

GABRIELA DE SALLES SANTOS PISTELLI

A trajetória de um (novo) olhar: ***a história, o CAPS e os usuários***

Trabalho de conclusão de curso
como exigência parcial para
graduação no curso de
Psicologia, sob orientação da
Profa. Maria Claudia Tedeschi
Vieira

Pontifícia Universidade Católica
São Paulo
2008

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais pela realização do curso e pelo incentivo e apoio incondicionais, que sempre me faz acreditar em mim. Agradeço à minha irmã por ter aberto os meus olhos, desde sempre, para as desigualdades e injustiças e, além de tudo, por me fazer crer que é possível mudar. Agradeço a nós pela eterna relação de respeito e reconhecimento.

Agradeço a alguns amigos de infância e a duas queridas amigas da faculdade por sempre afirmarem a minha inclinação pela Psicologia.

À Maria Claudia Tedeschi Vieira por ter me acompanhado com tanto incentivo, respeito e dedicação.

À Silvana Rabello, lisonjeadamente, por ter aceitado o convite de parecerista.

À Sandra Fischetti e a Fátima pela mesma atenção, disponibilidade e carinho desde o estágio realizado no CAPS até o desenvolvimento deste trabalho.

Aos queridos usuários do CAPS que colaboraram com este trabalho e àqueles outros que aqui não estiveram, mas que eu muito aprecio.

Ao CAPS Itapeva pela viabilização desta pesquisa.

Por fim, a todos que, de alguma maneira, contribuíram e acompanharam esse delicado processo de formação acadêmica e pessoal.

GABRIELA DE SALLES SANTOS PISTELLI: A trajetória de um (novo) olhar: a história, o CAPS e os usuários. 2008

Orientador: Profa. Maria Claudia Tedeschi Vieira

Palavras chave: reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, saúde mental.

RESUMO

O presente estudo se propõe a identificar e analisar as representações que os usuários constroem acerca do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (conhecido como CAPS Itapeva). Verificar se, e de que forma, o ingresso para tratamento no CAPS provocou mudanças na vida dessas pessoas, a percepção destas acerca das mesmas, e investigar o lugar que o serviço ocupa em suas vidas com relação ao tratamento médico e rede social. Pretende-se, por fim, confirmar a hipótese de que o ingresso no serviço produz melhorias na qualidade de vida e ainda, constatar a positividade da representação construída. Para tanto foi realizada a técnica do grupo focal¹ junto a seis usuários do CAPS Itapeva.

A representação é discutida a partir da reflexão teórica embasada na leitura de autores que pensaram e teceram considerações sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, o campo da Atenção Psicossocial, os serviços substitutivos, em especial o CAPS, e ainda sobre a ótica e a percepção dos sujeitos que são usuários dos serviços da rede de atenção a Saúde Mental.

Concluiu-se que os usuários percebem as melhoras produzidas em suas vidas após o ingresso no CAPS, atribuindo-as ao serviço e ao tratamento, além de revelar a positividade da representação construída.

¹ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

SUMÁRIO

Introdução	01
Método	05
Capítulo 1 - A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil	08
Capítulo 2 - Os movimentos precursores	23
Capítulo 3 - Algumas considerações em torno da Atenção Psicossocial	35
3.1- Análise do termo 'psicossocial'	35
3.2 - A Rede de Atenção à Saúde Mental	39
3.3 - CAPS Itapeva	40
3.4 - O CAPS	46
Capítulo 4 - Apresentação e discussão dos resultados	50
4.1 - Grupo Focal	52
Considerações finais	63
Referências bibliográficas	66
Anexo 1 - Portaria nº 336/01	
Anexo 2 - Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental	
Anexo 3 - Lei nº 10.216/01	

INTRODUÇÃO

*“Deveria chamar-te claridade
Pelo modo espontâneo
Franco e aberto
Com que encheste de cor meu mundo escuro”*

A curiosidade em estudar a representação que os usuários constroem acerca do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Itapeva surgiu no estágio que realizei na instituição, no primeiro semestre de 2007. Esta foi minha primeira experiência em serviço de saúde mental. Ao frequentar este espaço pude entrar em contato com sua dinâmica, sua história e suas implicações, e, principalmente, com seus usuários. O CAPS é um ambiente muito rico: em seu interior muitas coisas acontecem, muitas pessoas circulam, muitas vozes se escutam, muitas sensações são sentidas... Os olhares que se encontram pelos corredores são provocadores e intimistas. As experiências que vivi ali despertaram em mim a vontade de conhecer aquele espaço sob *outra* ótica.

A partir de longas e excêntricas conversas com vários usuários, de um contato mais próximo com outros e da observação sensível de inesperadas situações, foi brotando em mim a vontade de desvendar o olhar daqueles que usufruam de tal universo. As relações com as pessoas que circulam por aquele espaço se dão de maneira muito peculiar e intensa. A minha passagem pelo serviço foi rápida, porém muito significativa e transformadora. A escolha por este serviço em especial, pode ser justificada não só pelas considerações já feitas, mas também pelo sentimento de familiaridade com o espaço físico, alguns usuários e responsáveis.

O estágio consistia na observação de uma das oficinas do Projeto Trabalho (Oficina dos Anjos), com foco na geração de renda. Estas, em particular, não têm, em primeira instância, o caráter terapêutico, mas acabam desempenhando tal função. O projeto oferece os espaços para a realização das atividades que, por sua vez, são geradoras de produtos e serviços que possam ser comercializados; cada usuário é remunerado de acordo com os materiais produzidos, ou seja, se não produzir não ganha, sendo os únicos responsáveis pela produção. Com isso, o grau de comprometimento dos usuários com o sistema de produção é muito alto.

Cada uma das oficinas tem um coordenador que as gerencia, sendo o responsável pela administração financeira e dos materiais. Ao longo do tempo, pude constatar, através das inúmeras demonstrações de cuidado, atenção e carinho entre a coordenadora e os usuários, que há um forte vínculo entre eles, cercado por muita cumplicidade e respeito. Nos momentos de dificuldade, os usuários não hesitavam em solicitar a ajuda da coordenadora e nem ela em corresponder.

Tal percepção, ao longo do meu percurso pela instituição, se estendeu para muitos outros espaços do CAPS, o que me fez compreender que a maneira como são articuladas as relações entre usuários e funcionários diz em muito da instituição: sua dinâmica e seus objetivos. O espaço da instituição se torna, com o passar do tempo, o ambiente natural destas pessoas. A vida cotidiana encontra ali um abrigo. As atividades diárias são realizadas e praticadas em seu interior. A rede de relações se dá nos corredores. O acompanhamento médico acontece no ambulatório, ao lado da porta de entrada. As práticas de cuidados com o corpo podem ocorrer tanto nas oficinas como no salão de beleza. Roupas e acessórios podem ser adquiridos no brechó, ao lado da lanchonete. O curso de informática acontece em uma das salas do piso superior do casarão. Oficinas de trabalho substituem atividades remuneradas. Entre muitas outras coisas que por ali ocorrem.

Por definição, os CAPS se caracterizam por serviços comunitários regionalizados, que se responsabilizam pelo tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, no seu território de abrangência, de maneira mais ou menos intensiva, articulados em torno de projetos terapêuticos individuais, com iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (Surjus, 2007;36).

Segundo Bichaff (2001), o CAPS se torna contribuinte para a organização da vida de seus usuários, oferecendo um campo de vivências e importantes experimentações. O ambiente institucional, a convivência com outras pessoas e as propostas do modelo assistencial possibilitam mudanças na vida de cada uma delas, porém restringe o alargamento do campo relacional ao espaço do serviço.

O CAPS e os demais serviços de saúde inovam ao se inclinarem, durante o processo terapêutico, para a produção conjunta de *novas* práticas sociais que possibilitem a construção de *novas* formas de vida a partir das diversas experiências ali vividas. Afinal, é no interior desta instituição que boa parcela de seus usuários passa o seu dia.

Para realçar esta idéia, Soares e Saeki (2006), ao falarem das dificuldades e facilidades encontradas pelos usuários em enfrentar os desafios do dia a dia, referem-se ao cotidiano como pano de fundo para atividades sociais transformadoras, considerando usuário e serviço os agentes efetivos na busca por reais necessidades e desejos formuladores do processo terapêutico. O cuidado com a rotina se faz necessária por ser, em muitos casos, transformada na repetição involuntária de todas as ações e atividades que compõem o programa de cada usuário do serviço, podendo ter os objetivos dispersos ao longo do processo.

Assim, a partir das considerações feitas acima, nasce o interesse em investigar a representação que os usuários têm do CAPS. Por *representação* deve ser entendido um conjunto de aspectos e elementos que constituem a maneira de interpretar, pensar e elaborar a experiência ali vivenciada. Pretendo verificar se, e de que forma, o ingresso para tratamento no CAPS provocou mudanças na vida dos usuários e a percepção destes acerca das mesmas, além de investigar o lugar que o serviço ocupa na vida dessas pessoas.

Para muitos, a entrada no serviço é um marco, e nesse sentido, pode-se supor que a percepção das mudanças produzidas pelas intervenções propostas tenha efeito positivo na adesão do tratamento e também na qualidade do serviço. Assim, ao final do estudo, pretendo confirmar a hipótese de que o ingresso para tratamento no CAPS melhora a qualidade de vida dos usuários e constatar, ainda, a positividade da representação construída.

Tais constatações só serão compreendidas se consideradas no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tanto, será exposta a trajetória desse

movimento, que tem início em outros países, e tecidas algumas considerações a respeito do campo da Atenção Psicossocial, por resgatarem a origem e até mesmo conter a essência propiciadora do cenário atual de serviços em saúde mental. A luz de Paulo Amarante será possível analisar os movimentos internacionais e suas influências em âmbito nacional. O percurso do movimento de reforma, de certo que não isoladamente, alude a um processo de deslocamento da loucura e do louco que antes estava rebaixado a um lugar social indigno e abjeto, aonde o que se refletia naquele corpo humano era apenas o seu próprio assujeitamento. Não como uma atitude heróica e romântica, mas sim humana e igualitária, concerne, até os dias de hoje, ao movimento da reforma, paralelamente a outros atores, o reconhecimento da loucura enquanto experiência de sofrimento de um sujeito autônomo, o resgate do seu lugar de cidadão e a luta pela humanização das práticas de saúde.

Um melhor entendimento de como os usuários compreendem o tratamento obtido no serviço e a ciência do lugar que este ocupa em suas vidas, poderá contribuir na busca e desenvolvimento de intervenções favoráveis para a qualidade de vida dos usuários e também do serviço.

MÉTODO

Na intenção de contribuir com o objetivo principal desta pesquisa de identificar e analisar as representações que os usuários constroem acerca do CAPS Itapeva, será verificado se, e de que forma, o ingresso para tratamento no CAPS provocou mudanças na vida dessas pessoas, a percepção destas

acerca das mesmas, além de investigar o lugar que o serviço ocupa em suas vidas com relação ao tratamento médico e rede social. Pretende-se, por fim, confirmar a hipótese de que o ingresso no serviço melhora a qualidade de vida dos usuários e constatar a positividade da representação construída.

A representação será discutida após reflexão teórica sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, considerando as influências dos movimentos internacionais sob o cenário nacional e, ainda, da elaboração de algumas considerações em torno da Atenção Psicossocial que posteriormente irá fundamentar as práticas do campo da saúde mental, em especial os centros de atenção psicossocial.

Para tanto, no primeiro capítulo da pesquisa será elaborada uma breve recapitulação do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, a fim de ilustrar o cenário aonde são ensaiadas as experiências que irão compor o conjunto de práticas do campo da Atenção Psicossocial, que, futuramente, sofrerá especulações quanto a sua aptidão em constituir um novo paradigma para as práticas de Saúde Mental.

No segundo capítulo pretende-se oferecer um levantamento histórico, focado na leitura de Paulo Amarante, sobre importantes movimentos precursores de reforma ocorridos no mundo, suas trajetórias e ideais, além de suas (principais) influências sobre o cenário brasileiro. Será possível, ainda, possibilitar a fundamentação teórica de alguns dos conceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No terceiro capítulo será possível uma maior compreensão acerca de outros conceitos pertinentes ao movimento de reforma nacional, sobretudo aos que dizem respeito ao campo da Atenção Psicossocial no contexto da Saúde Mental Coletiva. No mesmo sentido, será permitida uma visão ampla sobre os recursos existentes que compõem a Rede de Saúde Mental e também da trajetória de desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

em especial o pioneiro CAPS Itapeva, como um dos principais serviços de atenção psicossocial da rede.

No quarto e último capítulo, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos no grupo focal e traçadas algumas análises e considerações finais em torno das representações construídas pelos mesmos.

Para a coleta de dados desta pesquisa foi utilizada a técnica do grupo focal - pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP. Caracterizada como um método qualitativo de pesquisa, esta permite, além da coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, o que pensa cada sujeito, tomar conhecimento das razões das diferentes formas de pensamentos, e também a observação da interação entre seus componentes e suas respectivas idéias e/ou opiniões acerca dos temas abordados.

O grupo de discussão, realizado na própria instituição, com duração de 1h30 minutos, contou com a participação de seis usuários do CAPS Itapeva, além de uma pessoa representante da instituição. Dentre os seis participantes, havia duas mulheres e quatro homens. Não se buscou dados além dos oferecidos pelos próprios no momento das apresentações. Mas cabe comunicar que têm idade entre 30 e 50 anos. O grupo foi coordenado pela pesquisadora, que apresentou os tópicos de interesse da pesquisa, focando a discussão nas questões mais pertinentes. Utilizou-se um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa pudessem ser recuperados e analisados posteriormente. A escolha dos sujeitos teve os seguintes critérios: o tempo de tratamento na instituição (superior a dois anos) e estar em condições físicas e psíquicas de participar da pesquisa, avaliadas pelos respectivos médicos responsáveis por cada usuário.

Desejou-se também que alguns dos participantes tivessem tido experiência anterior de internação em hospital psiquiátrico para que, desse modo, a discussão do grupo fosse enriquecida pela diversidade de referenciais acerca dos temas abordados. A pesquisa tem a obrigatoriedade de tornar público os resultados, sejam favoráveis ou não.

Por fim, seguirá um primeiro anexo (1) com a portaria nº 336/01, que reestrutura as diretrizes de funcionamento dos CAPS regulamentadas pela portaria 224/92; um segundo anexo (2) com a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental; e um terceiro anexo (3) com a lei nº 10.216/01, conhecida como a nova lei psiquiátrica brasileira ou lei federal da saúde mental.

Capítulo 1- A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Uma reforma nos modelos de atenção à saúde e saúde mental, organizado, sobretudo, por trabalhadores, usuários e familiares

na tentativa de construir um modelo de atenção pertinente a realidade brasileira e de valorização do sujeito e não da doença.

Embora o processo de reforma psiquiátrica brasileira tenha sua história própria, ele está inscrito num contexto internacional de superação e humanização do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico. Ao final da Segunda Guerra Mundial os olhares da sociedade se voltaram aos hospícios e se descobriu os maus tratos e as condições precárias de vida oferecida aos pacientes internados nos hospitais e sua semelhança aos campos de concentração.

No Brasil, num contexto semelhante, os maus tratos, abandono, violência e crueldade nos hospitais psiquiátricos são comparadas ao tratamento dado no regime militar aos presos políticos, que somados as denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços de saúde consolidam as iniciativas de transformação nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

É em meados da década de 70, no contexto de combate ao Estado autoritário, que nasce no Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica. O amplo questionamento com relação ao tratamento realizado nos hospitais psiquiátricos emerge juntamente ao surgimento das críticas à ineficiência da assistência pública em saúde, envolvendo o campo da saúde mental, e ao caráter privatista da política de saúde do governo. O país atravessava um momento de lutas pela redemocratização e de contestação ao regime militar, no qual movimentos sociais de resistência se organizavam na reivindicação de direitos que garantissem a liberdade de expressão, o exercício da cidadania, a saúde como direito social, entre outros.

