemônicas, reafirmando o asilo também como espaço terapêutico.

A reafirmação, à época, do espaço asilar como terapêutico é observado no Estado do Amazonas. Entretanto, um diferencial se percebe, esse espaço era (e ainda é) unicamente implantado pelo Estado. Não havendo, em contraposição do que ocorria com o restante do Brasil, uma amplificação da rede manicomial hospitalar psiquiátrica de setor privado, e conseqüentemente, uma capitalização do que a autora refere como “indústria da loucura”.

Esse contexto histórico, que deveria ser a princípio propício para a prática de novos serviços substitutivos, uma vez que a iniciativa para a implantação dependia

basicamente do Estado, não favoreceu a política de reforma psiquiátrica brasileira.

Contorna-se, nessa perspectiva, um quadro singular que merece inclusive novos estudos. O que dificultou (e ainda dificulta) ao Estado a assumir a inauguração de serviços substitutivos?

Ousa-se inferir alguns aspectos. Um deles se apresenta, para a autora, de maneira clara: a falta de movimentos sociais fortalecidos. Outro que merece maior aprofundamento, é a influência de aspectos culturais na representação e nos espaços de cuidado daquele que se encontra em sofrimento psíquico.

Para além do espaço hospitalar/manicomial ou substitutivo, é sabido, por estudos anteriores (VIEIRA FILHO, 2005) outros itinerários percorridos pelas pessoas em sofrimento psíquico, em especial espaços religiosos/espirituais. Seriam eles mais acessados do que os espaços dos serviços de saúde instituídos? A população/sociedade reconhece os espaços públicos de cuidado (H.P.) como espaços de cuidado em saúde (saúde mental)?

O que se observa no cotidiano da cidade, o que também é peculiar a outras cidades brasileiras, é a presença de figuras, inclusive “folclóricas de loucos”, que supostamente estão em sofrimento psíquico, ocupando espaços urbanos da capital do estado. O que leva a refletir sobre a inclusão das mesmas. Entretanto, estas o fazem pelo reconhecimento da cidade de que as mesmas têm o direito de transitar, por serem cidadãos, ou porque estão abandonadas, sem cuidados em aspectos básicos de saúde, por exemplo, caracterizando uma desassistência?

Sendo a última afirmativa verdadeira para a relação da sociedade/estado para aqueles que estão em sofrimento psíquico, a política de saúde mental do Estado do Amazonas caracteriza-se pela desassistência, por uma desospitalização, sem a criação de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico.

A instituição total torna-se difusa na sociedade (BASAGLIA, 2005), reforçando a representação quanto a necessidade de manutenção do Hospital Psiquiátrico. O não cuidado, o espaço vazio de novas formas de atuação, a pouca construção dos serviços substitutivos, reforça a necessidade no social de espaços totalizantes, de exclusão, pois a sociedade percebe esse grupo realmente como desassistido.

Essa representação é também percebida na efetivação das políticas públicas. Mesmo depois de homologada a Lei Estadual de Saúde Mental, que prioriza a implantação de serviços substitutivos, o Estado, ao invés de desprender recursos

para essa política, inaugura um setor ambulatorial de saúde mental, no centro da cidade, de orientação não territorial.

Na análise da prática terapêutica de um serviço substitutivo que se insere dentro dessa construção histórica, não obstante aos inúmeros esforços e reflexões que a equipe do serviço realiza, a centralidade do cuidado está presente, uma vez que as ações terapêuticas ocorrem “para dentro” do serviço.

Essa prática, se analisada a partir de uma perspectiva organizacional, indica alguns aspectos que podem desencadear a atual centralidade no cuidado, são eles: 1) a falta de orientação política adequada para a efetivação da política de saúde mental do estado; 2) o alto número de demandantes de serviço, representado pelo tamanho da população do distrito de saúde em que o CAPS deveria ser referência; 3) a falta de uma atenção em rede de serviço em articulação com a coordenação de saúde mental do distrito, e com as Unidades de Saúde da Família, e outros serviços (educacionais, assistências, jurídicos, de esporte e lazer, dentre outros) do território; 4) a organização do serviço que prioriza as práticas internas (atendimento em grupo, atendimento individual,...) dentre visitas domiciliares; 5) a falta de espaço para o diálogo entre a equipe para a organização do serviço; e 6) a centralidade no modelo de atendimento médico.

O trabalho de caráter interdisciplinar também é um desafio. Visto como necessário pela equipe, só se articula quando em momentos de “crise” institucional, pela necessidade de responder a demanda “de crise” do usuário. O que nos leva a refletir novamente sobre a organização, uma vez que o CAPS precisa de uma estruturação para responder a essas demandas peculiares, e não formatar estratégias por vezes impulsivas e urgentes.

Entretanto, existem também alguns aspectos que diferenciam esse atendimento na sua organização, e que é um indicativo na mudança do modelo. Destaca-se o potencial de uma prática interdisciplinar que é observada no ingresso do usuário no serviço, mesmo dentro de um quadro de contradições, tendo em vista que, o profissional que primeiro fez o atendimento é aquele que pretende promover ações de co-construção de sentido para o demandante, independente de sua formação. E a prática de uma relação dialógica, cuidadosa e atenta da demanda.

As assembléias, presente na organização, e que ocorrem quinzenalmente, apresentam uma perspectiva de mudança, uma vez que se caracterizam como espaço comunitário, em que usuários, trabalhadores, familiares, comunidade local,

dialogam sobre as dificuldades, as demandas, as relações, a organização do serviço, numa perspectiva de reconhecimento destes como cidadãos de direito, em um exercício prático.

Por parte dos trabalhadores, os mesmos reconhecem a necessidade de acionamento de uma rede extrainstitucional, para não “institucionalizar” o usuário. Entretanto, não conseguem se libertar da “rotina” organizacional para ocupar outros espaços de articulação em rede. Os mesmos percebem essa realidade como externa a eles, não refletindo sobre o exercício da prática realizada, que mantém a resposta a demanda em atividades intrainstitucionais.

Assim, não ocorrem “interações contínuas entre as organizações sanitárias e as estruturas celulares de atendimento terapêutico” (VIEIRA FILHO E NÓBREGA, 2004, p. 378). Esse aspecto dificulta a abertura de canais de comunicação intra e inter organizações, impedindo intervenções articuladas. Observa-se essa dificuldade, também, a partir da ausência de reuniões de equipe, o que fragiliza a prática psicossocial.

Um aspecto valorizado pela equipe, diz respeito a relação terapêutica. A mesma se pretende dialógica, qualificando o atendimento. Essa é uma perspectiva que aponta para uma prática psicossocial

Em uma resposta a demanda, a prática inventiva é descrita como ações de construção/desconstrução, a partir do cotidiano, e é observada pela equipe. Tal posicionamento infere a sensação de que o conhecimento teórico, referência no atendimento, também se constrói na prática, na senso comum, e a partir do pressuposto da desinstitucionalização e os conceitos da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, entende-se que essa reflexão deve ocorrer de forma compartilhada pela equipe, para não se correr o risco de práticas desarticuladas dentro do serviço.

A articulação entre a história da saúde mental; a organização do serviço; e a prática terapêutica realizada é refletida na história de vida e no percurso terapêutico de um usuário.

Ao ler sua história, as marcas da exclusão e das categorizações fazem-se presente. A história de vida dele começa a partir dessa categorização. Sua representação de mundo aparece de forma dicotômica. Categorias representacionais, socialmente criadas, como: Normal/Anormal, Branco/Índio, Capaz/Incapaz, Incluso/Excluso; são utilizadas na sua narrativa.