O asilo psiquiátrico encontrava-se em extrema precariedade (semelhante à atual situação de grande parte dos que perduram), ocupando o lugar de responsável pela cronificação e até mesmo produção das doenças. As práticas de isolamento e de assujeitamento tomavam o lugar do sujeito e lhe

arrancavam seus direitos enquanto cidadãos. Ai encontra-se um dos maiores desafios e propósitos da reforma: humanizar as práticas no campo da saúde, devolver o lugar de cidadão ao sujeito dito “louco” e reconhecer a loucura como uma experiência de sofrimento de um sujeito que é maior do que a mesma, ou seja, considerar a existência do sujeito de maneira global, complexa e concreta, sem afastá-la da ‘doença’.

O cenário no Brasil que antecede o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica é marcado pela privatização e expansão da assistência psiquiátrica. O número de leitos no país, entre as décadas de 60 e 70, chega a 100 mil (Césari, 2005). Com o respaldo do governo os hospitais psiquiátricos privados se propagam pelo país e assim começa a se desenvolver, arrebatadoramente, a chamada “indústria da loucura”. A articulação entre internação asilar e privatização da assistência é possibilitada pelo poder público a partir do encaminhamento do financiamento público para a esfera privada. Tal fato pode ser percebido na proporção díspar entre a permanência da população internada em hospitais psiquiátricos públicos e o aumento da clientela (de aproximadamente 50%) nas instituições privadas, aquelas remuneradas pelo poder público.

Segundo Marcus Vinícius (2008), no início da década de 60 havia aproximadamente 70 hospitais psiquiátricos no país, sendo 50 deles pertencentes ao setor privado. Passados quase 20 anos, o espetáculo da indústria da loucura ganha novos cenários: de 50 passam a ser 260 o número de hospitais psiquiátricos privados, o que corresponde a um crescimento de 420%! Enquanto isso, no setor público, no mesmo período, o número de hospitais passa de 20 e poucos para 30 e poucos. Afirma que atualmente, há cerca de 35.000 pessoas submetidas ao serviço hospitalar psiquiátrico no Brasil. Muitas destas pessoas estão em hospitais já descredenciados do SUS, o que não quer dizer o fechamento dos mesmos, apenas o bloqueio de recebimento da verba orçamentária distribuída pelo SUS aos hospitais psiquiátricos credenciados. O descredenciamento se dá por insuficiência de nota na vistoria realizada pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços

Hospitales (PNASH/Psiquiatria), implantado em 2002 visando promover uma avaliação sistemática da qualidade dos serviços hospitalares. Será que agora fica mais fácil imaginar a (sub) condição de tais instituições?

Em artigo publicado no jornal O Globo, em julho de 2007, o presidente da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), Josimar Mata de Farias França, censurou publicamente a desativação de leitos psiquiátricos. Tal manifestação, contextualizada no acúmulo de amplas conquistas e avanços da reforma psiquiátrica no que diz respeito à atenção em saúde mental, dá margem a identificação do corporativismo médico nas relações internas ao campo de saúde mental (Seção aberta, 2007). Como revela Marcus Vinícius:

Querem estancar nosso movimento que representa uma ameaça aos interesses dos empresários da loucura, à ordem atual dos gastos com saúde mental. Estamos falando de cerca de meio bilhão de reais destinado a 41 mil leitos ainda existentes (Seção aberta, 2007).

Retornando a um período antecedente, meados da década de 70, a DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental, entra em crise. Uma greve de profissionais foi anunciada e seguida de um alto número de demissões. Surge assim, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que tem o objetivo de possibilitar o debate e o encaminhamento de propostas de reforma da assistência psiquiátrica pública na tentativa de garantir os direitos dos pacientes psiquiátricos. O MTSM, por representar uma resistência à institucionalização, é marcado pela ausência de estruturas institucionais consolidadas. É um movimento plural, composto por uma diversidade de tendências, todas compatíveis nas reivindicações trabalhistas e no discurso humanitário. Ao ganhar proporção nacional, é organizado, em janeiro de 1979, o I Congresso Nacional Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo. Em seguida, foi criada a primeira associação de familiares, denominada Sosintra, em defesa da reforma psiquiátrica.

As vindas de Franco Basaglia e a experiência italiana de desinstitucionalização e desconstrução da psiquiatria contribuíram decisivamente na solidificação do movimento. Sua presença é marcada com grande repercussão, em dois momentos: em 1978, quando veio ao lado de outras notáveis figuras, como Felix Guattari, Robert Castell, Erving Goffman, Thomaz Szasz ao I Congresso Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições no Rio de Janeiro e em 1979, quando veio ao III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte. Nessa segunda ocasião, ao realizar uma visita ao Hospital de Barbacena, Basaglia revela para a sociedade brasileira as condições de violência e maus tratos da assistência psiquiátrica em que estavam submetidas às pessoas em sofrimento mental (Amarante, 2007;76).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (conhecida como 'Oitava'), com a iniciativa de Sergio Arouca, coordenador da mesma, que a sociedade – usuários do sistema, familiares, sindicatos, igrejas, etc - não apenas profissionais da área, é convocada ao envolvimento na discussão e formulação das políticas de saúde. É neste ato, com o tópico “A Saúde como Direito”, que surge a abertura de um novo campo de possibilidades para o que hoje é conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS).

Nasce, nesse conjunto, o movimento da reforma sanitária, que visava à reformulação do sistema de saúde, a partir da elaboração de propostas alternativas às políticas públicas de saúde do Estado autoritário.

Paralelamente a esse momento, o país se depara a uma significativa crise financeira na Previdência Social, pois, elucidando o dito anteriormente, foi o dinheiro público emprestado a esfera privada que arquitetou a maioria dos hospitais psiquiátricos do país: aproximadamente 97% dos custos da previdência da saúde eram designados aos hospitais psiquiátricos (Marcus Vinícius, 2008). Com o intuito de regularizar a Previdência, foi criado o plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária). Em 1982, é divulgado pelo CONASP o “Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social”, que introduz no cenário

das políticas públicas a ‘co-gestão’, estabelecendo uma nova parceira entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS). Com isso, em todo o país, foi gradativamente implantado o modelo sanitaria das “Ações Integradas de Saúde” que, posteriormente, convencionado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na Constituição Federal em 1988, consolidou-se, com a regulamentação da lei 8.080, de setembro de 1990, o SUS. Assim, foi no documento “Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica” que foram propostos princípios específicos a área da saúde mental, firmando, de modo geral:

Atenção predominantemente extra-hospitalar; emprego de equipe multiprofissional; inclusão em estratégia de atenção primária à saúde; utilização de recursos e métodos extra-hospitalares, intermediários entre o ambulatório e a internação integral, buscando reduzir a recorrência à internação, deixando-as apenas para pacientes que representem riscos para si ou para terceiros e promoção progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (MPAS/MS, 1982 *apud* Jorge, 1997).

Retornando, convocada a partir da Oitava, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em 1987 - que pôs em discussão temas como reforma sanitária, a reorganização da assistência à saúde mental, a cidadania do louco, seus direitos, deveres e legislação – foi de fundamental importância para o começo de uma trajetória marcada pela desconstrução de práticas e métodos institucionais no tratamento e cuidado com a loucura. Para Tenório essa conferência *“representa o fim da trajetória sanitaria de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura”* (*apud* Césari, 2005;33).

Durante o seu andamento, os participantes do MTSM decidiram realizar o II Congresso em Bauru. Na realização deste o movimento sofre profunda transformação deixando de ser um movimento predominantemente de profissionais da saúde para tornar-se aderente de usuários e familiares. No mesmo sentido, é decidido explicitar a posição do movimento e de sua luta, adotando o lema, surgido no III Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, realizado em dezembro do ano anterior em Buenos Aires, “Por Uma Sociedade

Sem Manicômios”. Assim, nasce o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), que produz um alargamento dos objetivos até então visados e da participação de usuários, familiares e todos os demais envolvidos. O lema adotado anuncia o convite à sociedade como um todo para discutir, questionar e reconstruir a sua relação com o louco e a loucura. É praxe do movimento, até os dias de hoje, a realização de diferentes tipos de eventos e atividades de cunho cultural, artístico e científico com o intuito de atrair e envolver novos atores, ganhando assim força e reconhecimento. Considero relevante destacar que o termo *manicomial* não diz apenas dos manicômios, e sim de um funcionamento institucional que apóia esse modelo. Ainda neste evento, foi nomeado o dia 18 de maio como o dia Nacional de Luta Antimanicomial. Desde então, muitas associações e cooperativas foram criadas em diversas regiões do país, como SP, RJ, MG, PE, RN, RS, entre outras.

O MLA acaba representando um movimento que é contrário a qualquer instituição social que se mostre “intolerante à diferença e àquilo que foge da norma instituída” (Mirna, 2002;37), ou seja, qualquer manifestação social de exclusão, marginalidade, rejeição, estigma ou ações da mesma natureza.

Nesse contexto, o hospital psiquiátrico é tomado como emblema de exclusão e rejeição do diferente e, portanto, inaceitável. Assim, com o amadurecimento da crítica ao modelo de atenção psiquiátrica asilar, é possível constatar, a partir das observações anteriores, que a ineficácia e esgotamento deste são definitivamente evidenciados no período datado do final dos anos 70 aos primórdios da década de 90, ficando marcado, por especial importância, pelo nascimento das primeiras propostas e ações para a transformação do modelo de assistência no campo da saúde mental.

Um conjunto de diferentes iniciativas – de âmbito teórico, político, cultural e social - protestava por respeito e dignidade aos pacientes psiquiátricos e pela garantia de seus direitos enquanto cidadãos, sendo fortalecidas e conquistadas através de mudanças na legislação e da ocorrência de eventos com especial importância como, a I Conferência Nacional de Saúde

Mental, do II Encontro Nacional de Trabalhadores e do surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial.

Aqui tem início um período conduzido pela noção de *desinstitucionalização*, fortemente influenciado pela proposta basagliana, que por relevância, ganha espaço reservado no capítulo seguinte. Esse conceito é chave, apontando para a desconstrução do saber psiquiátrico e do próprio hospital, é a desconstrução da instituição e de seu modo de atuação.

Assim, em São Paulo no ano de 1987, é fundado o primeiro CAPS - Centro de Atenção Psicossocial – do Brasil, que leva o nome de Prof. Luis da Rocha Cerqueira (conhecido como CAPS Itapeva). Passados dois anos, em 89, é criado o NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial – na cidade de Bauru. Ambos tornaram-se elementos centrais na instauração de novos modelos assistenciais, favorecendo também a instituição de novas políticas de saúde mental como, por exemplo, a portaria 189/91, comentada mais adiante.

A oportunidade de criação do CAPS Itapeva se dá meio a reformulação administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 1986. As divisões e coordenadorias internas são extintas dando lugar aos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA). Por conta disso, o casarão sede da Divisão de Ambulatórios, localizado na Rua Itapeva, é cedido para a implantação do novo serviço assistencial.

A cidade de Santos, sobretudo no final da década de 80, foi palco de inúmeras iniciativas de intervenção no campo da saúde mental, reunindo significativas conquistas. Em 1989, teve início uma das principais experiências de intervenção da história do movimento no Brasil, por vez realizada no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em Santos, para, segundo Lancetti “cuidar dos pacientes que se encontravam em estado deplorável” (Lancetti, 2006;41). Com aproximadamente 500 internos, a casa foi fechada e substituída pela criação de novas estratégias e serviços substitutivos ao modelo assistencial. Por conseguinte, nascem os NAPS de Santos

(funcionando 24 horas por dia), acompanhados de cooperativas, residências terapêuticas e associações afins.

O trabalho dos técnicos do NAPS com os usuários era orientado pelos chamados *projetos terapêuticos*. Eram entendidos como ações estratégicas de cuidado, pois tendo em vista a demanda de cada usuário, ofereciam aos técnicos elementos singulares e peculiares a este sujeito que, por fim, seriam norteadores da sua atuação e intervenção. Este conceito torna-se imprescindível ao campo de atuação da saúde mental.

Tal experiência foi de grande importância principalmente em confirmar a viabilidade da construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico e em fortalecer o lema do movimento, caracterizando assim um marco no processo de reforma psiquiátrica brasileira, demonstrando legitimidade e validade de seus ideais. Contudo, este serviço não foi regulamentado por nenhuma portaria ministerial.

Vale ressaltar que essas primeiras experiências de CAPS e NAPS tinham funções diferenciadas, o que não significa díspares. O CAPS, já com vocação substitutiva e não complementar ao modelo asilar, se propunha a intermediar e acompanhar a passagem do paciente entre o hospital e o Ambulatório, ou seja, promover, a partir de propostas terapêuticas complexas, a reabilitação psicossocial de pessoas com graves distúrbios psíquicos e junto a isso oferecê-las acolhimento compatível a situação vivida. Os NAPS, por sua vez, tendiam a substituição efetiva do modelo manicomial.

Foram experiências marcadas por uma prática ampliada e norteada por uma concepção que considera e cuida do indivíduo de maneira global. Buscavam oferecer um leque diversificado de atividades e relações sociais, além de criar e lhes proporcionar uma rede de dispositivos alternativos ao hospital psiquiátrico, que têm a intenção de abarcar e intervir sobre a totalidade existencial do sujeito, ou seja, suas relações interpessoais, subjetivas, cotidianas, como, trabalho, moradia, etc, inaugurando assim, um novo olhar,

uma nova atitude, um novo paradigma sobre àqueles que possuem algum tipo de sofrimento psíquico.

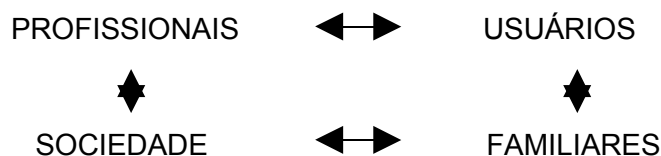
Ainda assim, meio a tantas iniciativas e conquistas vitoriosas, é, sobretudo na totalidade do SUS, que o movimento da reforma psiquiátrica assistiu a consolidação de princípios facilitadores e promotores de seus ensejos. Entre eles: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; integralidade das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; participação da comunidade; descentralização político-administrativa e regionalização da rede de serviços.

Desse modo, com a introdução da saúde na Constituição e a instituição do SUS, as políticas de saúde de forma geral, aqui em especial o campo da saúde mental, são beneficiadas pela construção de estratégias de ação para a promoção e assistência à saúde mental. Em complemento, a participação incisiva da sociedade foi categoricamente conquistada pela lei nº 8.142, de dezembro de 1990, conhecida como “controle social”, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Nesse momento, o movimento ganha corpo e solidifica sua luta. Com a realização das conferências e de outros grandes encontros a participação e o envolvimento da comunidade se tornam efetivo e contribuinte para o campo da saúde mental e da saúde em geral.

Entra em cena, introduzido pela legislação do SUS, o termo ‘usuário’, no sentido de destacar o protagonismo de um sujeito que anteriormente era apenas um ‘paciente’, deixando de lado a relação médico-paciente, ou seja, médico-doença, habitualmente referenciada pela psiquiatria, produzindo um deslocamento do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Amarante (2007) utiliza o esquema abaixo para demonstrar o que se pretende na área da

saúde mental e atenção psicossocial, no que diz respeito à rede de relações entre os sujeitos envolvidos: médicos, psicólogos, assistentes sociais, usuários, familiares, entre muitos outros atores dessa rede.



Entretanto, atualmente, o termo tem sido alvo de críticas por *manter* uma relação do sujeito com o sistema de saúde.

Posteriormente, em 1990, surge a Declaração de Caracas que visa a reestruturação da atenção psiquiátrica na América latina no contexto dos sistemas locais de saúde. O Brasil assina e se compromete a desenvolver medidas de superação do modelo de atenção centralizado no hospital psiquiátrico. Tal fato é, repetida vezes, inequivocamente referenciado como o evento disparador do processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Desse modo, a declaração definiu diretrizes que propiciaram modificações fundamentais nas políticas públicas para o campo da saúde mental e com isso as internações em hospitais psiquiátricos passaram a ser consideradas necessárias somente quando exauridas todas as demais alternativas terapêuticas ambulatoriais existentes. Tais modificações impulsionaram a construção e consolidação de políticas públicas que asseguraram a implantação do modelo de atenção extra-hospitalar e a progressiva desativação dos leitos psiquiátricos.

Finalmente, nesse mesmo período, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas adota, em dezembro de 1991, os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental.

Daqui em diante, a partir das conquistas assinaladas, são aprovadas as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos

psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental e o incentivo de redirecionar o financiamento público para esses equipamentos. Começa a vigorar, em âmbito nacional, as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundamentadas nas experiências iniciais de CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Nesse momento, os movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica, acompanhados pela sociedade e por essas medidas e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, têm seus contornos mais acentuados.

Os avanços conquistados pela reforma psiquiátrica brasileira ganham reforço com a publicação das seguintes portarias MS/SNAS: nº 189, de 1991, que institui os CAPS e NAPS na lista de procedimentos e dispositivos de atenção a saúde mental custeados pela verba pública; nº 224, de 1992, que estabelece diretrizes e normas no âmbito do SUS, para o atendimento ambulatorial em unidades básicas, centros de saúde, ambulatório, centros ou núcleos de atenção psicossocial (CAPS/NAPS) e atendimento hospitalar em hospital dia, urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria.

Ao final do ano de 92, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília. Realizada em três fases, contando com a participação de aproximadamente 20 mil pessoas, os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica foram reafirmados e revigorados na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial. Em 1993, produto do III Encontro Nacional de entidades de usuários e familiares realizado em Santos, foi apresentada a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental (anexo 2).

Rapidamente, as conquistas são nítidas e seus frutos logo percebidos. A queda no número de leitos e de hospitais psiquiátricos é admirável: em cinco anos 57 hospitais psiquiátricos foram fechados, sendo 9 públicos e 48 particulares, diminuindo o número de 313 (54 públicos e 259 particulares) para

256 (45 públicos e 211 particulares) hospitais psiquiátricos em todo o país, representando, por fim, uma queda de 85 mil para 62 mil leitos, sendo a grande maioria particular (Tenório apud Césari, 2005;40).

Finalmente, em abril de 2001, passados 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada a Lei nº 10.216, conhecida como a lei federal de saúde mental (anexo 1). Este é um substitutivo menos ambicioso do projeto de lei nº 3.657 do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que foi apresentado ao Congresso Nacional em 1989, mas não foi aprovado. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A aprovação desta lei dá novo impulso e fortalece o processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Surge, em dezembro de 2001, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, o lema “Cuidar sim, excluir não”, afirmando uma ética e direção norteadoras para o campo da atenção em saúde mental. Ganha destaque a concepção de saúde que a compreende como um *processo*, inserido num contexto de produção de qualidade de vida, e não como ausência de doença.

Ainda em 2001, é publicada a portaria nº 336 (anexo 1), aonde são reestruturadas as definições e diretrizes de funcionamento dos CAPS e suas variadas modalidades, estabelecidas anteriormente pela portaria nº 224/92. No ano seguinte, considerando as determinações da Lei nº 10.216/01, é criada a portaria nº 251, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências (MS, 2002). Um novo cenário se constitui a partir da regulamentação de linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos de atenção diária e a criação de mecanismos de fiscalização e redução programada dos hospitais.

A rede de atenção à saúde mental é ampliada, sendo contemplada na combinação de diversos equipamentos regulamentados que integram a rede de serviços substitutivos, dentre os principais deles: CAPS; UBS (Unidade Básica de Saúde); atendimento psiquiátrico emergencial em pronto-socorro; hospitais-dia; CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa); residências terapêuticas. Há ainda, como estratégia adicional, o Programa Saúde da Família (PSF), criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, podendo o atendimento ser prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio.

Para que a atuação dos equipamentos disponíveis na área da saúde mental se dê da maneira esperada e proposta para a efetiva reabilitação psicossocial do sujeito, é indispensável uma rede integrada – postos de saúde, CAPS, leitos em hospitais gerais, redes comunitárias, programas de geração de renda, CECCO, residências terapêuticas supervisionadas, serviços sociais, etc – e logicamente, o repasse adequado da verba necessária. A idéia é colocar a pessoa para circular pelo território, entre os dispositivos, possibilitando a reintegração do indivíduo à sociedade *junto* a ela.

Mesmo assim, com a aprovação de leis de reforma psiquiátrica e o surgimento e normatização de serviços substitutivos, a diminuição do número de leitos descrita parágrafos ainda é inexperiente em sua abrangência, pois o reinado do modelo psiquiátrico asilar prevalece, mantendo as doenças mentais ainda como as maiores causas de incapacitação para determinadas atividades cotidianas, as principais responsáveis por internações e a assistência hospitalar líder no ranking dos gastos públicos.

O fechamento dos hospitais psiquiátricos é progressivo: do início dos anos 80, aonde o número de leitos chega a 100 mil, até hoje houve uma redução de mais da metade do número de leitos no país. Contudo, 80% dos leitos psiquiátricos são privados, o que dificulta em muito o processo de desativação dos leitos, uma vez que a constituição brasileira protege a propriedade privada nos contratos com o poder público. Dessa forma,

assistimos ao soterramento dos interesses individuais privatistas sobre os interesses sociais públicos.

Mesmo que, atualmente no país, o número de internações psiquiátricas beire a casa dos 900 mensais, é inegável o fato de que a rede extra-hospitalar segue em expansão. Já passou de 1.000 o número de CAPS instalados em todo país, sendo que em 2006 o número era 516, equivalente a um crescimento de 120% (Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo). Além disso, o número de organizações de usuários e familiares em prol da reforma psiquiátrica, espalhadas pelo país é significativo, beirando em torno dos 50, com a realização freqüente de encontros próprios.

Posto que os acontecimentos e inovações surgidas nesta trajetória tenham garantida sua enorme importância e apontem para uma nova tendência de modelo assistencial, a constante avaliação e reflexão são imprescindíveis. Os serviços, por ocuparem a categoria de 'substitutivos', têm o enorme desafio de zelar, invariavelmente, pela qualidade dos mesmos e também para a consonância com o trajeto ainda a ser seguido pela reforma psiquiátrica. Por mais que sejam antimanicomiais, não há nada que impeça ou assegure a reprodução de mecanismos ou características manicomiais da psiquiatria tradicional. Ou seja, é preciso, a todo tempo, rever certas interrogativas do tipo, *o quê, como e para quê* se construir esse modelo, atentando sempre para uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, manicomial.

No entanto, a mudança no olhar e no tratamento da sociedade com a loucura é concomitantemente responsável pelas inúmeras conquistas do movimento social de Reforma Psiquiátrica brasileiro, que chega até o momento vitorioso, afrontando diariamente incansáveis desafios e conquistando cada vez mais múltiplos espaços e agentes.

Capítulo 2 – Os movimentos precursores

*“O que é cientificamente correto
pode ser eticamente errado”.* Ronald Laing

Na tentativa de oferecer elementos relevantes para a reflexão sobre o movimento de reforma psiquiátrica brasileira será realizada uma breve síntese, a luz do autor Paulo Amarante, sobre o cenário em que surgem os movimentos precursores ocorridos no mundo e suas trajetórias. Com isso, será possível, no capítulo seguinte, discorrer sobre as (principais) influências destes movimentos sobre o cenário brasileiro, a partir da fundamentação de alguns dos conceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

As duas grandes Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre os homens e foram criando assim condições de possibilidades históricas para outro período das transformações psiquiátricas (Amarante, 2007:40).

Quando Amarante diz *outro período das transformações psiquiátricas* está se referindo as ‘colônias dos alienados’, que foram as primeiras tentativas, iniciadas por Pinel e seus contemporâneos, de resgatar o potencial terapêutico dos asilos psiquiátricos. Eram grandes campos agrícolas, onde os alienados pudessem trabalhar e, a partir de tal atividade, se recuperar. Em outras palavras, como a doença mental representava a perda da razão, o tratamento deveria se basear no resgate desta por meio da liberdade, ou seja, da internação dos sujeitos ou, ainda melhor, como preferia Juliano Moreira (um dos maiores criadores das colônias no Brasil, entre elas a colossal do Juqueri), da ‘ilusão da liberdade’.

As primeiras colônias brasileiras surgiram nas últimas décadas do século XIX, no Rio de Janeiro. Poucas décadas depois, 1940/1950, o projeto ganhou novos alcances, chegando a colônia do Juqueri, em São Paulo, por exemplo, a ter 16 mil internos. Parte considerável daqueles quase 100 mil leitos psiquiátricos de meados do século passado era proveniente destas colônias.

Em pouco tempo, as colônias que visavam - apoiadas no princípio da liberdade - substituir os asilos psiquiátricos e tratar através do trabalho, se mostraram semelhantes aos mesmos, tornando-se uma das mais consagradas

referências de tratamento moral. Essa decadência não é exclusiva do Brasil, pelo contrário, como veremos, é de âmbito internacional.

Algumas experiências são datadas do período anterior a segunda guerra, ainda século XIX e começo do século XX. Mas é somente no pós-guerra que seus formatos são mais bem definidos, tornando-se protagonistas da transformação ou reformulação do espaço asilar. Este foi um período de importância fundamental para o surgimento dos projetos de reforma psiquiátrica difundidos pelo mundo, servindo de palco para essas primeiras experiências. Alguns desses projetos foram de notória importância, exercendo potente influência até a atualidade.

O conjunto de inúmeras críticas ao hospital psiquiátrico, a sua visão de doença mental e, por conseguinte, ao tratamento desta, proclamam a crise dessa psiquiatria e de sua impotência terapêutica, explanadas pelos altos índices de cronificação dos pacientes e pela responsabilização da produção ou agravamento das doenças. Assim, as seguintes reformas passaram a interrogar o saber psiquiátrico e a instituição asilar quanto a sua natureza e papel social.

Para dar início a exposição das experiências de superação do modelo psiquiátrico, vale ressaltar, que desde o começo desse estudo, estamos falando de um modelo que pressupõe a hospitalização como cerne de sua proposta terapêutica e que, portanto, como citado no exemplo das colônias dos alienados, implica num paciente *sem* razão, ou seja, um insano, demente, louco, pirado e etc. É de máxima importância ressaltar conceitos que são chaves mestras da 'ilusão de sucesso' (numa oposição sarcástica a Juliano Moreira) dessa proposta: vigilância, controle, repressão, disciplina e punição.

As experiências que serão expostas a seguir ganharam força e reconhecimento no período entre as décadas de 40 e 80. São elas, respectivamente: Comunidade Terapêutica, Psicoterapia Institucional,

Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva, Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática.

Comunidade Terapêutica

Ainda no final do século XIX e início do século seguinte, eram desenvolvidas em hospitais psiquiátricos práticas que apresentavam o trabalho como base do tratamento, utilizando assim do potencial dos próprios pacientes. Como exemplo, Simon, em meados dos anos 20, na Alemanha, utilizou a mão-de-obra dos pacientes para construir um hospital. A expressão Comunidade Terapêutica é pela primeira vez utilizada por T. H. Main, em 1946, ao nomear o trabalho desenvolvido junto a Bion e Reichman, no Monthfield Hospital em Birmingham, na Inglaterra, país aonde a experiência irá se consagrar.

Propostas dessa natureza possibilitavam a articulação entre diferentes aspectos – isolamento do paciente, escassez de recursos terapêuticos e de funcionários, precariedade do espaço físico – produzindo maior integração dos pacientes entre si e com o espaço, além de mudanças no funcionamento interno da instituição. Dentre elas, a abolição das relações hierárquicas entre funcionários e pacientes com a finalidade de incentivar a participação ativa dos últimos e a ação conjunta entre todos. Eram realizadas reuniões onde se discutiam questões pertinentes a toda a comunidade, como dificuldades, projetos, planos pessoais e também assembléias deliberativas onde as decisões eram tomadas coletivamente. Esse conjunto de ações transformadoras, de caráter democrático e igualitário, era predominantemente restrito ao espaço interno. Acreditava-se que a produção de mudanças *na* instituição, que caminhavam no sentido da humanização do serviço, seria a solução dos asilos psiquiátricos, ou seja, havia a crença no potencial de cura do espaço asilar.

Sullivan, no início da década de 30, apoiado em transformações na dinâmica do funcionamento da instituição, desloca o enfoque terapêutico do

individual para o grupal, enfatizando os benefícios da integração entre os pacientes.

No entanto, a experiência se fortalece quando Maxwell Jones, em 1959, organiza os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades convidando todos os envolvidos com a instituição a participar: pacientes, funcionários, familiares e comunidade. Com isso, o sujeito é incitado a envolver-se não apenas com o seu processo terapêutico, mas também com o do outro, deixando de ser algo exclusivo de cada um para ser compartilhado tanto com os profissionais quanto com a família e a sociedade.

A troca de experiências e a comunicação entre o hospital e a comunidade, aproximando para a possibilidade um tratamento fora do hospital e o desenvolvimento de uma organização social democrática e igualitária, ou seja, uma estrutura social mais horizontal do que vertical, eram aspectos de destaque das comunidades terapêuticas. Contudo, a fundação dessas 'micro-sociedades' - como muitas vezes eram chamadas as comunidades terapêuticas - nos asilos psiquiátricos foi alvo de críticas que reclamavam a falha comunicação entre o interno e o externo que, por sua vez, desfavoreciam o processo de *desalienação* dos internos, dificultando suas saídas.

Psicoterapia Institucional

Outra experiência de reforma do espaço asilar foi a Psicoterapia Institucional. Iniciada na França, no período pós segunda guerra, nasce de um trabalho realizado por François Tosquelles no Hospital Saint Alban. Quando refugiado da ditadura espanhola, Tosquelles passa a trabalhar no hospital francês onde se depara com a inumana condição dos internos e dá início a uma seqüência de transformações. Tosquelles foi o protagonista desta outra proposta e preferia chamá-la de Coletivo Terapêutico.

Inovando ao considerar o fato de que as próprias instituições contem aspectos doentes, que apontam para o prejuízo do exercício de sua função

terapêutica, propõem o tratamento destas na busca de um hospital reformado e, por sua vez, competente no tratamento da doença mental. O conceito de 'coletivo', no caso de pacientes e técnicos, é fundamental para a compreensão do objeto desta prática, tanto ao apostar na idéia da 'transversalidade', ou seja, na invalidação dos conceitos de hierarquia e verticalidade do modelo psiquiátrico tradicional, quanto na crença do potencial e da função terapêutica de cada membro da instituição.

O Clube Terapêutico foi uma iniciativa desta proposta, gerida por técnicos e pacientes, de criar um espaço para a participação e construção coletiva de novas possibilidades, que iam desde a realização de festas, feiras de produtos, passeios até ateliês e oficinas que, fundamentados pela psicanálise, confiavam nos benefícios das *relações*, dos vínculos, visando à reestruturação da dinâmica psíquica.

Psiquiatria de Setor

Ao final dos anos 50 e início dos anos 60, se faz a necessidade de um trabalho externo ao hospital psiquiátrico. É nesse contexto, a partir da Psicoterapia Institucional, que se configura a Psiquiatria de Setor, pontuando a importância de um trabalho externo que oferecesse continuidade aos casos pós-alta, buscando também evitar possíveis *reinternações* e até mesmo novas internações. Era prioridade dessa proposta, pois entendido como recurso terapêutico, que o paciente tivesse assistência em sua própria comunidade.