Conforme observado no percurso terapêutico, o usuário, ao ingressar no CAPS, era descrito por categorias historicamente construídas. No caminho pelo CAPS essas mesmas categorias foram problematizadas na relação dialogada. Essa é uma prática valorizada pela equipe, e que permeia as atividades terapêuticas. Na história de José, uma estratégia acolhedora, de escuta, de cuidado, de atenção, possibilitou a ele a construção de sentido e de estratégias para lidar com o sofrimento.

A medicação psiquiátrica, que no CP, provocava “*mais delírio*”, no CAPS “*ajudava*” na sua recuperação. O significado sobre as formas, e a relação com o cuidado, foi refletido na possibilidade de autocuidado e do sentimento de que “*que pode ser capaz*”.

A busca de sentido para o que faz sofrer possibilitou ao usuário entrar em contato com a subjetividade, historicidade e afetividade. Nessa perspectiva a relação terapêutica torna-se relevante para a prática. É o que Vieira Filho (2005) compreende, uma vez que a mesma serviu de elemento facilitador, como observado na história, para uma reorganização psíquica/emocional/social/relacional, inclusive possibilitando o acesso ao retorno a escola, previdência social, dentista.

Entretanto, nessa mesma história, o usuário reivindica um lugar no social, como cidadão de direitos, e a “libertação” dessa “condição” de usuário do CAPS. Busca o reconhecimento também através do acesso pelo trabalho. Nessa perspectiva, cabe também à sociedade agora resgatar o laço social com esse sujeito, e ao CAPS, como ordenador, articular e tecer a rede de cuidados na sociedade, constituindo momentos de troca dialógica com a mesma, ressignificando o lugar daquele que está em sofrimento psíquico.

A análise da prática terapêutica possibilitou perceber que a mudança do modelo de atenção em saúde mental no CAPS se apresenta de forma gradual. A convivência das duas modalidades (hospitalar e comunitária) dificulta a efetivação de políticas que se orientam pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois a representação do modelo hospitalar está presente tanto na sociedade, como nos gestores das políticas públicas.

Todavia, para além de uma visão macro, as dificuldades de interação no cotidiano do serviço dificultam a interação interinstitucional, refletindo no pouco acionamento de dispositivos externos ao CAPS, e a extensão dos cuidados em rede.

A análise da prática terapêutica em saúde mental, nesse contexto, indica um caminhar a passos lentos, uma vez que a prática em uma perspectiva inclusiva, e com o acionamento de redes sociais, não está presente. Essa é uma dificuldade que se impõe e que urge ser respondida.

Para além de respostas na efetivação das políticas públicas, o serviço pode encontrar alternativas técnico-profissionais. Uma delas seria o planejamento de ações, em conjunto com a atenção básica, para que práticas terapêuticas em saúde mental, restritas ao interior do serviço, sejam expandidas para o território e para a comunidade, de forma sistêmica, produzindo e reproduzindo novas formas de cuidar da pessoa em sofrimento psíquico na e com a comunidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, J.G.de. Itinerâncias de pesquisa. In: GARCIA, R. L. (org). **Método: pesquisa com o cotidiano**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

CAMPOS, R. O. & outros. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**. Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

BASAGLIA, F. & outros. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.

_____. Loucura/Delírio. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Selecionados: em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. As Instituições da Violência. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Selecionados: em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Selecionados: em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BARUS-MICHEL, J. **O sujeito social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2004.

BOURDIEU, P. **O Senso Prático**. Rio de Janeiro, Vozes, 2009.

BRANDÃO, C. R. A pesquisa participante e a participação da pesquisa. In: BRANDÃO, C. R. e STECKER, D. R. **Pesquisa Participante: a partilha do saber**. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 5, Ano III, nº 5, outubro de 2008**. Brasília, 2008. In: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 19/01/2009.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal 1978.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

_____. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes, 1983.

GENTIL, G. S. **Povo Tukano: cultura, história e valores.** Amazonas: EDUA, 2005.

GONÇALVES FILHO, J. M. Problemas de método em Psicologia Social: algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante. In: BOCK, A. M. B. (org). **Psicologia e o Compromisso Social.** São Paulo: Cortez, 2009.