Lucien Bonnafé foi precursor ao subdividir em setores, de acordo com as enfermarias correspondentes, o espaço interno do hospital. O mesmo se deu no território: cada seção hospitalar corresponderia a uma área geográfica e social. Para tanto, os territórios (no sentido geográfico) passaram a se dividir em setores (começo da regionalização da assistência psiquiátrica), que atendiam regiões específicas, cada um com uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, contando ainda com um conjunto de instituições, entre elas os CSM (Centros

de Saúde Mental), com a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural. A idéia, resumidamente, era que cada região oferecesse todos os serviços (regionalização) e que o paciente continuasse a ser atendido pela mesma equipe do hospital.

Tal projeto veio a calhar. Nesse momento, o Estado atravessa uma situação crítica com relação à alta incidência de casos psiquiátricos ocasionados pela guerra. Os hospitais e asilos eram ineficazes ao exercer as funções do estado quanto ao controle social e normalização das grandes populações. Deste modo, a política do setor seria o aliado ideal para o cumprimento da ordem social. Contudo, são inúmeras e de diferentes vieses as críticas impeditivas tecidas sobre esta prática: umas em oposição ao domínio do saber psiquiátrico, outras contra a circulação dos loucos pelas ruas, provocada pela disposição dos serviços e as últimas alegando que a criação de novos serviços era tão custosa quanto a manutenção dos hospitais psiquiátricos.

Psiquiatria Preventiva ou Comunitária

Acontece nos Estados Unidos, também nos anos 50, um censo que anuncia ao país a deplorável condição dos hospitais e dos pacientes internados, despertando a sociedade para mudanças na assistência psiquiátrica. Assim, na pretensão de realizar uma revolução, nasce a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, também conhecida como Saúde Mental Comunitária, publicada no livro *Princípios da Psiquiatria Preventiva* de Gerald Caplan, propondo uma eficaz intervenção nas causas ou origem das doenças mentais, a prevenção das mesmas e a promoção de saúde. Para tal são elaborados três níveis de intervenção (quadro abaixo).

Seguindo a política estadual (de preventivismo) decretada após o censo, esta experiência, que acabou produzindo um imaginário social de salvação, buscou reduzir os casos de doenças e promover a saúde. Ou seja, o objeto da psiquiatria sofre um deslocamento da *doença* mental para a *saúde* mental.

É interessante observar, simultaneamente, o entendimento de Birman & Costa sobre os três níveis de prevenção elaborados por Caplan e o paralelo traçado por Lancetti (*apud* 2003;38) das três ordens prioritárias da psiquiatria preventiva:

<u>Caplan</u>	<u>Lancetti</u>
- <i>prevenção primária</i> : intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;	- aquelas destinadas a reduzir (e não curar) numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a 'sanidade mental' dos grupos sociais;
- <i>prevenção secundária</i> : intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;	- aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os e tratando-os precocemente;
- <i>prevenção terciária</i> : que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria.	- aquelas cuja finalidade é minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais.

Caplan foi o maior responsável pela propagação do imaginário da salvação, pois acreditava que todas as doenças mentais, se descobertas com antecedência, poderiam ser prevenidas. Em consequência disso e somado aos significados associados à doença mental, como distúrbio, desvio, marginalidade, criou-se a perspectiva de preveni-las e de tal modo erradicar todos os males da sociedade.

A partir dos conceitos de *adaptação* e *desadaptação social*, entendidos como critérios para distinção entre o normal e o patológico, surge o conceito de *desvio*, que é, por conseguinte, um comportamento anormal ao socialmente estabelecido. Outro conceito fundamental é o de *crise*, que aparece como o possibilitador de uma intervenção preventiva. Este, por sua vez, é classificado em duas categorias: *crises evolutivas*, geradas pelos processos naturais de desenvolvimento físico, emocional e social e *crises acidentais*, quando precipitadas por uma situação de perda ou risco (2007;51).

Foi precisamente o conceito de crise que deu a Psiquiatria Preventiva a característica de comunitária, pois a atuação extra-hospitalar da equipe passou a ter forte influência sobre a comunidade, potencializando a possibilidade de identificar e intervir nas crises. Outro conceito fundamental que surge ainda neste contexto é o de *desinstitucionalização*, fazendo referência direta a *desospitalização*, entendida como redução de internações psiquiátricas e do tempo médio de permanência hospitalar e também da promoção de altas hospitalares.

A prática da desinstitucionalização, no intuito de abolir a recorrência ao hospital, na medida em que as ações preventivas suprimissem as doenças, demandou a implantação de diversos dispositivos espalhados pela comunidade, como serviços de saúde mental, hospitais-dia, hospitais-noite, abrigos, leitos em hospitais gerais, entre outros. Esse cenário logo é modificado, pois o crescimento dos serviços é similar ao aumento da demanda psiquiátrica que, de tal modo, acabou transformando estes serviços em grandes articuladores entre os pacientes e os hospitais psiquiátricos.

Antipsiquiatria

Outra experiência, comumente associada a uma postura reflexiva diante da loucura do que de reforma, foi a Antipsiquiatria, de origem inglesa, datada do final da década de 50. Ela nasce das experiências de Ronald Laing e David Cooper de implantar Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional nos hospitais onde trabalhavam. Em pouco tempo perceberam que tais práticas eram ineficazes quanto ao que desejavam e que tanto a instituição quanto a sociedade eram os maiores agentes da opressão e violência sofrida pelos sujeitos ditos loucos. Para eles a instituição era o representante direto das estruturas das relações sociais em sua completude. A loucura era vista *entre* os homens e não *dentro* deles (2003;44). Como pensavam seus idealizadores, a loucura era porta voz dos conflitos, temáticas vivenciadas por todos, mas proclamada, longe da timidez, apenas pelos loucos.

O termo *antipsiquiatria* tem a finalidade de se mostrar avesso ao saber e a prática psiquiátrica vigente que, de certo modo, diziam de uma inabilidade da sociedade como um todo no trato com a loucura. Para a antipsiquiatria a doença mental dizia respeito da experiência de um sujeito com o seu ambiente social. E que, portanto, partindo da premissa de uma experiência, deveria ser *experienciada* pelo sujeito que a comporta e somente assim o sintoma poderia emergir e ser dotado de sentido, ou seja, significado. Caberia ao terapeuta, nesta possibilidade de re-organização interna, acompanhar e proteger o sujeito durante esse tão delicado e singular processo.

Psiquiatria Democrática

A Psiquiatria Democrática, originária da Itália dos anos 60, ainda no intento de desconstrução da psiquiatria, teve Franco Basaglia como seu principal e mais expressivo protagonista. Tudo se inicia com a proposta, também inicialmente inspirada na Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, de reformar um hospital da região de Gorizia, interior da Itália. Aos poucos vai se desmontando o hospital e construindo alternativas para os ex-internos de retorno ao convívio social. No começo o foco era a humanização do hospital, onde o tratamento e a reabilitação se tornassem efetivas. Com o passar do tempo, Basaglia percebe que o caminho deveria ser outro e inicia o período de negação do ideal psiquiátrico. A transformação deveria tomar maiores proporções e apreender todas as esferas que compõe a prática institucional: o saber teórico, científico, prático, social, legislativo e jurídico.

Foi num hospital em Trieste, no norte da Itália, no início dos anos 70, que se deu, como considerada por muitos autores, a mais original e radical experiência de transformação psiquiátrica. Basaglia se valeu da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional não como objetivos a serem alcançados e sim como estratégias de desmontagem da estrutura manicomial. Para isso são criados diversos serviços e dispositivos substitutivos ao modelo vigente. É importante frisar que o termo *substitutivo* tinha o sentido estrito de *substituir* as instituições psiquiátricas e não de traçar parcerias ou qualquer

atividade conjunta de mão dupla. Assim, os primeiros serviços foram os CSM (centros de saúde mental) e seguiam o critério da regionalização. O conceito de 'tomada de responsabilidade' viera para autorizar os CSM a assumir integralmente as questões territoriais pertinentes a saúde mental.

Resumidamente, estes serviços visavam uma atuação territorial no intuito de reconstruir o lugar social da loucura e assim transformar a atitude, o jeito como a sociedade lidava cotidianamente, com as pessoas em sofrimento psíquico. Junto a isso, na medida em que as pessoas freqüentavam os serviços e os dispositivos criados, como cooperativas de trabalho, grupos de música, residências para os ex-internos, terapia, entre outros, elas também estariam circulando pela cidade, ou seja, habitando novamente um espaço onde até então, por imposição social, apenas lhe era concedido o lugar de excluído. Enfim, haveria um alargamento de suas vidas e possibilidades.

Para além das transformações concretas e burocráticas, essa experiência opera no resgate do lugar social do sujeito dito louco, promovendo o retorno do lugar de cidadão e, portanto, dos seus direitos enquanto tal. Mas isso só foi possível e proposto nesta experiência inovadora porque o sujeito era considerado em sua existência global e complexa, que comporta a loucura sem considerá-la doença e sim uma experiência de sofrimento vivida pelo sujeito. A doença deixa de ocupar o lugar do sujeito que era até então oprimido entre os parênteses (doença-(sujeito)). Se re-estabelece a relação do sujeito com o seu próprio corpo em suas infinitas dimensões: uso de objetos e cuidados pessoais, restituição dos direitos civis, legitimidade e reconhecimento de seus sentimentos, conflitos, vivências.

É possível perceber, a partir da exposição realizada, que cada experiência contém suas particularidades – lembrando de suas conquistas e fracassos dentro de seus propósitos - mas que por vezes se combinam a outra proposta de caráter semelhante. Assim sendo, como sugerido por Amarante, segue algumas combinações, separadas por grupos, de acordo com seus processos e objetivos: o primeiro grupo é composto pela Comunidade

Terapêutica e Psicoterapia Institucional; o segundo, pela Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva; e o terceiro e último, pela Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

As experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional compartilhavam da premissa de que a promoção de mudanças no hospital psiquiátrico iria qualificar o exercício da psiquiatria e confirmar o potencial terapêutico da instituição asilar. Caracterizavam-se por uma reformulação restrita ao âmbito asilar, de superação das relações hierárquicas autoritárias, de liberdade de comunicação e de práticas coletivas.

Na ânsia de transformações imediatas e para além do espaço asilar a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva ficaram, do mesmo modo, marcadas pelo deslocamento do espaço *intra*-hospitalar para o *extra*-hospitalar, a partir da criação de novos serviços externos ao hospital. Priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria, que resultou numa valorização dos aspectos psicossociais do sofrimento mental.

Caracterizadas por darem início a um rompimento com o modelo assistencial vigente, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática interrogavam o paradigma psiquiátrico tradicional, igualmente no seu âmbito teórico e prático, afirmando a possibilidade de extinção do hospital psiquiátrico, requerendo assim a desinstitucionalização, a criação de serviços substitutivos a instituição asilar e o resgate da cidadania.

Agora, será possível pensar, no atual cenário brasileiro de serviços de saúde mental da rede pública, como um combinado de múltiplos aspectos dos diferentes modelos e conceitos anteriormente explicitados acrescentados de um tempero brasileiro. O movimento nacional de reforma pode ser analisado pela mesma linha de raciocínio, reservando a Franco Basaglia, inspirador da Psiquiatria Democrática, contribuição especial e notória na constituição do movimento brasileiro. Relembrando, deve-se considerar de imediato que cada

experiência de reformulação da prática psiquiátrica tem, em grande escala, suas especificidades muito bem desenhadas.

Capítulo 3 - Algumas considerações em torno da Atenção Psicossocial

“Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”.

Antonio Gramsci

Ao longo do capítulo será possível uma maior compreensão acerca de alguns conceitos pertinentes a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo o campo da Atenção Psicossocial no contexto da Saúde Mental Coletiva. No mesmo sentido, será traçado o panorama dos recursos existentes que compõem a Rede de Saúde Mental e, em especial, o percurso de desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como um dos principais serviços de atenção psicossocial da rede. O CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva, será utilizado como exemplo ilustrativo desse modelo.

3.1 Análise do termo ‘psicossocial’

A apreciação do termo *psicossocial* a partir de sua inserção no contexto na Reforma Psiquiátrica brasileira revela uma trajetória que em certo momento ganha a pertinência de conceito. A importância em fundamentar esse percurso se faz da especulação do campo da Atenção Psicossocial enquanto um conjunto significativo de práticas que aprimora e compõe o contexto da Saúde Mental Coletiva, a ponto de se tornar apto à constituição de um novo paradigma para as práticas de Saúde Mental.

Num primeiro momento, considero relevante discorrer brevemente sobre a expressão *saúde mental*, que se caracteriza por uma área de conhecimento e atuação técnica, complexa, plural e intersetorial, no âmbito das políticas públicas de saúde. Comporta e é componente de uma complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental. Segundo Spink

A natureza do campo da saúde mental vem contribuindo para que comecemos a pensar de forma diferente, não mais com este paradigma da verdade única e definitiva, mas sim em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo”, de “reflexividade” (apud Amarante, 2007;18).

Em consonância, conceitos como doença mental, anormalidade, loucura, desrazão passaram por um movimento de distinção até se aproximarem do conceito de existência-sofrimento. Algumas imagens, no sentido representativo,

vieram, e ainda vêm, sofrendo mudanças, ocupando novos significantes e reformulando algumas relações sociais como, por exemplo, a imagem do louco, da loucura e da instituição. O louco passa a ser visto como cidadão, a loucura como uma experiência de sofrimento psíquico, a instituição como um espaço de circulação e de produção de subjetividades que, por fim, juntos produzem uma transformação no imaginário social que vai da doença mental à saúde mental. Contudo, não se pode negar o fato de que o processo percorrido acima não alcançou a pluralidade desejada, mas se faz contínuo e infindável.

A transformação no imaginário influenciou, direta e indiretamente, o conjunto de ações que sustentam o campo da Atenção Psicossocial, que veio, ao longo do processo histórico da Reforma Psiquiátrica, integrando elementos teóricos, técnicos, ideológicos e éticos que trazem contribuições de diferentes movimentos de reforma, em principal da Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva, Antipsiquiatria, Psicoterapia Institucionais e Psiquiatria Democrática e também das experiências em âmbito nacional, como os CAPS e NAPS.

Apoiada nesse processo, iniciado nos últimos 20 anos, foi se constituindo a área da Saúde Mental, colocando em discussão a superação do modelo hospitalocêntrico de tratamento e a criação de outra lógica de atenção, psicossocial, comunitária e territorializada, a partir da construção de uma rede de serviços, tendo como pressupostos básicos: os direitos de cidadania, a desinstitucionalização e a promoção da saúde mental. A contraposição levantada ao paradigma doença-cura vai moldando a relação sujeito-objeto, onde o sofrimento psíquico do sujeito que agora toma a cena, se apresenta como objeto da situação. No modelo de atenção psicossocial, toma-se o sujeito para o tratamento e não mais a doença. O usuário participa da elaboração do seu projeto terapêutico que é o instrumento orientador para o desenvolvimento de ações que atendam suas necessidades de forma singularizada, transformando o doente em sujeito de direitos e compreendendo o projeto de tratamento como projeto de vida.

O viés da desinstitucionalização, herdado pela Psiquiatria Democrática italiana, quando referido no campo da Atenção Psicossocial, deve ser

entendido como uma estratégia global de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos implicados com a objetivação e racionalização da loucura, sua redução à doença e, por fim, com a desvalorização do sujeito. Suas aquisições são desenhadas pela produção de *novas* formas de intervenção que requerem a construção de *novos* dispositivos que se constituem enquanto espaços de sociabilidade. As instituições, de um modo geral, tendem a funcionar horizontalmente e a equipe de profissionais sem hierarquia de papéis. Assim, a partir do momento em que o sujeito é deslocado do *entre parênteses*, cedendo esse *locus* para a doença, se torna possível o contato, a troca, entre esses sujeitos, agora manifestos, que circulam pelos serviços. Este modelo pressupõe ainda, a participação da família e da comunidade, já que a doença deixa de ser vista como algo individual. O rompimento com práticas disciplinares implica a promoção de saúde enquanto produção de subjetividades e o resgate do estatuto de cidadão de um sujeito de direitos.

A concretização dos novos equipamentos apenas se tornou plausível na medida em que o campo jurídico-político também obteve êxito em suas reivindicações. A extinção dos manicômios, a criação de instituições abertas, a revisão legislativa e a aprovação de leis e portarias, foram conquistas de exímia essencialidade ao legitimar o exercício dos direitos à cidadania, trabalho e inclusão social, além, logicamente, de viabilizar e validar a práxis da Atenção Psicossocial no contexto da Saúde Mental Coletiva.

Costa Rosa (apud Amarante, 2003) discorre sobre o novo paradigma das práticas de Saúde Mental Coletiva, atentando para a elucidação das características de seus dispositivos institucionais, com a finalidade de delimitar as *características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir* e, para tanto, a atenção psicossocial precisa ser *capaz de se configurar como alteridade radical do paradigma psiquiátrico* (2003;36). Nessa análise são evidenciadas quatro dimensões essenciais da Atenção Psicossocial, resumidamente:

- Quanto à concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos: desospitalização (que não é o mesmo de desinstitucionalização) e não hospitalização; desmedicalização (o que significa abolir a medicação como resposta única ou preponderante); implicação subjetiva e sociocultural; existência-sofrimento e não doença-cura; clínica ampliada e transdisciplinar e não clínica das especialidades.
- Quanto à concepção da organização das relações intrainstitucionais: horizontalização das relações e não verticalização; participação e não exclusão; auto-gestão e co-gestão e não gestão por delegação; interprofissionalidade integradora de produção e não divisão do trabalho típica do modo capitalista de produção; transdisciplinaridade.
- Quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral: interlocução e não relação entre loucos e sãos; livre trânsito e não interdição e clausura; atenção integral e territorializada; desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e sua substituição pelo paradigma psicossocial.
- Quanto à concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos: reposicionamento do sujeito, relação sujeito-desejo; implicação subjetiva e sociocultural (singularização).

Deste modo, a Atenção Psicossocial parece contemplar o conjunto de elementos necessários para a constituição de um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico. E, justamente, por estar inserido num campo dinâmico e complexo, que rompe com um paradigma da *verdade* única e definitiva, pode ser compreendido como inesgotável à admissão de futuras e certas inovações.

3.2 A Rede de Atenção à Saúde mental

Atualmente, o campo da saúde mental e atenção psicossocial contam com um conjunto de práticas e saberes que embasados no princípio da

intersetorialidade possibilitam a articulação entre as diferentes estratégias disponíveis, tanto no campo da saúde mental quanto no campo da saúde geral e das políticas públicas. Todas estas estratégias devem se organizar em 'rede', formando assim um circuito que possibilite os seus encontros, o acesso e a cooperação entre todas as pessoas e sistemas envolvidos.

A lógica do território, na qual devem funcionar os serviços de saúde mental, deve buscar desenvolver suas práticas junto *com* e *nos* próprios recursos existentes na comunidade em que está inserido e seus arredores, promovendo a circulação e a construção de vínculos e alianças complementares a sua atuação. Nesse contexto, o *território* ganha expansão compreendendo também a rede de pessoas, instituições e relações que se estabelecem em determinada área. Segundo definição do Ministério da Saúde:

a rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatorios, bem como com Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação (Portal do Ministério da Saúde, 2008).

É necessária a articulação constante com os demais dispositivos sanitários, sociais, econômicos, afetivos, culturais, religiosos, políticos e de lazer. De modo geral, o panorama dos recursos componentes da rede de atenção à saúde mental, é o seguinte:

- Serviços de atenção psicossocial: CAPS, NAPS, residências terapêuticas, centros de convivência e cooperativa (CECCO), cooperativas de trabalho, ambulatorios, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

- Serviços de saúde em geral: programa da saúde da família (PSF), centro de saúde, rede básica, ambulatório, hospital geral e especializado.
- Organizações de políticas públicas: ministério público, previdência social, delegacias, instituições para o menor, idosos e desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem estar social, ONGs.

3.3 O CAPS Itapeva

O propiciador e objeto de análise desta pesquisa é o CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, que foi o pioneiro no país na consumação desta inovadora prática substitutiva de serviço de saúde mental, fundado no dia 12 de março de 1987, em São Paulo, na Rua Itapeva, ficando conhecido como CAPS Itapeva. Tornou-se figura central da representatividade de uma experiência paradigmática e inaugural, incentivando a concepção e a irradiação de serviços semelhantes na saúde mental brasileira.

O percurso histórico desse novo modelo tem início no governo de Franco Montoro, em 1983, quando a Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) adotou a política de redução do número de internações a partir do investimento em unidades extra-hospitalares, como ambulatórios e unidades básicas, e na capacitação profissional de suas equipes. Foram publicadas ainda, normas e diretrizes para a organização técnica destes serviços. Contudo, o modelo do ambulatório, ao lado dos hospitais e unidades básicas, apontava um limite e a necessidade da criação de centros mais complexos, intermediários entre o hospital e o ambulatório, que fossem, principalmente, capazes de dar assistência integral a pacientes psicóticos: competentes no acolhimento e na produção de respostas terapêuticas mais complexas, demandadas pelas pessoas com transtornos psíquicos severos. Isso revela uma necessidade que não é restrita ao âmbito estrutural, mas principalmente com relação ao tipo de serviço a ser oferecido.

No ano anterior a sua criação, a Secretaria de Estado da Saúde passava por uma reformulação administrativa que extinguiu as coordenadorias e divisões dando lugar aos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA). Deste modo, um grupo de profissionais da Divisão de Ambulatórios propôs o casarão da Divisão como local para a implantação e desenvolvimento da nova proposta assistencial. A verba para concretização foi destinada pelo ERSA, que estipulou o prazo de 30 dias para a reforma do espaço, contratação da equipe e estruturação da unidade com instrumentos e materiais adequados. Por ser um projeto original, não haviam normas e diretrizes firmadas que pudessem ser seguidas. O mesmo grupo de profissionais que elaborou o projeto, foi o responsável por sua execução.

Desde seu nascimento o CAPS está envolto por uma vocação substitutiva e não complementar ao sistema asilar. A ressalva de Sandra Fischetti Barição, membro da comissão integrada por técnicos da Divisão de Ambulatórios encarregados em viabilizar esta nova prática, legitima tal aptidão quando faz referência ao espaço físico, dizendo que *se trata de um casarão da década de 20, próximo à Avenida Paulista, que só por isso já rompia com o conceito de asilamento, imprimindo a idéia ou a lógica de uma residência para essa nova unidade de tratamento (Barição, 2001).*

Um dos grandes desafios da proposta inicial consistia na organização de uma estrutura que fosse suficientemente aberta e flexível à criação de diferentes recursos terapêuticos que pudessem abarcar a diversidade do campo dos transtornos mentais. Deste modo, caracterizava-se por uma estrutura intermediária, inserida na sociedade, que pretendia acompanhar o paciente, que em função de uma situação de crise, teve afastamento temporário de suas atividades, necessitando ambiente terapêutico para sua recuperação. A complexidade do acompanhamento se dava a partir da complexidade de cada quadro clínico.

Inicialmente, visava também a articulação dessa modalidade com os outros serviços já existentes, se disponibilizando ainda para o debate sobre a reorganização de serviços semelhantes na área de saúde mental.

O dia a dia da experiência inaugural era o compasso para as problemáticas que iam se apresentando pela nova proposta assistencial. A participação dos usuários era congruente a dos profissionais no que diz respeito ao movimento de ampliação que acometia, constantemente, o serviço, mas em especial no início, pois eram eles, enquanto beneficiários, os portavozes dos impasses e pendências do tratamento oferecido. Tal diálogo faz referência a um campo de atuação que se propunha a tratar das pessoas e não das doenças. A partir daí, houve uma compreensão, por parte da equipe, de que a instituição como um todo compunha um “*grande setting terapêutico*” (Barição, 2001), o que significava o envolvimento de todos os funcionários na construção do modelo ainda em desenvolvimento e, portanto, nas decisões coletivas.

Os embates e discussões internos sobre a organização do trabalho e os cuidados oferecidos à população desempenhavam papel instituinte no serviço. Como revela Yasui:

O contato cotidiano com a loucura nos impulsionava na direção de uma posição ética que privilegiava uma atenta escuta ao acontecer cotidiano. Havia uma tensão vital no ar, que nos fazia despertar toda a vez que o sono da inércia burocrática ameaçava instituir-se (apud Soares, 2005).

Esses primeiros anos da experiência ficaram marcados pelas dificuldades enfrentadas pela equipe, que com o passar do tempo se tornaram incitantes na ampliação das atividades e na organização do trabalho. Para tanto o projeto foi estruturado a partir de três núcleos principais: terapêutico intensivo, projetos especiais e ensino e pesquisa.

Segundo Barição “o *projeto assistencial e a gerência do serviço passaram por diversas transformações apresentando hoje um grau de complexidade muito distante daquele proposto inicialmente*”. Até o presente momento, o projeto institucional do CAPS teve três modelos bem diferenciados: o primeiro, que diz respeito ao que foi relatado até aqui, período entre sua fundação e meados de 1996; o segundo, que fará referência a implantação do

PIDA, chegando até o ano de 2003; o terceiro, que corresponde ao gerenciamento da UNIFESP, implantado de fato em 2007. O período entre 2003 e 2007 será comentado mais adiante.

Em outubro de 1996, a instituição viveu uma grande ampliação quando foi assinado o convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo, para a implantação do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental (PIDA – Saúde Mental). Pela Universidade se associam ao convênio a Escola de Enfermagem, o Departamento de Medicina Preventiva e o curso de Terapia Ocupacional, e pela Secretaria as unidades associadas são o CAPS Profr. Luis da Rocha Cerqueira e o Ambulatório de Saúde Mental Centro.

A presença da Universidade e o arranjo institucional constituído pelo PIDA requereram outra organização do serviço e a integração de modelos de atenção que operavam de maneiras completamente diferentes e que, portanto, traziam consigo lógicas do processo de trabalho e do cotidiano muito diversas da lógica assistencial até então prestada pela instituição. Deste modo, é possível perceber o retorno a um processo semelhante vivido nos primórdios do projeto, de unificação da equipe.

Como exemplo, os núcleos que compunham o CAPS - terapêutico intensivo, projetos especiais e ensino e pesquisa - foram mantidos durante a implantação do PIDA, alguns com nomes e dimensões diferentes, servindo de referência até os dias de hoje. Eram eles, respectivamente:

- Núcleo de assistência: responsável pelos cuidados e intervenções no sentido mais estrito da clínica, contemplando os diversos momentos da problemática individual e familiar. Atendiam os diferentes níveis de necessidades, desde o acolhimento máximo às situações de grande desorganização psíquica até o acompanhamento contínuo de longo prazo, compreendendo que as necessidades dos usuários transformam-se ao longo do tempo, exigindo reavaliações do projeto terapêutico. Os objetivos das práticas grupais, individuais e familiares eram voltados à

criação de espaços terapêuticos de continência, possibilitando múltiplas e diversas situações de vínculos, relações, trocas e aprendizado. Para o tratamento intensivo eram oferecidas 120 vagas, sendo que o usuário tinha seu contrato de frequência diminuído na medida em que era estabilizado o quadro clínico. Pensava-se na implantação da retaguarda 24 horas de cinco leitos para atender usuários matriculados no serviço.

- Núcleo de sociabilidade: agenciava as atividades relacionadas ao direito, moradia, trabalho, convivência e lazer de usuários e familiares, buscando compor uma rede de ações de saúde que dispõe de tratamento e suporte para poder adquirir a autonomia que seja possível ao usuário. Estruturava-se em quatro setores: *Projeto Trabalho*, se assemelhava a uma cooperativa de trabalho e mantinha os seguintes setores: A Ponte Marcenaria, Sabor Paulista/Projeto Alimentação, Copiadora Franco Basaglia, Variedades – Loja e Brechó, Parei na Contra Mão Lava-carros, Serviços Gerais e Oficina dos Anjos - artesanato; *Projeto Moradia*, mantinham o funcionamento de diversos setores que visavam dar suporte para a organização da vida objetiva dos usuários: moradia assistida (uma moradia provisória para oito usuários, que em razão do tratamento necessitam dessa modalidade de investimento), moradia semi-assistida e pensões; *Escritório de Advocacia para Direitos, Saúde Mental & Cidadania*, um dispositivo de agenciamento jurídico-social que buscava assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais dos usuários e familiares, que vinham demonstrando a dificuldade cotidiana da clientela excluída das prerrogativas dos direitos por estarem submetida a severos e persistentes transtornos psíquicos; *Clube do Basaglia*, um lugar de criação, construção e produção de lazer, diversão, cultura e sociabilidade, encontros e trocas diversas entre usuários dos serviços de saúde mental, familiares, profissionais, artistas e interessados. Buscava ampliar o repertório do projeto terapêutico a partir do caráter “extra-clínico” das atividades, de relação entre a clínica e o social. Compunha com os outros núcleos o conjunto das estratégias de sociabilidade e de intervenção cultural. Dentre outras, realizava as seguintes atividades:

oficinas culturais de dança, cultura e beleza, artes plásticas, marcenaria, rádio, jornal (parceria com a Secretaria de Estado da Cultura - SP), viagens, Cinema na Cidade, programações esportivas, Festas, movimento cultural, apresentações artísticas, desfile de moda.

Observação: atualmente, as oficinas do Projeto Trabalho não mantêm o mesmo panorama. O projeto lava-carros foi extinto e acrescentados os projetos de Reciclagem, Sebo, Oficina das Doidas (confeção) e Tarja Preta (jornal de produção interna).

- Núcleo de ensino e pesquisa: coordenado por docente da Universidade, abrangia as áreas de Ensino (graduação, pós-graduação *latu sensu* (aprimoramento), educação continuada e relações interinstitucionais e Pesquisa (determinantes de qualidade de serviço de saúde mental, satisfação e qualidade de vida de usuário de serviços de saúde mental, avaliação de serviços de saúde mental e de processo de trabalho na área da saúde; inclusão de pessoas com transtornos mentais severos); Sistema de Informação; Publicações; Consultorias e Assessorias. Era oferecido estágio de graduação para alunos dos cursos de Terapia Ocupacional e Enfermagem da Universidade de São Paulo e de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Em 2003, com a mudança do Governo do Estado, o financiamento de alguns itens do PIDA foi suspenso para uma reavaliação do Convênio. A Universidade São Paulo não concordando com algumas medidas tomadas pela nova gestão acabou por suspender o PIDA. Durante este período, que se estende até a entrada da UNIFESP em 2007, diversas reformulações foram feitas, gerando grande repercussão. Nessa mesma época, a Secretaria de Saúde pouco investiu no CAPS. Contudo, desde a chegada. Até o momento, apesar de já haver investimento necessário, não há uma proposta oficial de projeto institucional, o que significa a adaptação de aspectos dos projetos anteriores no funcionamento atual. Essas adaptações vão desde a acomodação do espaço físico até o planejamento assistencial e gerencial.

Por fim, pela ausência de um projeto institucional oficial, não há muito que discorrer, a não ser sobre o atravessamento sofrido pelo modelo e pelo marco institucional que resultou em forçosas parcerias.