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana.** Petrópolis: Vozes, 1985.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos,** São Paulo: Perspectiva, 2008.

JOVCHELOVITCH, S. **Os Contextos do Saber:** Representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.

LEVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais – sentido e crise do sentido.** Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001.

MARTINS, P. H. e FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde:** Novas Possibilidades Teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento–** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

_____. **Pesquisa Social –** Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

_____. A Utilização do Método Qualitativo para a Avaliação de Programas de Saúde. In: CAMPOS, R. O. & outros. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental.** Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

NICÁCIO, M.F.S. **Utopia da Realidade:** Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Campinas, 2003. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

ONGARO BASAGLIA, F. Saúde/Doença. In: AMARANTE, P. (org). **Saúde Mental, Formação e Crítica.** Rio de Janeiro: Laps, 2008.

PETERSEN, S.R.F. O cotidiano como objeto teórico ou o impasse entre ciência e senso comum no conhecimento da vida cotidiana. In: MESQUITA, Z. e BRANDÃO, R. (org) **Territórios do cotidiano:** uma introdução a novos olhares e experiências. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul: Ed. Universidade/UFRGS/Ed. Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, 1995.

PINHEIRO, R & MARTINS, P.H.N. (org) **Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário:** abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P. (org). **Saúde Mental: Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAMPAIO, C. R. B. **A Formação da Atitude Interdisciplinar do Educador**. Revista UA, Série: Ciências Humanas, v. 6, n. 1, p. 35-42, 1997.

SOUZA, I. M. A. Na Trama da Doença: Uma Discussão sobre Redes Sociais e Doença Mental, In: RABELO, M.C.M; ALVES, P. C. B. e SOUZA, I. M. A. **Experiência da Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VIEIRA FILHO, N. G. Fundamentos do atendimento psicoterápico psicossocial. In: VIEIRA FILHO, N. G. (Org.) . **Clínica Psicossocial. Terapias, intervenções, questões teóricas**. 01. ed. Recife: Universitária - UFPE, 1998a.

_____. Situação de “crise” e atendimento psicossocial a família. In: VIEIRA FILHO, N. G. (Org.). **Clínica Psicossocial. Terapias, intervenções, questões teóricas**. 01. ed. Recife: Universitária - UFPE, 1998b.

_____. **A prática complexa do psicólogo clínico: Cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional**. Estudos de Psicologia (Campinas), Campinas-São Paulo, v. 22, n. 3, p. 301-308, 2005.

VIEIRA FILHO, N.G.; NOBREGA, S. M. da. **A atenção psicossocial em saúde mental: Contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social**. Estudos de Psicologia (Natal), Natal-UFRN, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Equipe Técnica do CAPS

Prezado(a) Senhor(a),

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do Projeto de pesquisa intitulada **Análise da Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica** que tem como objetivo principal analisar a prática terapêutica de um CAPS da cidade de Manaus – AM, focalizando, o processo de desinstitucionalização influenciando as ações de saúde mental da equipe interdisciplinar no cotidiano e no percurso terapêutico do usuário. A realização dessa pesquisa traz como importância a possibilidade de contribuir para a elaboração de políticas públicas pensadas a partir das práticas terapêuticas observadas. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às questões indicadas no roteiro da entrevista, que serão compostas por questões abertas, onde as mesmas devem ser respondidas livremente. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A entrevista é de caráter sigiloso, isto é, seu nome e endereço serão preservados e não poderão ser divulgados pela pesquisadora em qualquer hipótese. Somente com o seu consentimento as entrevistas poderão ser gravadas e quando as gravações forem autorizadas, você terá direito a receber cópia da transcrição das fitas gravadas durante a entrevista. O local e a data de realização das entrevistas serão escolhidos segundo sua preferência, preservando seu conforto, intimidade e segurança. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não ganhará nada.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (92) 8175 3687/ (92) 33054550 , ou no endereço do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, através do endereço: Av. Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário - Bairro Coroado I.

Fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou ganhar.

() Não gravar

() Gravar

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Usuário do CAPS**

Prezado(a) Senhor(a),

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do Projeto de pesquisa intitulada **Análise da Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica** que tem como objetivo principal analisar como está ocorrendo o atendimento realizado pela equipe de profissionais do CAPS que você frequenta. A realização dessa pesquisa é importante porque abre a possibilidade de contribuir para a elaboração de um atendimento melhor do que os que são oferecidos atualmente, adequadas à sua necessidade. Sua participação nesta pesquisa será a de responder às questões indicadas no roteiro da entrevista, que serão compostas por diferentes questões que poderão ser respondidas da maneira que a(o) Sr.(a) quiser. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo do atendimento que você está recebendo.

A entrevista é de caráter sigiloso, um segredo, isto é, seu nome e endereço serão preservados e não poderão ser divulgados pela pesquisadora em qualquer hipótese. Somente com o seu consentimento as entrevistas poderão ser gravadas em fita cassete e quando as gravações forem autorizadas, você terá direito a receber cópia por escrito de tudo o que foi dito durante a entrevista. O local e a data de realização das entrevistas serão escolhidos por você, preservando seu conforto, intimidade e segurança. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não ganhará nada.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será revelada, sendo guardada em segredo. Para qualquer informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (92) 8175 3687/ (92) 33054550, ou no endereço do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, através do endereço: Av. Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário - Bairro Coroado I.

Fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou ganhar.

() Não gravar

() Gravar

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Familiar do CAPS

Prezado(a) Senhor(a),

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do Projeto de pesquisa intitulada **Análise da Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica** que tem como objetivo principal analisar como está ocorrendo o atendimento realizado pela equipe de profissionais do CAPS que seu familiar freqüenta. A realização dessa pesquisa é importante porque abre a possibilidade de contribuir para a elaboração de um atendimento melhor do que os que são oferecidos atualmente, adequadas a necessidade de seu familiar. Sua participação nesta pesquisa será a de responder às questões indicadas no roteiro da entrevista, que serão compostas por diferentes questões que serão respondidas da maneira que a(o) Sr.(a) quiser. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo do atendimento que seu familiar está recebendo.

A entrevista é de caráter sigiloso, um segredo, isto é, seu nome e endereço serão preservados e não poderão ser divulgados pela pesquisadora em qualquer hipótese. Somente com o seu consentimento as entrevistas poderão ser gravadas em fita cassete e quando as gravações forem autorizadas, você terá direito a receber cópia por escrito de tudo o que foi dito durante a entrevista. O local e a data de realização das entrevistas serão escolhidos por você, preservando seu conforto, intimidade e segurança. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não ganhará nada.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será revelada, sendo guardada em segredo. Para qualquer informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (92) 8175 3687/ (92) 33054550, ou no endereço do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, através do endereço: Av. Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário - Bairro Coroado I.

Fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou ganhar.

() Não gravar

() Gravar

ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Equipe Técnica do CAPS

1. Abordagem preliminar

O que vocês entendem por CAPS?

O que vocês mudariam e o que manteriam nesses serviços?

O que vocês pensam quando falamos em PTI?

Quando são elaborados esses projetos? Quem e de que modo são elaborados?

É possível detalhar o arranjo do trabalho em equipe interdisciplinar nesse CAPS? Essa é uma forma de trabalho que ajuda ou atrapalha? Por quê? Mudariam alguma coisa?

Existe algum referencial teórico para a realização do trabalho nesse CAPS? Se sim, qual e o que vocês acham desse referencial?

3. Sobre o cotidiano

Descreva o cotidiano da instituição.

Quais atividades são realizadas?

Existem práticas de grupos no CAPS ou não? Se sim, quais?

Existem discussões de caso em equipe? Como são selecionados os casos, ou em quais circunstâncias ela ocorre?