3.4 O CAPS

Deste modo, a modalidade de serviço de saúde mental implantada a partir da iniciativa discorrida acima, se torna, poucos anos depois de sua fundação, procedimento regulamentado pelas portarias nº 189/91 e nº 224/92. Declaradamente, o CAPS representou a efetiva implantação de um novo modelo de atenção em saúde mental. Sua expansão se dá apoiada na proposta de oferecer cuidado e acolhimento condizentes ao intenso sofrimento psíquico vividos pelos pacientes egressos de internação psiquiátrica, podendo assim, junta e respeitosamente ao paciente e as suas restrições, possibilitar a gradativa re-inserção ao meio social. Sustentado nos princípios dos SUS e nas políticas de saúde vigentes, o CAPS pretendia ainda, implicar o desenvolvimento da autonomia e o exercício da cidadania.

Distinguia-se ainda por ser um espaço de tratamento e inclusão de pessoas com transtornos mentais severos, onde é premissa a participação ativa do seu próprio tratamento, deixando assim de serem “pacientes” para se tornarem sujeitos de suas vidas. Compõe uma equipe multidisciplinar e pode assim oferecer uma prática ampliada, ou seja, que tem sua atenção e cuidado estendidos, individualmente, a múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade e ao englobamento do sujeito em sua totalidade.

O CAPS define-se por uma unidade da rede pública, cujo gestor é o estado, podendo ser, ainda que infreqüente gerenciada por organizações sociais. Caracteriza-se por um serviço de saúde ambulatorial de atenção diária e comunitária do SUS, que visa oferecer atendimento à população de sua área de abrangência. Considerando a necessidade de atualização da portaria nº 224 de 1992, é publicada a portaria nº 336 em 2001(anexo), que reestrutura as definições e diretrizes de funcionamento dos CAPS e suas variadas modalidades.

Atende pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Resumidamente, são cinco as modalidades: CAPS I, municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, municípios com população superior a 200.000 habitantes; CAPSi, municípios com população superior a 200.000 habitantes, atendimento de crianças e adolescentes; CAPSad, municípios com população superior a 100.000 habitantes, atendimento de dependência química. O CAPS III é o único que tem funcionamento 24 horas, os demais funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta, e, exceto o CAPS I e III, os demais podem ter um terceiro período, funcionando até 21h. No geral, se caracterizam por atendimento-dia, nos cinco dias úteis da semana, podendo, a depender da modalidade, oferecer atendimento-noite. Como é possível observar, o CAPS III funciona 24 horas e dispõe de leitos de atendimento à crise: são leitos em salas abertas e com acompanhamento integral. São oferecidas refeições diárias: café da manhã, almoço e lanche da tarde, podendo haver, dependendo da modalidade, jantar.

Devem oferecer recursos e alternativas de cuidado, que vão desde a consulta médica e psicológica, passando por atividades grupais e terapêuticas (organizadas por uma equipe multiprofissional), até cuidados pessoais. Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais e a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento.

O atendimento de cada usuário do CAPS é sintonizado ao projeto terapêutico que lhe foi desenvolvido e que será acompanhado por um terapeuta de referência. Tem início no primeiro contato do usuário com a instituição, quando é feita uma entrevista com ele e um acompanhante, onde serão abordadas questões pertinentes a história do sujeito para que seja

avaliada a melhor indicação para tratamento e assim construído o seu projeto. O processo de alta é iniciado mesmo que continuem sendo apresentados alguns dos sintomas que motivaram o tratamento, mas, por outro lado, é definido por todos os envolvidos que o usuário tenha adquirido condições para assumir minimamente a direção de sua vida.

Dependendo do projeto terapêutico, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02:

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até doze dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuam, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Por fim, os CAPS devem assumir papel estratégico na articulação e no desdobramento da rede, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. Ao assumir papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, deverá fazer o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas,

assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

De fato, os avanços no processo de desconstrução da hegemonia manicomial são inquestionáveis. Das duas últimas poucas foram as iniciativas felizes no campo da saúde pública, mas não podemos negar as dificuldades enfrentadas tanto pelos projetos de implantação dos CAPS quanto dos demais dispositivos. É tempo de rever a trajetória percorrida, os sucessos e impasses acumulados até o presente pelas diversas experiências em andamento, afim de estimular o processo de ampliação da rede.

Emprestando a conclusão de Benilton Bezerra Jr. para o seu artigo *O Cuidado no CAPS: os novos desafios*:

Os CAPS são um projeto que vem dando certo. Temos evidência disto. Mas a preservação de sua fertilidade, de sua força transformadora, depende de sermos capazes de equacionar criativamente os obstáculos com os quais a proposta se depara hoje (p. 08).

Capítulo 4 - Apresentação e discussão dos resultados

*“O CAPS é um espaço para cada um repensar
a própria vida e encontrar a solução, o seu resolver”.*

L., usuário do CAPS Itapeva, filme Sociedade Secreta

Acompanhamos ao longo deste trabalho a trajetória traçada por um movimento político e social complexo, que é processualmente compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Toda essa exposição buscou delinear o horizonte discursivo no qual se desenvolve a relação com a loucura em nossa sociedade, assim como onde se localiza a experiência antimanicomial dos CAPS, em especial, o CAPS Itapeva.

O desempenho em realizar tal fundamentação teórica tem o objetivo de possibilitar aos leitores o encontro de um ponto em comum com o discurso dos sujeitos desta pesquisa e a apreensão apropriada das respectivas representações construídas.

A criação de um novo lugar social para a loucura se deu por meio da transformação de discursos e saberes no âmbito da saúde mental e no deslocamento das posições costumeiramente ocupadas tanto pelos profissionais como pelos usuários. A não compreensão do sujeito reduzido à dimensão de doença tende naturalmente a promoção de saúde, e tal noção pode ser apreendida através das falas que reproduzem o posicionamento deste diante das situações cotidianas no serviço. É de questões dessa natureza que se origina o interesse em investigar os sentidos atribuídos as posições e repertórios desempenhados pelos usuários, no que diz respeito ao tratamento médico e rede social.

Reflexões dessa ordem contribuem para o fortalecimento de um campo de atuação que invariavelmente sofre cansáveis embates. É tempo de reconhecer a relevância dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental brasileira e as conquistas legislativas. É também objetivo deste trabalho

explicar que a representação do serviço em análise é positiva do ponto de vista do usuário.

Durante o processo terapêutico são produzidas, conjuntamente, *novas* práticas sociais que estimulam a produção de *novas* formas de vida, que devem ser entendidas como um amarramento construído ao longo do processo que, por sua vez, é singular e atemporal. A capacidade e o tempo de cada sujeito para reorganizar a nova perspectiva de vida possibilitada pelo tratamento são variados. O que não significa frequência permanente no CAPS. Como dito anteriormente, o processo de alta tem início quando a autonomia do sujeito é minimamente suficiente para que re-assuma a direção de sua vida, mesmo que concomitante a existência dos sintomas que foram motivadores do tratamento.

Para pensar sobre as possíveis mudanças provocadas na vida de cada sujeito a partir do ingresso no serviço é preciso ter acesso aos elementos que concebem tal elaboração. Pensar no lugar que o serviço ocupa na vida dessas pessoas é considerar que o ingresso no CAPS é um marco. O discurso dos sujeitos desta pesquisa irá testemunhar ao longo do capítulo a fala de Bezerra Jr. sobre as avaliações feitas com usuários desse tipo de serviço, que comprovam: “os usuários que têm acesso aos CAPS se reinternam menos, aderem mais aos tratamentos, abandonam menos os serviços” (p. 01). O que, por conseguinte, pode representar uma potente capacidade de significação da experiência de sofrimento, além de uma maior adesão ao tratamento.

Assim, através do discurso produzido pelos usuários foi possível identificar e analisar o conjunto de aspectos e elementos que constituem a maneira de interpretar, pensar e elaborar a experiência ali vivenciada, ou seja, foi possível perceber a representação construída acerca do CAPS.

No intuito de não provocar exaustão, pois está próximo o fim deste trabalho, as falas obtidas no grupo de discussão serão complementárias ao tema versado, lançando assim uma leitura dinâmica, ao invés de serem ordenadamente transcorridas.

4.1 Grupo focal

Os grupos focais se caracterizam por uma pequena reunião de pessoas (de 6 a 12) que tem como objetivo principal “identificar percepções, sentimentos, atitudes e idéias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade... é aprender como os participantes interpretam a realidade, seus conhecimentos e experiências” (Dias, 2000;03), além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes e suas respectivas idéias e/ou opiniões acerca dos temas abordados, permitindo a coleta de informações relevantes sobre os mesmos. Essa técnica geralmente é utilizada em base no pressuposto de que a dinâmica grupal produz maior diversidade de respostas ricas em detalhes, do que se fossem individuais.

O grupo contava com seis participantes e uma representante da instituição. Três dos sujeitos participam do Projeto Trabalho: dois na Oficina dos Anjos e um na Lanchonete. Passados alguns minutos do início do grupo, quando ainda aconteciam as apresentações, uma das participantes voltou atrás na sua decisão e se retirou do grupo. Portanto, daí em diante havia apenas cinco participantes.

A escolha dos usuários foi realizada com o apoio de duas importantes figuras da equipe do CAPS e da Associação Franco Basaglia¹. Foram estabelecidos dois critérios de escolha: o tempo de tratamento na instituição (superior a dois anos) e estar em condições físicas e psíquicas de participar da pesquisa, avaliadas pelos profissionais de referência de cada usuário. Desejava-se também que os participantes tivessem tido experiência anterior de internação em hospital psiquiátrico para que, desse modo, a discussão do grupo fosse enriquecida pela diversidade de referenciais acerca dos temas abordados.

¹ Fundada em 1989, reúne usuários e profissionais em saúde mental, familiares e amigos, formando um espaço de produção-invenção e colaboração nas práticas e projetos relacionados ao CAPS Itapeva.

Apresentação dos sujeitos

A rodada de apresentação se deu meio a algumas informações como, por exemplo, o tempo de tratamento na instituição e a frequência definida pelo projeto terapêutico, e em alguns casos, a chegada ao CAPS e o motivo desta. O participante que se retirou do grupo será apenas apresentado. Para garantir o sigilo dos usuários as iniciais foram alteradas.

C., *“Eu to aqui há oito anos, gosto muito do CAPS e das pessoas. Eu voltei a viver, a repensar, aqui você tem esperança em alguma coisa, aqui tem advogado judicial, psicólogo, psiquiatra, aprimorandas também, que ajuda a pensar, conseguir algo novo. A coordenadora pergunta sobre o que diz a frase “voltar a viver”: “Antes eu não tinha muita vontade mais de viver. Aí quando vim para o CAPS estava muito mal e foi com muita ajuda que voltei a ter esperança e vontade de vida”. A coordenadora pergunta sobre a sua chegada no CAPS: “Estava muito deprimida, muito rancorosa, muito assim, esquizofrênica, né. Passei por maus bocados. Eu passava lá no metrô Barra Funda, não, no metrô Santa Cecília. Lá eu sofri muitas agressões, eu processei uma pessoa, meu médico, por ter me agredido. Emagreci 20 kg em uma semana. Eu não estava muito bem. Daí fui na Práxis e a Práxis me indicou o CAPS, aí vim...há oito anos”.*

J., *“Acredito que eu estou aqui há, mais ou menos, cinco anos. Eu pedi o passe o livre em 2003 e só chegou em 2005. Venho todos os dias, apesar de não me sentir muito bem aqui dentro de vez em quando, tipo pessoas que bitolam as outras, não sinto o clima agradável muitas vezes, às vezes é melhor tá em casa do que aqui no CAPS, só que o doutor não quer dá alta, então eu venho todos os dias. Antes eu não fazia as refeições no CAPS, mas fiz um contrato com a minha psicóloga há, mais ou menos, três anos de levar a vida lá fora, estudar, fazer os projetos lá fora e as refeições aqui no CAPS. Foi por isso que ela me autorizou, porque não acha bom que eu fique o tempo todo no CAPS, diz que não é saudável para mim”.*

H., “Eu cheguei aqui dia 27 de agosto de 99. Tá com oito anos. Eu vim transferido lá do Bom Retiro. Tava passando num grupo lá e, não, eu tava esperando ser chamado, aí fui chamado e comecei a passar num grupo lá. Passei lá no grupo uns nove meses, mais ou menos, 10 meses participei, aí fui transferido pra cá. Aí, primeiro eu vim visitar né, se eu gostar do espaço que tem, eu tenho gostar. Por que eu sou assim, quando tem que ir em algum lugar, se eu gostar eu fico, se não gostar já saio fora. Eu vim aqui, eu gostei e falei, ah, então, eu vou ficar.

G., “Bom, o que acontece é o seguinte: a primeira vez que me tratei aqui foi em 1990, uns 5, 8 anos atrás. Opa, quer dizer, acho que mais”. Um participante interrompe: “dezoito anos, estamos em 2008.” “Ah, é isso mesmo, dezoito anos, é que não me apego nesse negócio de idade. Lembro que a primeira vez foi em 1990, mas era ambulatório. Aí eu tive alta. Tinha outra condição de vida, trabalhava, cuidava da minha mãe, do meu irmão doente, tinha um dinamismo na vida que não suportava estar no CAPS. Aí ficou em aberto, lembro até hoje da Kátia (psicóloga) falando comigo... Aí, o que aconteceu é o seguinte: nesse período, houve a morte da minha mãe e do meu irmão, que são as pessoas que eu cuidava... Eu tinha tanta responsabilidade, fazia tanta coisa ao mesmo tempo, que quando minha mãe morreu eu me vi totalmente livre, sem responsabilidade nenhuma. Aí, meu irmão, eu abri uma janela para a loucura, entendeu? Fiquei completamente louco. As pessoas não entendem, o maior problema da doença mental é justamente o preconceito, porque as pessoas têm medo da loucura, porque se identificam. E aí, um dia eu tava passando por aqui, olhei e falei: ah, conheço aquele pessoal ali! A coisa mais engraçada do mundo, eu procurei isso aqui! Minha mulher já tinha tentado me internar umas três vezes e eu sempre reagia, brigava com a polícia, aquelas histórias trágicas... Aí, eu pirei e vim parar aqui. É claro que eu perdi a memória, mas eu sabia que aqui eu seria atendido e tô aqui há uns dois, três anos, por aí. Mas eu já tô recuperado, tô numa outra fase, eu me sinto obrigado no momento a vir aqui”. Outro participante pergunta: “Com quantos anos você começou a ficar doente?” “Na adolescência, 1976”.

B., *“Quando eu entrei no CAPS eu fiquei aqui mesmo, em agosto de 2000. Agora, 24 de agosto completam oito anos que eu estou aqui”*.

A., *“Cheguei aqui ruim, ouvindo vozes e agora escuto, mas bem pouco. Antes era voz de mulher, de travesti, santo, homem, ficava me perturbando a cabeça, ficava né? Agora é bem pouco, bem pouquinho, só quando eu tô sozinho. Antigamente era direto, podia tá acompanhado ou sozinho”*. Pergunta um participante: *“Essas vozes são de fora ou de dentro de você?”* *“Vem de dentro pra fora, de fora pra dentro, da cabeça mesmo, entendeu?”*

Desenvolvimento do grupo

Iniciada a discussão, vale informar que todos os presentes já haviam sido internados em períodos anteriores ao ingresso no CAPS. A discussão acerca desta temática tem início a partir da interrogação feita por um participante sobre o número de internações psiquiátricas de outro: *“Quantas internações você já teve?”* *“Tive trinta e cinco internações, eu já fiquei mais de cinco anos. Se você for intercalar uma na outra, dá cinco, seis anos de hospital psiquiátrico”*. O que perguntou, por exemplo, diz ter tido poucas *“não chega nem dez”*. Os demais: um teve dezesseis, outro teve oito e completa dizendo *“a última vez que fui internado foi em outubro de 96”* e o último também diz ter tido oito, *“inclusive cinco delas, mais ou menos, depois que eu saí da minha terra, por tentativa de suicídio”*.

Esses números podem ser adotados como indícios, pois enquanto estiveram submetidos a tratamento psiquiátrico no sistema asilar as reinternações eram recorrentes. Em compensação, desde que ingressaram no CAPS não houve a necessidade de recorrer às internações psiquiátricas. Tal constatação indica que um dos principais objetivos, não só do projeto assistencial do CAPS, mas, sobretudo do campo da Atenção Psicossocial no contexto da Saúde Mental, vem sendo alcançado. É possível levantar a hipótese de que o próprio tratamento seja o agente transformador. No atual serviço, o sujeito é tratado com respeito, há espaço para o seu desejo e a produção de subjetividade. A inocorrência de reinternações, diz do fato do

sujeito poder ser tratado na sua crise sem que seus vínculos relacionais sejam rompidos, podendo manter sua rotina e autonomia ao decorrer do processo, o que, por conseguinte, resulta numa ação terapêutica coletiva e eficaz. Portanto, pode-se supor que o isolamento, a inatividade e a imposição de regras institucionais constituem uma ação anti-terapêutica, de desrespeito e anulação da subjetividade do sujeito. Mostazo ao citar Basaglia (1979) contribui para esta suposição, quando diz do proveito de um sujeito em situação e ambiente terapêuticos:

“passa-se a mudar a vida básica do sujeito portador de transtorno mental, dando a ele uma situação de vida semelhante a dos demais cidadãos, isto é: comer, dormir, beber, de maneira e em momentos escolhidos pela própria pessoa, e não em função de regras institucionais, que não levam em conta os interesses do usuário, mas sim o interesse da rotina burocrática, o lucro dos hospitais, dentre outros” (2003;07).

“Posso interferir um pouquinho?” Explana um participante: “A gente tá comemorando muito e acho que isso aí é individual para cada um. A minha última internação foi no Charcot, que é o manicômio e ele fechou! O que é uma grande vitória. Porque aqui, acho que individualmente, você pode encontrar um monte de gente ligada nessa luta antimanicômio, que é a proposta do CAPS, por isso a gente se dá tão bem”.

Em muitos momentos da discussão, o discurso sobre o serviço é dado em contraposição aos demais já freqüentados anteriormente. Assim, na tentativa de escapar brevemente do referencial teórico-científico que se faz tão presente na vida acadêmica e a fim de conhecer diferentes perspectivas, ainda mais de tão exímias testemunhas, a coordenadora solicita aos participantes que ponderem sobre as características do tratamento recebido no CAPS em relação aos demais serviços já freqüentados. Até esta altura, deve ter sido possível perceber que um dos participantes é uma figura engajada politicamente com questões pertinentes a reforma psiquiátrica e altamente enfática ao se posicionar.

Diz ele: “O negócio é o seguinte, como existe a luta antimanicomial, o principal de tudo é que a gente quer que os estudantes, como você, que é um dos motivos que eu tô aqui pra poder dar entrevista, entendam uma coisa: você tá no meio catedrático, você está estudando e nós estamos do outro lado, você tá entendendo? E a gente quer justamente passar informações pra vocês, pro seu grupo ou pros psiquiatras também, porque não tão sabendo tratar. O CAPS é um grande avanço. Aqui a gente encontra, principalmente, o respeito, e no hospital psiquiátrico, pode esquecer que nós não vamos ter respeito nenhum! Essa coisa que ela tava falando do médico dela, é verdade, você entendeu”?

Completa um participante: “Mas quando eu vim pra cá, foi quase a mesma coisa, só que eu não fui agredida pela minha médica. Eu briguei com a médica por que ela tava me empurrando remédio e não fazia um ‘mapinha’, não fazia nada para eu saber tomar a medicação, ela simplesmente dava a receita de um monte de remédio que eu não precisava e mandava eu tomar: te vira! E nisso, eu briguei com ela. Me tratava no Maria Zélia (posto de saúde), eu morava num albergue lá do Brás. E eu me tratava lá no Belenzinho só que eu briguei com a doutora, não quero me tratar com ela! Daí a assistente social de saúde mental do Maria Zélia fez uma cartinha encaminhando pra cá”.

Ao reclamar da postura da médica, está revelando que a qualidade do tratamento se estende a um cuidado diversificado, não envolvendo apenas a medicação, mas também o acolhimento e ainda, a orientação e o acompanhamento na suas ações: *“ela tava me empurrando remédio e não fazia um ‘mapinha’, não fazia nada para eu saber tomar a medicação, ela simplesmente dava a receita de um monte de remédio que eu não precisava e mandava eu tomar: te vira!”* Essa noção de cuidado consigo mesma indica uma expectativa de que o tratamento se dê conjuntamente, numa relação horizontal e de respeito.

Continuando, “Aqui a gente tem participação total! Pode parecer que não, mas aqui a gente tem um vínculo muito estreito um com o outro, sabe. A gente conquistou o espaço, a alimentação, a assembléia, que eu não sei se

você sabe que aqui tem uma assembléia que tem poder deliberativo. Não adianta nada você estudar, porque a gente tá na prática: é o dia a dia". Simultaneamente replica outro usuário, *"Eu só tenho participação no projeto de geração e atendimento individual. Eu fazia grupos e depois eu raciocinei assim comigo: eu não posso melhorar o problema do meu colega e o meu colega não pode solucionar o meu, então não me interessa o problema dela/ dele e não interessa o meu problema pra ele, então parei de fazer grupo. Eu penso dessa maneira. E fiquei só no atendimento individual, minha terapia é individual.* Interroga a coordenadora: *"Foi uma escolha sua"? "Foi".* Nesse momento da discussão, o grupo se tonifica e há uma disputa pela voz, mas entre vozes que concordam e, por fim, revelam a importância que o tratamento atribuí às suas escolhas e participação. Comenta outro participante: *"Eu tô no projeto de geração de renda e num espaço individual também, que é mais privativo né"?* Novamente, a coordenadora interroga sobre a participação: *"É escolha minha".*

Pode-se concluir que o usuário do CAPS se percebe ativo e implicado com o seu processo terapêutico no serviço. As questões as quais fazem referência, como a assembléia com poder deliberativo, projeto terapêutico, medicação, entre outros, diz respeito às situações onde há espaço para a participação e o reconhecimento de suas atuações enquanto sujeitos e cidadãos. O aumento da autonomia, da capacidade de gerenciamento de si e de escolhas são objetivos dos projetos dessa natureza. Como interpreta Soares (2005), o usuário "Sente-se agente na perspectiva do processo terapêutico, responsabilizando-se por sua própria vida... Nesta perspectiva os profissionais também reconhecem nos usuários, sujeitos no processo de cuidado".

Prosseguindo com a discussão: *"Não existe uma regra, entendeu, que impeça o tratamento ou qualquer coisa assim, cada um aqui é tratado como cada um. Cada um tem o seu problema, cada um tem o seu, sabe"? "É, cada um tem a sua vida né"? "Aqui a gente é tratado diferencialmente, isso é que é o importante". "Tem umas coisas que são muito pessoais".* Por fim, comenta a representante da instituição: *"O lugar mais saudável né? Vocês consideram o*

lugar mais protegido, mas mais saudável, mais voltado pro lá fora, né? É o que a gente discute muito”.

Começa-se a penetrar o universo representacional do CAPS, partindo da concepção deste como projeto de atendimento em saúde mental e projeto de tratamento único e individual, inseridos num único serviço de saúde mental, que contorna, no sentido de envolver/conter, algo da rede geral (social) e também individual. Ou seja, um espaço que produz suporte e movimento ao desempenhar o papel de articulador entre o sujeito e as mais diversas esferas.

Nesse sentido, a coordenadora traz para a discussão a seguinte fala²: *“O CAPS é um espaço para cada um repensar a própria vida e encontrar a solução, o seu resolver”.* Instantaneamente comenta um participante: *“Eu vou citar dois pontos que eu acho fundamental. Dentro do Projeto você tem que produzir e vender aquilo lá. Quando eu vinha pro atendimento eu me via de uma maneira, quando eu entrei pro Projeto eu me via de outra maneira. Aí, aquilo lá você vai mudando, mudando, mudando até que chega no ponto que tinha que ser”.* A coordenadora pergunta qual a diferença entre os dois momentos: *“Ah, eu me senti mais cidadão, né?”* Em seguida, complementa o participante autor da frase, *“O Sociedade Secreta, acho até que o K. (usuário do CAPS colaborador do filme) foi muito entendido, porque existe uma outra sociedade interna, entendeu? Eu sei me identificar com ele, eu sei me identificar com ela, eu sei me identificar com ele também e eles se identificam comigo, entendeu? E a gente meio que sobrevive também dessa identificação”.* Deduzindo, a coordenadora devolve para o grupo a idéia de que essa “sociedade interna”, de alguma maneira, produz mudanças em suas relações sociais. Logo, comenta um participante: *“É, eu só consigo me identificar com as pessoas daqui. Com as pessoas de fora eu não consigo me identificar... Há um desrespeito da sociedade e aqui dentro entra esse respeito.”*

Muitas considerações podem ser tecidas acerca destes comentários, contudo apenas alguns serão contemplados. Como destaca Lancetti (1993) *“Todas as reformas psiquiátricas se basearam em intensa atividade coletiva e*

² Fala de um dos participantes desta pesquisa, que aliás orgulhosamente consentiu o uso, no filme “Sociedade Secreta”, produzido por um grupo de estudantes do curso de Jornalismo também da PUC-SP. em dispositivos grupais”. É objetivo dos diversos serviços de saúde mental estimular e possibilitar recursos coletivos a fim de propiciar situações de vínculos, trocas e relações sociais. Quando os participantes fazem referência à identificação existente entre eles, muito provavelmente, estão dizendo do encontro entre sujeitos que compartilham experiências em comum como, por exemplo, a vivência de situações consideradas anormais e de intensa angústia, a construção, em certas ocasiões, de falas desagregadas, e que, por fim, não reagem a essas manifestações com desrespeito, preconceito ou estranhamento. No caso da psicose, o estar com outras pessoas que vivenciam experiências semelhantes e a participação em atividades terapêuticas grupais, correspondem a situações fortemente terapêuticas por produzirem continência e um estado de acolhimento incomum que são fortemente terapêuticos. Logo, esse encontro possibilitado pelo espaço do CAPS pode ser entendido como o responsável pela ampliação da rede social, a construção e o estabelecimento dos laços sociais é produto desse reconhecimento recíproco entre os usuários. A fala de um dos participantes é uma bela ilustração disto: *“Aqui eu fiz amigos, pessoas que eu convivo lá fora e que fazemos coisas juntos. Antes, eu ficava em casa, nem a família te chama pra fazer as coisas”*.

Seguindo, completando com a ressalva de Bichaff (2001), o CAPS contribui para a organização da vida dos usuários, oferecendo a eles um vasto campo vivencial e de importantes experimentações. A convivência com outras pessoas e as propostas do modelo assistencial dispostas no ambiente institucional, possibilitam mudanças na vida de cada uma dessas pessoas, tanto no que respeito às práticas cotidianas, como alimentação, cuidados pessoais, medicação, quanto ao alargamento do campo relacional, ao cumprimento de atividade remunerada nos espaços de geração de renda, ao poder deliberativo junto às decisões da instituição, entre outros. A idéia de amarramento comentada no início deste texto ilustra as variações ocasionadas pelo tratamento ao produzir *novas* práticas sociais e ao estimular *novas* formas de vida.

Soares e Saeki (2006) discorrem sobre as dificuldades e facilidades encontradas pelos usuários em enfrentar os desafios do dia a dia, referindo-se ao cotidiano como pano de fundo para essas ações. A instabilidade gerada pela experiência de sofrimento, junto ao rebaixamento da capacidade de autogerenciamento, podem depreciar a realização de atividades ordinárias. No entanto, partem do pressuposto de que usuário e serviço, em cooperação, são os agentes efetivos na busca por reais necessidades e desejos formuladores do processo terapêutico. Como exemplo o comentário de um participante sobre o seu ingresso no CAPS: *“Foi melhor pra mim, tava mal pra caramba. Porque eu tava na rua, eu pegava e saía andando pela rua e quando você tá na rua, você perde a noção, ficava sem comer, não comia nada, só bandeirão às vezes. Agora não, eu venho pra cá, me alimento, falo com um, falo com outro, tomo o medicamento direitinho... É gostoso, um lugar tranquilo, né?”*

Curiosamente, um dos participantes interroga outro da seguinte maneira: *“Você tá há um bom tempo aqui, né? Se agora ou mais pra frente você tivesse uma chance, você saía daqui ou continuava aqui até o fim da sua vida?” “Se eu tive uma chance de ter um emprego, trabalhar de carteira assinada, com os meus direitos garantidos, eu saio daqui tranquilamente”. A coordenadora pergunta ao participante o porquê dessa questão e ele diz: “Não é eu, é minha mãe que quer colocar eu naquela casa (cita o nome de uma instituição privada). Ela quer fazer um treino comigo, entendeu, para ver se eu me adapto lá. Se eu não me adaptar eu tenho força para voltar pra cá também, entendeu?... e eu trabalho dois dias aqui na lanchonete, terça e sexta, então eu quero ver se fico lá segunda, quarta e quinta”.*

As falas desses dois participantes montam um cenário que coloca o CAPS como referência de uma instituição que garante os direitos, os vínculos e a permanência. Continuar o tratamento em outra instituição não significa romper com atividades já instituídas na dinâmica existencial do usuário. Segue no mesmo sentido, a fala de outro participante: *“Já fui muito loco, usuário de droga até vocês nem imaginarem. E de repente eu tô numa outra fase, tô numa fase que eu vou recuperar a minha vida e não que eu não vou vir aqui mais.*

Não, eu vou continuar participando num outro tipo de usuário, muito mais como um colaborador dentro do CAPS do que propriamente um usuário... Pô, é claro que eu gosto daqui. Sabemos da importância do CAPS, mas também sabemos da nossa. Agora, por exemplo, a UNIFESP entrou aqui no CAPS, então a gente fez uma corrente e aqui eles não iam conseguir entrar nunca, né”?

É possível, ainda, estabelecer uma relação entre essas falas com a restrição ao espaço do CAPS, dada possivelmente por todos os aspectos característicos mencionados até então pelos usuários. Segundo Bichaff (2001) pode-se observar a existência de uma íntima relação entre a possibilidade de circulação pelos lugares e a rede de relações sociais. Contudo, por mais que os serviços como o CAPS contem com dispositivos terapêuticos, projetos voltados para a ampliação da rede de relações sociais e que a promoção da circulação seja um dos seus objetivos primeiros, não há a referência de que o serviço estaria desempenhando papel facilitador à circulação pela cidade, contribuindo assim para o engessamento do campo relacional e vivencial restritos ao espaço do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações feitas aqui se contentam aos objetivos delimitados no início deste estudo, consentindo ao leitor demasiadas interpretações. Não se pode negar o fato de que o produto da pesquisa realizada é uma humilde amostra de uma realidade complexa e que, portanto, não poderia ser integralmente expressa e diminuída às falas reproduzidas.

Outro ponto a ser considerado é a infactível neutralidade do pesquisador diante dos fenômenos apresentados, o que implica em resquícios de sua própria subjetividade ao longo do estudo.

A curiosidade pelo olhar daqueles que vivenciam o dia a dia no CAPS encontra-se acalmado, porém não cansado. Da elaboração das temáticas a serem apresentadas no grupo até a análise do material colhido demandou-se o deslocamento do pesquisador para um lugar próximo e junto àqueles a serem observados. Experimentado esse espaço e deslumbrado com sua riqueza, se dá o esforço em possibilitar aos demais a mesma proximidade.