Existem reuniões de equipe para discutir o cotidiano institucional? Se sim, como ocorrem?

Vocês realizam atendimento em rede com outras instituições? Se sim, como ocorre?

Existem estratégias no processo de trabalho que estimulem a interação entre a equipe de profissionais? Se sim, quais são? São suficientes?

Vocês acham que há alguma interação entre a prática terapêutica e a forma como o serviço é organizado? Se sim, como acontece esta interação? Podem dar exemplos de situações que tiveram e que não tiveram essa interação?

ANEXO E - ROTEIRO DE ENTREVISTA - INDIVIDUAL

Usuário do CAPS

1. Identidade

Qual o seu nome? Qual sua idade?

Se seu perguntasse quem é você, como se apresentaria? Me conte um pouco a sua história. Como é o seu dia-a-dia? O que faz? Aonde vai? Com quem se encontra?

Há quanto tempo faz tratamento no CAPS?

Para que serve o CAPS?

Você pode participar de decisões no CAPS? De quais? Em que espaço? De que forma?

Na sua opinião, como deveria funcionar o CAPS?

2. Experiência sobre a vivência em sofrimento psíquico.

Você frequenta o CAPS. Se sente adoecido?

Essa sua experiência com o sofrimento psíquico, quando começou? Há mudança nesta relação antes e depois do CAPS?

O que é crise para você? Em que espaços já foi cuidado em momento de crise? O que teve de bom/ruim no cuidado à crise nesses diferentes espaços? Como você acha que deve ser tratado em momentos de crise?

3. Sobre o cotidiano

Como é o seu cotidiano no CAPS? Como o CAPS o ajuda? O que faz quando está no CAPS? Como é seu tratamento? Participa da elaboração do seu Projeto Terapêutico?

No seu acompanhamento, aconteceu a interação com a Rede de atendimento? Quais serviços? Foi importante?

Quando está fora do serviço CAPS, o que efetivamente você faz? A articulação foi promovida pelo CAPS?

Há alguém fora do CAPS que se ocupa do seu cuidado? Essa pessoa participa do seu acompanhamento quando está no CAPS?

ANEXO F - ROTEIRO DE ENTREVISTA - INDIVIDUAL

Familiar do usuário do CAPS

1. Identidade

Qual o seu nome? Qual sua idade?

Se seu perguntasse quem é você, como se apresentaria? Me conte um pouco a história da sua família.

Como é o seu dia-a-dia? O que faz? Aonde vai? Com quem se encontra?

Há quanto tempo seu familiar faz tratamento no CAPS? O que você acha desse tratamento? Ajuda?

Para que serve o CAPS? O que é bom e ruim no CAPS que seu familiar frequenta?

Você pode participar de decisões no CAPS? De quais? Em que espaço? De que forma?

Na sua opinião, como deveria funcionar o CAPS?

2. Experiência sobre a vivência em sofrimento psíquico.

Você é familiar de um usuário que frequenta o CAPS. Como você se organiza para o cuidado do usuário no dia-a-dia? Quem se ocupa desse cuidado? Você se sente sobrecarregado?

O que é crise para você? Em que espaços o usuário já foi cuidado em momento de crise? O que teve de bom/ruim no cuidado à crise nesses diferentes espaços? Como você, enquanto familiar, acha que deve ser tratado o usuário em momentos de crise?

Em que mudou sua vida com a descoberta de um familiar doente? Seria diferente se não houvesse essa doença?

2. Sobre o cotidiano

Você já recebeu alguma visita domiciliar no tempo do tratamento de seu familiar do CAPS? E de outro serviço? Como foi? O que percebeu dessas visitas?

Participa de atividades no CAPS, como familiar? O que são? O que achou? Para que devem servir?

Há redes de outros serviços ou meios de ajuda no cuidado?

Existe alguma sugestão que você, enquanto familiar, gostaria de acrescentar para facilitar o cuidado do seu familiar?