Depois de conhecer o período e as (sub) condições que antecederam as conquistas alcançadas pela trajetória da reforma psiquiátrica, se obtém a positividade da representação atribuída por usuários de um serviço de saúde mental da rede pública. O conjunto de aspectos e elementos que compõem essa representação revela o modo como cada um dos usuários pensa, interpreta e organiza a experiência diária no serviço. Todos os participantes divulgam o conhecimento das mudanças ocorridas em suas vidas após ingresso no CAPS. O referencial para tal constatação é múltiplo, estendendo-se aos demarcados pela pesquisa, indo desde as práticas cotidianas, como alimentação, cuidados pessoais até o tratamento médico, rede social, trabalho, projeto institucional. Identifica-se uma melhora global nos vários aspectos da vida dos usuários.

Parte-se do pressuposto de que as mudanças ocorridas têm caráter benéfico de organizar a vida dos usuários, ao possibilitar a realização de um tratamento que compreende o sujeito para além das dimensões da doença e que o incita a ser agente do processo, considerando suas capacidades, desejos e direitos. Diferente do modelo asilar e de serviços semelhantes, o CAPS, enquanto estratégia do campo da atenção psicossocial, promove ação terapêutica, de validação das subjetividades. Junto a isso, possibilita o contato entre sujeitos que compartilham de experiências e vivências comuns, favorecendo a construção de laços sociais fortalecedores dessas identidades que reclamam o desdém da sociedade.

O lugar ocupado pelo CAPS é muito bem definido pelos sujeitos dessa pesquisa ao nomeá-lo de “*sociedade interna*”. Uma coletividade onde têm seus direitos garantidos, suas vozes escutadas, suas opiniões acatadas e suas vontades respeitadas. Um espaço onde juntos podem superar as barreiras impostas pelo indigno imaginário social da loucura e criar alternativas que lhes sejam cabíveis. Um lugar onde há a possibilidade e a permissão de *si* olhar por outra ótica.

Cabe ressaltar que, independente da natureza do serviço, não estão descartados os obstáculos e desafios. As chances de um serviço da rede de atenção à saúde mental cronificar e centralizar suas ações é a mesma dilatada pelos serviços psiquiátricos tradicionais. Mas por serem essencialmente contrários representam problemas com implicações distintas. Como, por exemplo, demanda excessiva sobre as equipes, até por serem poucas as capacitadas, superlotação, até por serem poucos os estabelecimentos, escassez de recursos, divergências internas entre profissionais inadaptados a atuação multidisciplinar, entres muitos outros. Quanto aos usuários, o espaço institucional, muito facilmente, pode se tornar o pólo centralizador do seu cotidiano, limitando a sua circulação pela cidade, pelo demais dispositivos e, além disso, restringindo as redes sociais ao espaço do serviço.

Contudo, a superação do manicômio enquanto instituição centralizadora e anti-terapêutica e a criação de estratégias substitutivas apoiadas nos

princípios do SUS e do campo da atenção psicossocial, no contexto da Saúde Mental coletiva, convence de que o trabalho terapêutico é este voltado para o sujeito agente do processo e cidadão de direitos. A inocorrência de reinternações pós ingresso no CAPS, constatada nesta pesquisa, confirma a potência de um tratamento terapêutico onde o sujeito poder ser tratado na sua crise sem que haja a necessidade de isolamento, mantendo assim os seus vínculos relacionais, sua rotina e autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AMARANTE, Paulo (coord.). *Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios: A luta antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios. *Revista mente e cérebro*. Ed. 164. Setembro. 2006.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ARANHA E SILVA, Ana Luisa. *Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial*. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da USP.

BARIÇÃO, Sandra Maria Fischetti. O Centro de Atenção Psicossocial: desafios no percurso institucional. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, III, 2001, Brasília. *Caderno de Textos*.

BEZERRA, Benilton Jr. *O cuidado nos CAPS: os novos desafios*. In: ALBUQUERQUE, P; LIBÉRIO, M. (orgs.) *O cuidado em Saúde Mental: Ética, Clínica e Política*. Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004.

BICHAFF, Regina. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, III, 2001, Brasília. *Caderno de Textos*.

CAMARGO, Luiz Guilherme F. A Clínica e um clínico no CAPS. São Paulo, 2006. 101 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica.

CÉSARI, Beatriz Luiz. *Reforma Psiquiátrica no Brasil: um panorama contemporâneo*. São Paulo, 2005. 63 p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica.

COSTA, A. C. *A Análise do Sujeito Psicótico na Instituição Psiquiátrica: um percurso em Piera Aulagnier para uma compreensão possível da psicose*. São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Pontifícia Universidade Católica.

DIAS, Cláudia Augusto. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação e Sociedade: Estudos*. v.10, n.2, 2000.

JORGE, Marco Aurélio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Rio de Janeiro, 1997. 118 p. Dissertação (Mestrado em Ciência na Área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

KODA, Mirna Yamazato. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*. São Paulo, 2002. 195 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo.

LANCETTI, Antonio. *Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem*. In: LANCETTI, A. (org.) Grupos e coletivos. Saúde e Loucura. Ed. 4. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 155-72.

LANCETTI, Antonio. *Clínica Peripatética*. Políticas do Desejo. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOSTAZO, Rubiane Rodrigues; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.5, n.2, p.04, 2003.

PINHEIRO, Odete Godoy. *Os Sentidos das Queixas de Usuários de um Serviço de Saúde Mental: uma análise discursiva*. São Paulo. 1998. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica, Faculdade de Psicologia Social.

SILVA, Marcus Vinícius Oliveira. A reforma Psiquiátrica no Brasil: panorama atual. In: Palestra conferida na Pontifícia Universidade Católica, 2008, São Paulo.

SOARES, Sandra Regina S.; SAEKI, Toyoko. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. v.14, n.6, Novembro-Dezembro. 2006.

SURJUS, Luciana Togni L. S. *Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas*. Campinas, 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Anexo 1

PORTARIA N.º 336/GM EM 19 DE FEVEREIRO DE 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semiintensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro;
- c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
- i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 02 (dois) médicos psiquiatras;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.
- c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

- a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro.
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias

psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma

freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades

CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9o.. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

Anexo 2

CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Produzida pelos participantes do III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos/SP, em Dezembro de 1993

Santos, Dezembro de 1993

I. Direitos gerais na sociedade

- A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em suas dimensões psicológica, existencial, social e política;
- A assistência à saúde mental é um direito de todo cidadão, independente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá, em hipótese alguma, justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania;
- Todo usuário tem direito à liberdade, à dignidade e a ser tratado e ouvido como pessoa humana, com direitos civis, políticos e sociais como qualquer cidadão;
- Não haverá discriminação ou preconceito em relação ao usuário de serviços de saúde mental, inclusive no mercado de trabalho e em seus direitos trabalhistas e instituições sociais em geral;
- Todo usuário tem direito de expressão, de ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade;
- Nenhum usuário pode ser submetido a exploração econômica, sexual, abuso físico e moral, ou comportamento degradante.

Observação:

Utilizamos a expressão usuário, assim como a expressão "técnicos" para designar situações específicas. Na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais e integrais, acima das condições apenas circunstanciais da comunidade dos serviços de saúde mental. Queremos ser autores do nosso próprio destino. Desejamos a verdadeira integração na sociedade, com os chamados normais. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam umas às outras de usuários, mas de companheiros, participantes e amigos.

II. Características gerais dos serviços de saúde mental e serviços complementares

- A Assistência em saúde mental abrange não só a assistência psiquiátrica, mas também assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho, protegido ou não;
- A atenção em saúde mental não deve ser realizada em manicômios, mas em serviços abertos, e o menos restrito possível, tais como: hospitais gerais, centros e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência e cooperativa, grupos de trabalho e microempresas, hospitais dia-e-noite, lares e pensões abrigados, associações comunitárias, grupos de auto-ajuda, oficinas abrigadas etc;
- Todo serviço de saúde mental deverá ter um representante jurídico de caráter reconhecidamente público e legal, capaz de assegurar a escuta e implementação dos direitos de cidadania de seus usuários;
- Os serviços de saúde devem permitir e incentivar os usuários a se organizarem em grupos, conselhos populares, associações de usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental e comunidade que objetivem propor e construir ações que transformem a relação com a loucura na sociedade em geral, na legislação e na vivência, organização e fiscalização dos serviços;
- Os serviços de saúde mental devem se localizar o mais próximo possível da moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência;

- Todo serviço de saúde mental deverá garantir o bem estar físico, mental e emocional de Seus usuários, e as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com supervisão profissional;
- Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de saúde mental, bem como à medicação, sem com isso induzir à discriminação ou ao preconceito;
- As crianças e os adolescentes não poderão ser tratados em serviços exclusivos de adultos, exigindo-se serviços especializados que garantam os direitos reconhecidos no Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- Os serviços de saúde mental devem ser gratuitos e preferencialmente públicos. Todos os serviços, e preferencialmente os de caráter privado e lucrativo conveniados, devem estar sob a supervisão e fiscalização em qualquer momento pelo poder público e entidades de usuários, familiares e profissionais.

III- Característica dos tratamentos em saúde mental

- Todo serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação psiquiátrica, psicológica, médico clínica e social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e que respeite a sua fragilidade e dignidade de pessoa humana;
- Deverão ser proibidas as formas de tortura e violência pretensamente "terapêuticas":
 - Camisa de força,
 - Psicocirurgia,
 - Insulinoterapia,
 - Esterilização involuntária,
 - Cella forte,
 - ECT,
 - Amarrar,
 - Superdosagem de medicamentos, do tipo DEPOT e "sossega leão".

- Sobre as formas de admissão qualquer internação psiquiátrica efetuada deverá ser comunicada num prazo de 48 horas ao Ministério Público e a um ouvidor não convocado pela própria instituição, mas sim escolhido pelas entidades de usuários;
- Todo usuário deverá ser informado, em linguagem de seu entendimento, das opções de serviços e tratamento, e a decisão final deverá contar com o consentimento do usuário e/ou pessoa de sua confiança;
- Todo programa de saúde mental deverá promover abordagens e serviços especializados e adequados aos diversos grupos da clientela, tais como alcoolistas, crianças e adolescentes, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência, de HIV positivo, etc.;
- Todo serviço de saúde mental deve oferecer orientação, suporte e/ou terapêutica para os familiares dos usuários, bem como mecanismos de participação nas decisões e fiscalização dos serviços.

IV – Direitos dos usuários de serviços de saúde mental

- Todo usuário tem direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos serviços de saúde mental, bem como à orientação, educação sexual e acesso aos meios de contracepção;
- Todo usuário deve ter garantido o direito:
 - de acesso as informações contidas no prontuário,
 - de acesso aos meios de comunicação, tais como a TV, jornais, rádios e telefone,
 - ao sigilo e inviolabilidade de correspondência,
 - a privacidade e individualidade,
 - a participar das decisões nos serviços, nos conselhos populares, conferências e encontros de saúde,
 - a uma representação legal gratuita em caso de incapacidade civil,
 - ao acesso às informações dos direitos dos usuários e familiares.

V- Reivindicações – Temas de luta e moções

- Que seja encaminhada, aos poderes Legislativo e Judiciário, a proposta de considerar a aplicação do ECT como crime Inafiançável;
- Que a "Carta de Direitos dos Usuários" seja publicada nos principais jornais privados e Oficiais, que seja afixada em lugar visível em todos os serviços de saúde mental e seja difundida, em cartilha, entre os usuários de serviços;
- Encaminhar ao Congresso Nacional a proposta de emenda ao Código Civil, eliminando a expressão "loucos de todo gênero" e "incapazes para os atos da vida civil" (artigo 5º do Código Civil em vigor), e que sejam amplamente discutidas e revisadas as categorias de periculosidade e inimputabilidade atribuídas ao portador de transtorno mental no Código Penal em vigor;
- Promover programas de orientação aos policiais, corpo de bombeiros e outros técnicos que prestam serviços sociais em relação aos cuidados especiais e direitos do portador de transtorno mental em crise;
- Que a coordenação do movimento e a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica façam uma campanha na mídia, a nível nacional, para esclarecimento da população sobre o que vem a ser saúde mental, e não doença mental;
- Que se tomem medidas contra a discriminação do usuário com relação a empregos e vida pública. Sugerir ao governo que se facilite apoio ao usuário através de abertura do campo de trabalho, por exemplo, através de leis que estabeleçam que firmas com mais de 100 empregados tenham de oferecer vagas, numa proporção ainda a ser definida, para usuários dos serviços de saúde mental, que esta mesma medida se estenda ao poder público de maneira geral e também, de forma específica, aos equipamentos de saúde mental, tais como Centros de convivência, cooperativas, Hospitais-dia, lares abrigados, etc. Que haja incentivos fiscais para as firmas que contratarem usuários e para aquelas que colaborem em programas de reabilitação e treinamento de usuários para o mercado de trabalho;
- Que a fala em qualquer encontro da luta antimanicomial seja simplificada para entendimento de todo usuário;

- Que o movimento procure sensibilizar os candidatos a cargos políticos a integrarem em suas plataformas os objetivos da luta antimanicomial;
- Que em todos os municípios sejam implantados, na prática, os conselhos municipais e distritais de saúde, bem como os conselhos municipais da pessoa deficiente, com inclusão dos representantes dos movimentos de saúde mental nesses conselhos;
- Que sejam denunciados os municípios que não cumprirem a legislação do Sistema Único de Saúde;
- Que os municípios e serviços de saúde mental invistam na formação e treinamento dos trabalhadores de saúde mental, com ênfase na abordagem dos objetivos da luta antimanicomial;
- Estimular a criação e o desenvolvimento das organizações não governamentais especializadas em questões jurídicas para defender a cidadania dos portadores de transtorno mental;
- Estabelecer uma instância de revisão obrigatória para todos os casos de interdição civil, com a participação de todos os seguimentos da sociedade civil. Que essas instâncias criadas contemplem também os casos das pessoas com sofrimento psíquico presas em medida de segurança;
- Exigir do Estado uma atenção integral e um programa de ressocialização específica para aquele usuário de longa permanência nos asilos;
- Exigir do judiciário uma revisão das políticas de manicômios judiciários com o desenvolvimento de programas alternativos;
- Exigir que ensaios clínicos e experimentais em saúde mental não sejam aplicados sem o consentimento informado dos usuários;
- Que as leis existentes e as em tramitação sejam revistas, considerando as propostas aprovadas e as diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro, 1992) e do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial de Salvador, e basear-se na Carta dos Direitos dos Usuários, produzida no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, realizado em Santos;

- Que se incentive o desenvolvimento de associações populares e organizações não- governamentais na prestação de serviços alternativos e inovadores em saúde mental, com amplo suporte técnico e financeiro dos governos e do Sistema Único de Saúde;
 - Que se encaminhe uma revisão e ampliação da discussão do projeto de lei estadual de Política de Saúde Mental, em discussão na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, tendo como base a "Carta de Direitos dos Usuários e Familiares";
 - Que seja criado pelo poder público um sistema especial de atendimento aberto aos portadores de transtorno mental que vivem nas ruas das cidades em nosso país.
1. Esta plenária manifesta o Seu repúdio a política deliberada da destruição da rede de serviços alternativos em saúde mental pela atual Prefeitura de São Paulo;
 2. Esta plenária expressa o seu repúdio ao projeto de lei da deputada Laura Carneiro, do Rio de Janeiro, que delibera o recolhimento da população de rua em uma instituição de saúde mental privada;
 3. Esta plenária manifesta seu repúdio ao corte da Supervisão Institucional dos Trabalhadores de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;
 4. O III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares de Saúde Mental vem exigir que seja aprovado imediatamente o projeto de lei 366/92 de Reforma Psiquiátrica do Estado de São Paulo, de autoria do deputado estadual Roberto Gouveia e outros, que se encontra em tramitação na Assembleia Legislativa de São Paulo.

Anexo 3

A NOVA LEI PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

LEI Nº 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001

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

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, deque trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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

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

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

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

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico

circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant