

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ADRIANA LEÃO**

**AS PRÁTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL:  
O DESAFIO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

**SÃO PAULO  
2006**

**ADRIANA LEÃO**

**AS PRÁTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL:  
O DESAFIO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

**Dissertação apresentada à Escola de  
Enfermagem da Universidade de São  
Paulo para obtenção do título de Mestre  
em Enfermagem**

**Área de Concentração:  
Enfermagem Psiquiátrica**

**Orientadora:  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sônia Barros**

**SÃO PAULO  
2006**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação (CIP)

## **Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP**

LEÃO, Adriana

As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental. / Adriana Leão. – São Paulo: A. Leão, 2006.  
184 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Barros.

1. Reabilitação Psicossocial
2. Serviços de Apoio Psicossocial
3. Inclusão Social. I. Título.

## **Dedicatória**

**Para todos os que continuam acreditando na possibilidade de transformar a realidade, a fim de auxiliar aqueles que encontram-se em uma “existência-sofrimento”.**

**Especialmente**

**Para o amor que a Vida permite:  
Gui, por sua presença, suporte  
afeto e compreensão.**

## Agradecimentos

Sou grata a Deus pela oportunidade de evolução e pelas pessoas queridas que tive e tenho o prazer de conviver. Aqui menciono algumas:

Aos meus pais (in memoriam) Margarida e Luiz, por terem acolhido e estruturado a minha existência.

Ao Allan, irmão e amigo das primeiras experiências, pelas lembranças e incentivos possíveis.

À dona Mara e “seu” Tião, minha outra família, pelo apoio e compreensão de minhas ausências lá em São João da Boa Vista.

Às sempre amigas Lú Tamborim e Alexandra, pelo compartilhar de aprendizados, dúvidas, certezas, angústias e alegrias.

À Lú Carvalho, pelo carinho, amizade e traduções.

À Ró pelas orientações no caminho da Terapia Ocupacional e da vida quando foi preciso.

À Simone, pela revisão do texto.

Às amigas conquistadas no espaço da pós-graduação, em especial à Cíntia.

Principalmente à Prof<sup>a</sup> Sônia Barros, pelas orientações sempre competentes, elucidando o percurso da pesquisa. Minha admiração e agradecimento.

Às professoras Ana Luisa Aranha e Silva e Márcia A. Ferreira de Oliveira, pelas contribuições acerca do Exame de Qualificação.

Aos funcionários da EEUSP: Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, da Secretaria de Pós Graduação e da biblioteca, especialmente à Nadir pela correção das referências bibliográficas.

À equipe do CAPS São Carlos, pela colaboração com os dados para a pesquisa.

Ao *CNPq* (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pelo apoio financeiro para a viabilização desse estudo.

**...Enquanto a distância entre são e doente não se encurtar em seu reconhecimento recíproco, enquanto a barreira de prevenções, de preconceitos que os separa não cair, a doença mental continuará a apresentar-se com a face do excluído...**

**Franco Basaglia**

**Leão, A. As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.**

## **RESUMO**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados dispositivos estratégicos para a mudança de modelo assistencial em saúde mental e apresentam proposições que vão ao encontro dos conceitos da Reabilitação Psicossocial, na perspectiva de promover a inclusão social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico. Neste contexto insere-se a temática desta pesquisa: as ações de inclusão social. Busca-se compreender como ocorrem as práticas de inclusão social voltadas para essa população, no intuito de contribuir para a avaliação deste serviço, considerado um importante avanço no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objeto de estudo são as representações sociais dos sujeitos sobre práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para apreender esta realidade, os objetivos delineados foram: identificar as ações desenvolvidas no CAPS que, de acordo com a equipe de saúde mental, tenham por finalidade a inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes; analisar a concepção de inclusão social expressa na representação social dos trabalhadores; compreender as dificuldades e as possibilidades, a fim de fomentar a inclusão social de usuários em serviços de saúde mental; e compreender a fundamentação teórico-prática que sustenta as ações de inclusão. Os conceitos norteadores deste estudo são a Reabilitação Psicossocial e a Desinstitucionalização, segundo a perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana, por apresentarem proposições que fundamentam as práticas de inclusão social. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com os funcionários que compõem a equipe do CAPS da cidade de São Carlos. Os dados foram submetidos à análise do discurso, a partir da qual foi possível reconhecer as seguintes categorias empíricas: representações dos processos de inclusão e exclusão social, práticas de inclusão social e

modelo assistencial. A análise dessas categorias foi realizada sob a ótica da Representação Social que, apoiada na valorização do senso comum, favorece a análise de alguns limites e potencialidades das ações de inclusão social, a partir da percepção dos profissionais. Dessa forma, foi possível compreender as concepções de inclusão social atreladas à ideologia da normalidade social; as famílias dos usuários são consideradas atores importantes no processo de inclusão, mas também são culpabilizadas pela falta de adesão ao tratamento oferecido no serviço; o trabalho é contemplado como uma dimensão importante para a inclusão, contudo, os profissionais não se consideram agentes desse processo; e algumas práticas refletem as concepções presentes no conceito de Reabilitação Psicossocial. Nesse sentido, as concepções acerca das práticas de inclusão social apresentam-se pouco claras e muitas vezes contraditórias. Apontamos para a necessidade de maior clareza do projeto institucional do CAPS.

**DESCRITORES:** inclusão social; serviços de saúde mental; reabilitação psicossocial; modelo assistencial;



Leão, A. Las prácticas de inclusión social: el desafío para los servicios de salud mental (disertación). San Pablo (SP): Escuela de Enfermaje, Universidad de San Pablo

## RESUMEN

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son considerados dispositivos estratégicos para el cambio de modelo asistencial en salud mental y presentan propuestas que están de acuerdo con los conceptos de la Rehabilitación Psicosocial, con el objetivo de establecer la inclusión social de las personas a la experiencia del sufrimiento psíquico. En este contexto se encuentra el tema de esa investigación: las acciones de inclusión social. Se busca comprender la ocurrencia de las prácticas de inclusión social apuntadas para esa población, con el objetivo de contribuir para la evaluación de este servicio, que es un importante avance en el proceso de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. El objeto del estudio son las representaciones sociales de los sujetos acerca de las prácticas de inclusión social realizadas por los servicios sustitutos en salud mental, en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS). Para comprender esta realidad, los objetivos que se han expuesto son: identificar las acciones desarrolladas en el CAPS que, según el equipo de salud mental, tengan por finalidad la inclusión social de las personas portadoras de trastornos mentales severos y pertinaces; analizar la concepción de inclusión social manifiesta en la representación social de los laboriosos; comprender las dificultades y las posibilidades, con el fin de promover la inclusión social de usuarios en servicios de salud mental; y comprender la fundamentación teórico-práctica que mantiene las acciones de inclusión. Los conceptos que orientan este estudio son la Rehabilitación Psicosocial y la Desinstitucionalización, según la perspectiva de la Psiquiatría Democrática Italiana, porque presentan proposiciones que dan fundamento a las prácticas de inclusión social. La colecta de datos se realizó a través de entrevista semi-estructurada con los funcionarios que hacen parte del equipo del CAPS de la ciudad de San Carlos. Los datos fueron sometidos a análisis del discurso, a

través de la cual se reconoció las categorías empíricas a seguir: representaciones de los procesos de inclusión y exclusión social, prácticas de inclusión social y modelo asistencial. El análisis de esas categorías se realizó según la Representación Social que, apoyada en la valoración del sentido común, favorece el análisis de algunos límites y potencialidades de las acciones de inclusión social, según la percepción de los profesionales. De esa manera, se comprendió las concepciones de inclusión social relacionadas a la ideología de la normalidad social; las familias de los usuarios son consideradas actores importantes en el proceso de inclusión, pero también son culpables por no adherir al tratamiento ofrecido en el servicio; el trabajo es reconocido como si fuera una dimensión importante para la inclusión, sin embargo, los profesionales no se consideran agentes de ese proceso; y algunas prácticas reflejan las concepciones que están presentes en el concepto de Rehabilitación Psicosocial. De esa manera, las concepciones acerca de las prácticas de inclusión social se presentan con poca claridad y muchas veces contradictorias. Reconocemos la necesidad de una clarividencia en el proyecto institucional del CAPS.

**DESCRITORES:** inclusión social; servicio de salud mental, rehabilitación psicosocial, modelo asistencial;

Leão, A. **Social inclusion practices: challenge for mental health services** [master thesis]. São Paulo (SP): Nursing School. University of São Paulo; 2006.

### **ABSTRACT**

Psychosocial Attention Centers (CAPS) are considered strategic devices for the change of assistance model concerning mental health. They present proposals that involve concepts of Psychosocial Rehabilitation, aiming to promote social inclusion for people who have experienced psychological suffering. In this context, the research theme involves social inclusion actions that aim to understand how social inclusion practices for this population occur, and also to contribute to the evaluation of this service, as it is considered an important advance in the process of Brazilian Psychiatric Reform. The object of the study is social representations of the citizens on social inclusion practices performed by the substitutive services concerning mental health, in the scope of Brazilian Public Health System (SUS). Based on this situation, the study aims to: 1) identify actions developed at CAPS which, according to the team of mental health workers, may aim for the social inclusion of people with severe and persistent mental disturbances; 2) analyze the conception of social inclusion expressed through workers' social representation; 3) understand the difficulties and possibilities in order to promote social inclusion for the users of mental health services; 4) understand the theoretical-practical basis that supports inclusion actions. The guiding concepts of this study are Psychosocial Rehabilitation and De-institutionalization, according to the perspective of Italian Democratic Psychiatry, since these concepts present proposals that support social inclusion practices. The data was collected from semi-structured interviews with the employees who compose the work team at CAPS in the city of Sao Carlos. The data have been submitted to discourse analysis in order to make it possible to recognize the following empirical categories: representations of inclusion and social exclusion processes, social inclusion practice, and the assistance model. The analysis of these categories was done by the Social

Representation optics, a method that, supported by common sense, favors the analysis of some limits and potentialities of social inclusion actions, beginning from the professionals' perception. In this way, it was possible to understand the conceptions of social inclusion related to the ideology of social normality. The families of the users are considered important characters in the inclusion process, but they are also responsible for the lack of adhesion to the treatment offered by the service. Work is considered an important dimension for the inclusion; however, professionals do not consider themselves as agents of this process. Some practices reflect the ideas present in the concept of Psychosocial Rehabilitation. In this sense, the concepts concerning social inclusion practices are not very clear and are often contradictory. Based on these results, this study suggests the necessity of more clarity concerning the institutional project of CAPS.

**KEY WORDS:** social inclusion; mental health services; psychosocial rehabilitation; assistance model;

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	15
1.1	A assistência à saúde mental no Brasil rumo à inclusão social .....	25
1.2	CAPS: desafios e possibilidades para a inclusão social .....	39
2	A TRAJETÓRIA DA PESQUISA .....	44
2.1	Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial: caminhos possíveis para a inclusão social .....	45
2.2	As Representações Sociais como categoria de análise .....	50
2.3	O campo da pesquisa .....	53
2.4	Sujeitos da pesquisa e os procedimentos para a coleta dos dados .....	58
2.5	Procedimentos para o tratamento e análise dos dados .....	60
3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	63
3.1	Representações do processo de inclusão e exclusão social .....	63
3.1.1	Exercício e não exercício da cidadania .....	63
3.1.2	Normalidade social .....	69
3.1.3	Inserção no mercado de trabalho e improdutividade .....	71
3.1.4	Concepção de inclusão social .....	74
3.2	Práticas de inclusão social .....	79
3.2.1	Ampliar rede de serviços de saúde mental .....	79
3.2.2	Trabalho territorial .....	81
3.2.3	Trocas afetivas e sociais .....	88
3.2.4	Dimensão cultural .....	91
3.2.5	Ações no CAPS .....	96
3.2.6	Mercado de trabalho .....	106
3.2.7	Limites para as práticas de inclusão social .....	114
3.2.8	Instrumentos .....	120
3.3	Modelo Assistencial .....	125
3.3.1	Políticas de saúde mental .....	128
3.3.2	CAPS .....	131
3.3.2.1	Desconstrução do modelo anterior .....	131
3.3.2.2	Construção do modelo atual .....	133
3.3.2.3	Projeto terapêutico .....	137
3.3.2.4	Grau de resolutividade .....	141
3.3.3	Recursos Humanos .....	145
3.3.4	Concepção de doença mental .....	152
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	159
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	168
	ANEXOS .....	180

## APRESENTAÇÃO

O interesse pela área de saúde mental direcionou a escolha de minha formação acadêmica e, dessa forma, como terapeuta ocupacional, aceitei o desafio de trabalhar num hospital psiquiátrico em São José dos Campos, no interior do Estado de São Paulo.

Atuando, em um dos setores da instituição, com pessoas portadoras de transtornos mentais internadas pelo período médio de trinta dias, permaneci inquieta ao deparar-me com algumas questões relacionadas à reabilitação e à inclusão social.

São diversos os fatores que interferem significativamente no processo saúde-doença mental, como, por exemplo, a não continuidade do tratamento após a alta hospitalar, inicialmente justificada pela ausência de uma rede de serviços que responda às demandas e prioridades dos indivíduos em seu contexto.

Diante dessa situação percebi que o hospital psiquiátrico, apesar do tratamento excludente e pouco efetivo, ainda se apresentava como uma estrutura necessária no atendimento dessas pessoas, pois era o único meio a recorrer diante de uma crise, apesar de todas as propostas da Política Nacional de Saúde Mental.

As constantes reinternações de vários casos de pacientes que evoluíam para uma “cronificação” (no jargão psiquiátrico) provocavam uma sensação de impotência e o desejo de “fazer diferente”.

Assim, as inquietações vivenciadas fomentaram o interesse em realizar um estudo sobre as práticas realizadas pelos serviços substitutivos, no âmbito do SUS, em direção à promoção da autonomia e inclusão social dos seus usuários, estratégias que, pressupomos, interferem na possibilidade de internação/reinternação em hospital psiquiátrico.

## 1 INTRODUÇÃO

O tipo de tratamento oferecido na assistência psiquiátrica hospitalocêntrica não produz mudanças significativas na vida das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico. Elas continuam suas trajetórias marcadas por esse transtorno recorrente, o que não pode ser creditado apenas ao aspecto psicopatológico.

O hospital psiquiátrico desempenha um papel que é justificado sempre pela doença. Ocorre permanente omissão dos aspectos sociais amplos e estruturais que são indissociáveis da vida do indivíduo e que interferem em seu processo de saúde e doença mental.

Nesse sentido, observa-se que, muitas vezes, os casos freqüentes de reinternação eram marcados pela desestruturação familiar, problemas ligados à saúde, como seqüelas neurológicas, a questão do desemprego e, conseqüentemente, do acesso aos bens materiais. A psiquiatrização e a medicalização dos problemas sociais estão representadas na internação do indivíduo.

A internação acaba por definir na sociedade quem é o “anormal”, o doente, em contraposição ao “normal” e sadio que trabalha e tem vínculos societários. Ela exclui o indivíduo de suas relações e traz uma lista de impedimentos ou restrição de ações cotidianas.

As perdas, decorrentes do processo de adoecimento psíquico e da internação psiquiátrica, principalmente quando freqüentes, são múltiplas e se refletem nos aspectos profissionais, sociais, afetivos, entre outros. Ainda há a desconsideração da pessoa quanto à validade de seu poder de decisão e seus desejos, os quais ficam sob o controle da família e da psiquiatria (Brunello, 1998).

Além das perdas, o indivíduo é portador de uma marca: o estigma, um atributo físico ou moral de caráter depreciativo que o diferencia dos demais membros de um grupo e favorece a discriminação social (Goffman, 1978).

O estigma é reforçado pela expressão do indivíduo que “traz no rosto a marca da doença”, devido aos efeitos colaterais – sedação, sialorréia, discinesias, ganho de peso corporal – produzidos pela medicação psicotrópica (Mateus et al., 2005). Essa situação favorece o abandono do tratamento medicamentoso o que leva também à recorrência das internações psiquiátricas.

A hospitalização altera significativamente o destino social de uma pessoa, pois o registro de ter estado num hospital psiquiátrico atesta que o indivíduo “é um ser à parte” e, dessa forma, ele se torna portador de um estigma que gera mais exclusão. Suas chances na vida ficam diminuídas, sobretudo no que diz respeito ao emprego (Goffman, 1974).

Diante da sociedade, o indivíduo portador de sofrimento mental carrega fortemente o estigma da periculosidade e da incapacidade, sobretudo os egressos de diversas internações. Dessa forma, apresentam-se mais comprometidas as oportunidades de trabalho, o que irá limitar o seu processo de inclusão social.

Alienado, o indivíduo é duplamente excluído pela legislação psiquiátrica brasileira formulada no início do século XX, que legitima a retirada do indivíduo de seu meio social, impedindo o exercício dos direitos civis e depois do contexto das trocas materiais, as quais se efetivam “pelo trabalho contextualizado no modo de produção capitalista, num país com características econômicas e culturais periféricas” (Silva, 1997, p. 5).

A inclusão social é bandeira do processo da Reforma Psiquiátrica, e todas as suas proposições e programas buscam efetivar ações com essa finalidade. Contudo, reverter um problema social desse porte é um desafio gigantesco, pois trata-se de questões políticas, econômicas e sociais de ordem macroestrutural.

A inserção ou permanência no mercado de trabalho em nossa sociedade não é problemática apenas para aqueles com a experiência do sofrimento



mental, mas também para aqueles que buscam o primeiro emprego ou ainda os que têm uma formação considerada insuficiente para o mercado, não havendo assim trabalho para todos.

A relação entre inclusão social e trabalho foi muito discutida por diversos autores, referindo-se a todos aqueles que se encontram à margem, excluídos da vida produtiva e social.

O termo exclusão social teve origem na literatura francesa em 1974, com o trabalho de René Lenoir, no qual denuncia a situação das pessoas com algum tipo de desvantagem em relação ao progresso industrial, como os idosos, as pessoas com transtorno mental, etc. (Demo, 2002).

O processo de exclusão social pode designar a situação de todos aqueles que se encontram “fora dos circuitos vivos das trocas sociais” (Castel, 1997, p. 20).

Assim, a exclusão social não se restringe apenas a desintegração do mercado de trabalho, mas também se refere a uma ruptura nos laços sociais e familiares. Essa dissociação que inclui o vínculo social foi denominada por Robert Castel (1989) de desfiliação.

Para Demo (2002), embora a exclusão social esteja relacionada intrinsecamente à desagregação social e à solidão, a condição social do indivíduo é definida pelo emprego. Além disso, a inclusão pela via da assistência atribui às pessoas geralmente um vínculo de dependência duradouro.

A fragilidade e a desvinculação dos laços sociais estão presentes, muitas vezes, nos casos de adoecimento psíquico, representadas pela exclusão do mercado de trabalho, da família, da cultura e da política, limitando o exercício do papel social, o que acaba por anular o indivíduo como sujeito singular (Vianna, Barros, 2002).

Nessa condição, a pessoa apresenta-se sem condições de reagir ao processo que vivencia e, dessa forma, como afirmou Basaglia (2005), qualquer ato passa a ser justificado pela doença mental. Sem voz e desacreditado, o

indivíduo é internado e se faz presente então o papel da instituição psiquiátrica.

A recusa e a crítica à função do hospital e da psiquiatria, bem como a proposição de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico, tiveram ênfase com o movimento social denominado Psiquiatria Democrática Italiana, no início da década de 1960, cujo representante mais importante foi Franco Basaglia.

A proposta de desinstitucionalização desse movimento representa a desconstrução dos aparatos científicos, tecnológicos, jurídicos e culturais criados para solucionar a questão da doença mental pela via da exclusão.

O tema central da desinstitucionalização na perspectiva basagliana é o confronto das questões psiquiátricas com as contradições sociais. Assim, é colocada em discussão a restituição dos direitos, a complexidade das necessidades, as possibilidades das pessoas acometidas pelo transtorno mental, bem como a finalidade da instituição psiquiátrica em relação à estrutura social (Nicácio, Amarante, Barros, 2005).

Nesse sentido, o hospital psiquiátrico, alvo dessas críticas, é, como afirma Rotelli (2001a), o lugar zero das trocas sociais, anulando as potencialidades do indivíduo e objetivando-o.

Somando-se, nesse contexto, o processo de exclusão social às perdas obtidas e aos estigmas, tornam-se nulas as situações de contratualidade que atribuem ao sujeito um valor social, pois seus bens apresentam-se suspeitos, as mensagens, incompreensíveis e os afetos, desnaturados (Kinoshita, 2001).

Conforme Kinoshita (2001), o processo de reabilitação significa reconstruir esses valores e aumentar o poder contratual, ou seja, o poder de troca na sociedade nos âmbitos afetivo, material e de comunicação, em busca de maior autonomia.

Ainda, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Reabilitação Psicossocial é um processo, não uma técnica, que tem como objetivo oferecer aos indivíduos inadaptados em decorrência do transtorno mental, condições para exercer suas potencialidades e capacidades de forma independente na sociedade (OMS, 2001).

A proposta da desinstitucionalização italiana embasa o processo de Reabilitação Psicossocial ao afirmar que sua finalidade não é a cura, mas sim a emancipação do indivíduo, já que na perspectiva basagliana a “loucura” deve ser compreendida como parte da condição humana e não a negação da normalidade.

De acordo com Saraceno (1998), para tratar a complexidade do transtorno mental e devolver ao indivíduo a sua identidade de cidadão é necessário abordar os contextos microfamiliar e macrossocial em que o indivíduo está inserido. Faz parte do contexto macro: a comunidade, a cidade e o contexto do serviço de saúde mental.

Dessa forma, a atuação dos serviços destinados à Reabilitação Psicossocial, no contexto de vida do usuário, é fundamental, trabalhando a partir de três eixos principais: moradia, trabalho e o lugar de trocas sociais – a rede social (Saraceno, 1999).

Com o objetivo de reverter gradativamente o modelo de atenção centrado na referência de internação em hospitais psiquiátricos, a OMS (2001), propõe um modelo de atenção à saúde mental de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Nessa direção, a assistência deve basear-se na comunidade, o que implica o desenvolvimento de uma gama de serviços em contextos locais que estejam próximos à residência do indivíduo; ações de intervenções nos sintomas e incapacidades; tratamento e atenção específicos e individualizados; serviços variados que atendam às necessidades das pessoas portadoras de transtornos mentais; atendimentos domiciliares e ambulatoriais; entre outros. Os serviços devem ser em locais acessíveis, que atendam às múltiplas necessidades dos indivíduos, visem à emancipação dos mesmos, aumentem a independência para o autocuidado, identifiquem recursos e estabeleçam alianças sociais saudáveis (OMS, 2001).

A Reabilitação Psicossocial é um dos ingredientes de todas as ações de atenção à saúde mental e tem por objetivo a emancipação do indivíduo

portador do sofrimento psíquico, bem como a diminuição do estigma, o aumento de habilidades sociais e o apoio social constante.

No Brasil, o processo da Reforma Psiquiátrica foi construído com diferentes possibilidades político-institucionais e diversos referenciais orientadores do projeto de transformação (Nicácio, 2003).

De acordo com Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica não seguiu um percurso linear, referindo-se a diferentes períodos desse processo como trajetórias – “alternativa”, “sanitarista” e “desinstitucionalização/invenção”. Nesta última é que foram criados, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em Santos, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Estes serviços, se mostraram inovadores no contexto da assistência psiquiátrica e, regulamentados pelas Portarias nº 189/1991 e 224/1992, tornaram-se parte da política do Sistema Único de Saúde (SUS) e serviram de base para a implantação de outros em todo o cenário nacional.

Dentre os serviços de atenção à saúde mental existentes, os CAPS aproximam-se do proposto pela OMS, pois têm a possibilidade de aliar ações de cuidado clínico a programas de Reabilitação Psicossocial, com o objetivo de atender às pessoas com sofrimento psíquico severo e persistente, e ser um serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. O CAPS é considerado no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira um serviço estratégico por ter o papel de organizar a rede comunitária de cuidados em saúde mental (Brasil, 2004a).

Os objetivos propostos por esse equipamento de saúde são oferecer cuidados clínicos e fomentar a reinserção social, pelo acesso ao trabalho, aos direitos e pelo aumento e fortalecimento da rede social dentro do contexto de vida do usuário (Brasil, 2004a).

O projeto do CAPS tem como preocupação o “sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana” (Brasil, 2004a, p. 14). Direcionar as ações terapêuticas nesse sentido remete à idéia de olhar para a “existência sofrimento” do indivíduo em “relação com o corpo social”,

o que é preconizado pela experiência da desinstitucionalização italiana (Rotelli, 2001).

No entanto, ter a doença como foco de intervenção e não olhar para a pessoa em suas condições de vida é a visão hegemônica na prática psiquiátrica.

Dessa forma, além do enfrentamento da questão da produção de autonomia do usuário, o CAPS compõe um modelo assistencial que questiona e se propõe como substituto do modelo psiquiátrico tradicional e, assim, tem por objetivo desconstruir as ações excludentes e estigmatizantes.

Os desafios para a promoção da inclusão social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico apresentam-se bastante complexos, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Um dos passos importantes nessa direção está representado pela expansão dos CAPS em todo o território nacional com a proposição de enfrentar essas questões. Mas se por um lado temos os avanços, por outro, se fazem presentes os problemas dentro desse novo modelo de atenção, que devem ser questionados e problematizados em busca de respostas sempre parciais, dada a dinamicidade da realidade.

Observamos, por meio de resultados de pesquisa (Tavares et al., 2003), que os serviços substitutivos, como os CAPS, têm apresentado ausência de ações destinadas à ressocialização de seus usuários. Esse estudo realizado em um CAPS da cidade de Niterói, no Rio de Janeiro, demonstrou que não se efetiva a proposta fundamental da Reforma Psiquiátrica: a reinserção social.

As ações voltadas para a medicalização e o atendimento individual sobressaem às novas tecnologias de cuidado em saúde mental voltadas para a produção de autonomia do usuário. Dessa forma, mantêm e reproduzem no contexto das relações sociais o “manicômio mental”, presente no saber científico convencional (Brasil, 2002, p. 68), modificando-se apenas a lógica externa, representada pelas portas abertas.

Nessa perspectiva o serviço oferecido assemelha-se aos outros de saúde mental, inclusive dos hospitais psiquiátricos, que têm a intenção de oferecer

um atendimento mais humanizado, contudo, sem enfrentar a problemática questão da reinserção social, limitando-se a medicalizar os aspectos mais abrangentes da vida de seu usuário.

Na mesma direção, essa constatação é reiterada por outra pesquisa (Andreoli et al., 2004), realizada em um CAPS da cidade de Santos/SP. Nesse estudo foi identificado, como um dos resultados, a predominância de ações ambulatoriais, sobretudo de atendimento médico psiquiátrico, e em bem menor porcentagem encontram-se as ações de Reabilitação Psicossocial.

O resultado dos trabalhos citados nos leva a supor que o paradigma da desinstitucionalização permeia os discursos e remete ao entendimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira como desospitalização.

O conceito de Paradigma, ao ser definido como um “conjunto de leis, conceitos, modelos, analogias, valores, regras e critérios para avaliação de teorias e formulações de problemas, e princípios metafísicos” (Kuhn, 1962, 1970, *apud* Barros, 2004, p. 30), auxilia na compreensão dessas questões.

A mudança paradigmática apresenta-se como um desafio ao processo da Reforma Psiquiátrica. Na assistência à saúde mental, o paradigma ainda dominante é o psiquiátrico, que tem por objeto de intervenção a doença mental e não a pessoa em seu contexto de vida, o que é ilustrado pelas ações, sobretudo de medicalização, nas pesquisas citadas.

No entanto, aceitar o novo paradigma da desinstitucionalização como um *processo social complexo* (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001) implica afirmar que o desafio central da Política de Saúde Mental está em transformar as identidades tradicionais dos técnicos e a cisão entre as diversas disciplinas, bem como inventar novas formas de cuidar e de se responsabilizar pelas pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes (Mângia, 2002).

Tendo em vista o que é proposto pela Reforma Psiquiátrica e, por outro lado, a configuração da rede de assistência à saúde mental no País, que ainda tem no modelo hospitalocêntrico um dos principais recursos para o

enfrentamento dos problemas de saúde dos portadores de transtornos mentais e seus familiares, surgem algumas questões:

Como os CAPS – dispositivo estratégico na rede de atenção à saúde mental – estão realizando suas intervenções com o objetivo de promover a inclusão social? Como direcionar ações específicas aos indivíduos egressos de internação psiquiátrica, portadores de estigmas e assim com maior dificuldade de inclusão social? Quais as possibilidades encontradas no âmbito da saúde para o enfrentamento da exclusão social, visto que o cuidado em saúde mental depende de outros fatores, os quais necessitam de investimento em políticas intersetoriais? Como tem sido enfrentado o desafio da Reabilitação Psicossocial no que diz respeito ao acesso ao trabalho?

Dentre essas indagações inquietantes o interesse deste estudo recai sobre as práticas de inclusão social para as pessoas portadoras de transtorno mental, assistidas nos serviços substitutivos no âmbito do SUS, especificamente no CAPS.

Assim, a finalidade desta pesquisa é compreender como se dão as práticas para inclusão social de pessoas com transtornos mentais, no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, representada aqui pelos CAPS, na perspectiva de contribuir para a avaliação necessária desses serviços, considerados como um importante avanço no processo de transformação da assistência à saúde mental brasileira e estratégicos para a Reabilitação Psicossocial desses cidadãos.

Para apreender essa realidade os objetivos delineados foram:

1. Identificar as ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial que, de acordo com a equipe de saúde mental, tenham por finalidade a inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes.
2. Analisar a concepção de inclusão social expressa na representação social dos trabalhadores.
3. Compreender as dificuldades e as possibilidades encontradas, a fim de fomentar a inclusão social de usuários em serviços de saúde mental.

4. Compreender a fundamentação teórico-prática que sustenta as ações de inclusão.

O desenvolvimento deste estudo está assim apresentado:

A Introdução consta de uma breve retrospectiva da história da assistência psiquiátrica no Brasil. São apontados neste percurso alguns desafios e, por outro lado, os avanços do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dentre eles especificamente a presença dos CAPS.

O percurso metodológico desta pesquisa está descrito na Trajetória da Pesquisa. Os conceitos norteadores escolhidos para tratar das questões abordadas são a desinstitucionalização italiana e a Reabilitação Psicossocial, por apresentarem proposições que fundamentam as práticas com o objetivo de promover a inclusão social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

Além disso, consta também o percurso desta pesquisa: o campo, os sujeitos do estudo e os procedimentos utilizados para a coleta, tratamento e análise dos dados empíricos.

Posteriormente, na Análise e Discussão dos Resultados, é apresentada a análise dos discursos, que foram tematizados e agrupados em categorias empíricas.

E, finalmente, são construídas as Considerações Finais.

Dessa forma, esta pesquisa tem por ensejo contribuir com algumas reflexões tecidas a partir das possibilidades e dos limites para a promoção da inclusão social apreendidos na realidade pesquisada, dentre os vários existentes no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.



## 1.1 A assistência à saúde mental no Brasil rumo à inclusão social

O marco institucional na história da assistência psiquiátrica brasileira é o ano de 1852, em que foi inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro hospício brasileiro – Hospício Pedro II, sob a direção da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia e da Igreja. Posteriormente a 1890, com o advento da República, essa instituição foi subordinada à administração pública e passou a ser denominada Hospital Nacional de Alienados (Resende, 1987).

Assim, o indivíduo com transtorno mental que vivia nas ruas ou casas de correção e asilos, juntamente com outras populações consideradas desviantes, passou a ter espaço social próprio de reclusão. A criação do novo espaço, motivada pela necessidade da reorganização e reestruturação urbana das cidades, em decorrência do crescimento da população, inaugurou o modelo de assistência psiquiátrica asilar no País (Amarante, 1994).

A partir da criação do Hospício Pedro II, outras instituições foram construídas com base no modelo asilar europeu, como as duas primeiras colônias de alienados da América Latina: as Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas no Rio de Janeiro. As Colônias do Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no Rio de Janeiro, são fundadas posteriormente (Amarante, 1994).

A essência da terapêutica asilar era o uso do trabalho como meio e fim do tratamento, objetivando a cura das pessoas portadoras de doença mental. Essa forma de assistência estava em consonância com o Tratamento Moral, modalidade que teve início com Pinel, na França do século XIX, e com Tuke, na Inglaterra. Este foi o modelo inspirador para a criação das colônias agrícolas nas instituições citadas (Resende, 1987).

Pinel, psiquiatra que ficou famoso pela imagem da “quebra dos grilhões” representando a libertação dos loucos, inaugurou a psiquiatria como especialidade médica e caracteriza a primeira reforma na assistência

psiquiátrica. Abordou a loucura pelo Tratamento Moral, que reunia três dimensões, cuja articulação constituiu a síntese alienista: a classificação do espaço institucional – o manicômio como lugar de tratamento; o arranjo nosográfico das doenças mentais, através da observação dos comportamentos; e a imposição de uma relação de poder entre médicos e doentes (Barros, 1996).

Uma das bases do Tratamento Moral era o uso da ocupação como elemento de organização da instituição, de reeducação do indivíduo e também como detentora de propriedades ressocializantes.

No Brasil, como na sociedade européia, o trabalho tinha um caráter divisor entre o normal e o anormal e dentro das instituições reproduzia os valores sociais. Assim, as colônias agrícolas introduzidas nas instituições brasileiras recém-criadas constituíram-se em soluções para o problema do louco, cujo tratamento era justificando pelo trabalho agrícola, com a sua posterior reinserção na sociedade enquanto sujeito útil (Resende, 1987).

Contudo, isso se apresentou como uma grande contradição, visto que a sociedade brasileira organizava-se economicamente em bases industriais e não mais rurais. Dessa forma, estava colocada a função social dos hospitais agrícolas: *a exclusão social do louco*.

Na primeira metade do século XX, o País permanecia alheio às experiências de reestruturação psiquiátrica que ocorria na Europa e EUA, desde a década de 1940, como as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra, e a Psiquiatria de Setor, na França. Essas e outras experiências marcaram o primeiro período de reforma na assistência psiquiátrica o qual é composto por críticas à estrutura asilar.

As instituições manicomiais, que aumentavam consideravelmente, caracterizaram a assistência psiquiátrica brasileira e se constituíram em modalidade hegemônica de atenção à saúde mental por muitas décadas.

Em meados dos anos 60 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passou a comprar os serviços psiquiátricos do setor privado, aumentando expressivamente o número de leitos nos

hospitais psiquiátricos. Esse quadro ocorria na área da saúde como um todo e não só na saúde mental, devido à configuração de um modelo médico assistencial privatizante (Amarante, 1994).

Essas instituições apresentavam condições precárias de assistência em decorrência da deficiência de pessoal, violência e corrupção. O modelo hospitalocêntrico, marcado pela exclusão social e pela disciplina no trabalho, apresentava-se iatrogênico, era necessária e urgente uma reforma na assistência à saúde mental.

No contexto da movimentação político-social que caracterizou a conjuntura da redemocratização do País, a população também se mobilizou para reivindicar os direitos de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais e para lutar contra a situação das instituições psiquiátricas, caracterizadas pelos maus tratos e pelo péssimo atendimento prestado.

Nesse contexto, os trabalhadores das instituições psiquiátricas, representados pelas instituições: Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à Psiquiatria, entre outros, compõem o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). É principalmente com o MTSM que surgem as primeiras propostas de reformulação da assistência psiquiátrica (Amarante, 1995).

Ainda de acordo com Amarante (1995a), a Reforma Psiquiátrica pode ser considerada um processo que se iniciou entre 1978 e 1980, na conjuntura da redemocratização, com o surgimento do MTSM, dentre outras manifestações sociais, e é compreendida como a “formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (p. 91).

O MTSM sofreu influências diretas dos membros de movimentos críticos da psiquiatria que vieram ao Brasil para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978. Franco Basaglia, Robert Castel, Felix

Guattari e Erving Goffman foram os principais representantes da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do movimento da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana (Amarante, 1995).

O movimento iniciado no Brasil recebeu influências das experiências ocorridas no cenário internacional, sobretudo Europa e Estados Unidos, a partir da década de 1940, as quais tinham como proposta a extensão da psiquiatria para o espaço público e a psiquiatria preventiva.

Dentre as experiências desse período destacamos a desinstitucionalização italiana, iniciada na década de 1960, por conter proposições que influenciaram fortemente as organizações dos trabalhadores e a formulação das políticas públicas de saúde mental no Brasil e que vão ao encontro das ações necessárias para a promoção da inclusão social da pessoa portadora de transtorno mental.

A expressão desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos e na Europa. Da forma como ocorreu, esse processo significou um conjunto de medidas de desospitalização, pois foi caracterizado por uma política de altas hospitalares, redução do número de leitos e pelo brusco fechamento de alguns hospitais psiquiátricos, configurando-se como um programa de racionalização financeira e administrativa (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001).

No entanto, o processo de desinstitucionalização italiana foi a única experiência que se diferenciou das demais reformas psiquiátricas, por ter aberto as portas do manicômio e rompido com a Psiquiatria. A desinstitucionalização, compreendida na perspectiva basagliana, é um trabalho teórico prático de transformação de saberes e ações através de reflexões sobre o significado da instituição psiquiátrica e suas práticas ante os acontecimentos históricos e sociais (Nicácio, 2003).

De acordo com Rotelli, o “mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade” (2001, p. 90).

Dessa forma, as críticas são direcionadas às esferas científicas, legislativas e de relações de poder, as quais foram instituídas com o objetivo de controle social e que resultam na exclusão social do indivíduo (Figueiredo, 2004).

A experiência triestina, divulgada por Basaglia em suas visitas ao Brasil, nos anos 1978 e 1979, influenciou algumas das propostas de assistência e contribuiu para que o movimento da Reforma Psiquiátrica ultrapassasse a etapa inicial marcada por denúncias e reivindicações de melhorias na assistência psiquiátrica. Na etapa seguinte predominaram as críticas éticas ao saber e às práticas psiquiátricas, que deu início ao Movimento da Luta Antimanicomial (Amarante, 1992).

Na década de 1980, uma série de modificações nas esferas política, econômica e social favoreceu um momento de discussão e desenvolvimento da Reforma Sanitária, que era reivindicada pela sociedade civil e por movimentos populares. A realização de conferências municipais e estaduais culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Lopes, 1999).

No que se refere às políticas de saúde como um todo, em 1987, o governo implantou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, posteriormente, levando em conta a Constituição Brasileira de 1988, que considera muitas das diretrizes apontadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, também regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis 8080 e 8142/92.

Os princípios que regem o SUS, do ponto de vista doutrinário, englobam a universalidade, a equidade e a integralidade; e do ponto de vista organizacional, a descentralização, o controle social, a regionalização, a hierarquização e a complementação do setor privado.

Nesse sistema de saúde inovador, as ações e os serviços não se restringem mais à prestação de serviços médicos individuais de enfoque curativo, cujo modelo é centrado na cura da doença e na hospitalização.

Com base no ideário do Movimento pela Reforma Sanitária, a atenção integral objetiva ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. Dessa forma, foram introduzidas na saúde pública medidas que

possibilitam a prestação de serviços antes ofertados somente pelo setor privado, tanto filantrópico quanto comercial.

Neste contexto, obtém expressividade o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, além da posterior realização de alguns congressos e encontros de trabalhadores de saúde mental, ocorreu, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que tinha por princípio a necessidade de superação do modelo assistencial centrado na internação hospitalar.

Essa Conferência abordou três importantes temas – Economia, sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. E propôs a reformulação do modelo assistencial com a implantação de vários projetos contrários ao modelo vigente (Barros, 1996).

De acordo com Amarante (1995a), esse evento ainda marca o fim da “trajetória sanitarista” no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e inicia a “trajetória da desinstitucionalização” ou da “desconstrução/invenção”, a qual aborda a questão da institucionalização da doença e da pessoa com a experiência da doença.

Outra contribuição importante para as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a Conferência sobre a Reestruturação Psiquiátrica na Região (América Latina), ocorrida na cidade de Caracas em 1990, patrocinada pela OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Desta Conferência resultou a Declaração de Caracas, importante documento que se refere à assistência centrada no hospital psiquiátrico como ineficiente e coloca a necessidade de reestruturação, em termos legislativos e de políticas de saúde, da atenção psiquiátrica (Barros, Egry, 2001).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, aprofundou as críticas ao modelo de assistência hegemônico hospitalar, e o conceito de desinstitucionalização torna-se a base para a realização de projetos de transformação da assistência em psiquiatria no Brasil.

De acordo com Barros (1996) esse evento pode ser considerado um marco histórico no processo da Reforma Psiquiátrica devido ao envolvimento de múltiplos atores sociais (representações dos usuários, governo, sociedade civil, prestadores de serviços) nos debates iniciados em conferências municipais e estaduais. Dessa maneira, formalizou-se o esboço de um novo modelo assistencial fundamentado nos conceitos de atenção integral e cidadania.

Nessa perspectiva estavam se consolidando as experiências de serviços substitutivos no Estado de São Paulo, as quais se tornaram “marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil” (Tenório, 2002, p. 37).

Na cidade de São Paulo, foi inaugurado, em março de 1987, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, cuja expressão foi inspirada nos centros de atenção psicossocial da Nicarágua (Melman, 1992), é emblemático e influenciou a transformação da assistência psiquiátrica brasileira. Dada a sua importância no contexto da Reforma Psiquiátrica e as ações propostas por esse equipamento na direção da produção de autonomia e inclusão social de seus usuários, os CAPS são enfocados mais adiante.

Em Santos, a Casa de Saúde Anchieta, alvo de denúncias de maus tratos, péssimas condições de tratamento e mortes, após vistoria sofreu intervenção por parte da administração municipal em 1989, com repercussão nacional.

Com o objetivo de desativar aquele manicômio, foi implementado o Programa de Saúde Mental do município, com a proposta de construir uma rede de saúde mental inspirada na experiência italiana, apoiado, sobretudo, na criação de NAPS, que se tornaram serviços verdadeiramente substitutivos e de extrema importância no processo da reforma psiquiátrica em Santos. O processo santista teve como base, principalmente, a experiência da desinstitucionalização italiana (Nicácio, 2003).

A experiência santista, para Amarante (1995a), contribuiu para que a “trajetória da desinstitucionalização” da Reforma Psiquiátrica adquirisse caráter nacional e de importância definitiva.

Os NAPS e CAPS, apesar de diferirem entre si, dada a natureza das concepções fundantes dos serviços, foram considerados procedimentos similares pelas Portarias Ministeriais nº 189/91 e 224/92 e posteriormente, com a Portaria 336/2002, a denominação NAPS foi extinta (Amarante, 2001).

As experiências de Santos e São Paulo com a proposição de novos serviços e novas formas de lidar com a loucura, descentralizando a atenção do hospital psiquiátrico, mostraram a possibilidade concreta de transformar a assistência psiquiátrica brasileira:

*“Expressando projetos singulares, orientados por referenciais teóricos diversos, essas experiências alcançaram uma significativa relevância no cenário nacional ao assumirem a defesa e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e demonstrarem a possibilidade de implementação de uma rede diversificada de atenção em saúde mental que viabilizasse a transformação da lógica asilar” (Nicácio, 2003, p. 47).*

Esses novos serviços farão parte da proposição da política de saúde mental, ou seja, de um modelo assistencial composto por uma rede diversificada e qualificada de serviços em substituição à internação hospitalar, tais como: unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, serviços territoriais em funcionamento 24 horas, cooperativas de trabalhos, entre outros (Brasil, 1994).

Os avanços obtidos na década de 1990 no plano de uma Política Nacional, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, de acordo com Tenório (2002), foram:

- ✓ a mudança na forma de remuneração dos atendimentos em serviços alternativos à internação, através das portarias nº 189 e 224 do Ministério da Saúde, as quais também regulamentam os serviços Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial;
- ✓ a diminuição de leitos hospitalares de 85 para 62 mil no período de cinco anos, bem como o fechamento de 57 hospitais psiquiátricos;
- ✓ a desativação dos leitos psiquiátricos nos hospitais pode ser observada de um ponto de vista positivo, dada a criação e implantação de aproximadamente cem serviços de atenção diária em 1996;



- ✓ no âmbito legislativo, a tramitação do projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (Lei 3.652/89) inspirou a criação de projetos similares de forma regional. Este projeto versava sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica tem por um de seus objetivos a inclusão social da pessoa com a experiência do sofrimento psíquico, e todas as proposições são voltadas nesse sentido. Na tentativa de mudar o modelo assistencial, outros programas e ações são implementados pelo Ministério da Saúde, os quais são apresentados a seguir.

Para a superação da assistência centralizada em macroinstituições psiquiátricas, um dos itens importantes refere-se à moradia das pessoas após a alta hospitalar.

Assim, foram instituídos, enquanto política nacional, pelas portarias 106 e 1220 em 2000, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os quais têm o objetivo de se constituírem como alternativas importantes para os usuários egressos de internações psiquiátricas de longa permanência (Brasil, 2004b).

Trata-se de moradias ou casas inseridas, sobretudo, na comunidade. Esses serviços apresentam como diretrizes de seu projeto terapêutico o fato de estarem centrados nas necessidades dos indivíduos, buscando a sua autonomia, independência, emancipação e reinserção social, através de programas de alfabetização, inserção pelo trabalho, mobilização de recursos da comunidade e participação social (Brasil, 2004a).

Esses dispositivos foram pensados no sentido de evitarem possíveis negligências sociais devido ao processo de desospitalização. Algumas experiências comprovam a eficácia desses serviços.

Os SRTs surgiram na década de 1990 como experiências no contexto dos hospitais públicos, primeiramente no Estado de São Paulo, como por exemplo, no Hospital Dr. Candido Ferreira, em Campinas. Além dessa cidade, São Paulo, Santos e Ribeirão Preto também foram pioneiros no desenvolvimento e implantação desses serviços (Mângia, Rosa, 2002).

Foram contabilizados 357 módulos de SRT, atendendo cerca de 2850 moradores. Cada serviço deve estar vinculado a um CAPS e atuar junto à rede de saúde mental do território (Brasil, 2005).

Ainda com a finalidade de desospitalizar, para as pessoas com transtornos mentais internadas por longo tempo em instituições psiquiátricas, foi criado o Programa de Volta para Casa – Lei nº 10.708 e Portarias GM 2077 e 2078/2003, lançado em 2003 e que tem por finalidade contribuir efetivamente com o processo de inserção social.

Os usuários, inclusos em programa municipal de reintegração social, recebem diretamente um auxílio-reabilitação no valor de duzentos e quarenta reais mensais. Para garantir o acompanhamento dos beneficiários, o município deve ter uma rede de atenção à saúde mental que responda efetivamente às demandas de seus usuários (Brasil, 2005).

Esses dois programas de atenção voltados para as pessoas com longo histórico de internação, por outro lado, ajudam a efetivar um dos objetivos da Lei 10.216, aprovada em abril de 2001, de não mais internar em instituições macroassistenciais, um dos mais importantes avanços no processo da Reforma Psiquiátrica.

A Lei da Saúde Mental, originária do Projeto de Lei Paulo Delgado, mas sancionada com algumas alterações, é considerada uma lei progressista, pois determina a substituição progressiva da assistência em hospital psiquiátrico, de características asilar, por outras formas de tratamento.

Essa lei tem como base a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2004b).

Ainda em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro, propôs diretrizes importantes quanto à reestruturação do modelo na assistência psiquiátrica e também quanto ao financiamento e à política de recursos humanos, defendendo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas. A Reforma Psiquiátrica assim consolida-se enquanto política oficial do SUS (Brasil, 2002).

Além disso, reforçou a necessidade do fortalecimento de uma rede assistencial composta por: NAPS, CAPS, Hospital Dia, leitos psiquiátricos em Hospital Geral, centros de convivência, centros de saúde, serviços de atenção à criança e ao adolescente, SRTs, oficinas terapêuticas, programas de geração de trabalho e renda, núcleo de atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, cuidado domiciliar (Brasil, 2002).

Dentre esses serviços, os CAPS ganham prioridade nessa Conferência, adquirindo valor estratégico para a mudança do modelo de assistência.

Assim, é publicada a Portaria nº 336/2002, que dispõe sobre a criação de mecanismos próprios de remuneração para a rede de CAPS, além de diferenciá-los conforme o grupo populacional a ser atendido: crianças, adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, bem como os portadores de transtornos mentais severos e persistentes (Brasil, 2004b).

Paralelamente à presença dos serviços substitutivos no território nacional estão os hospitais psiquiátricos ainda em larga escala. Complementarmente, o Ministério da Saúde propõe medidas no sentido de humanização da assistência prestada, pois há demanda para eles e o fechamento abrupto desses dispositivos geraria desassistência, apesar da expansão da rede de serviços substitutivos. Alguns setores, dos movimentos sociais organizados questionam se não é um conflito o uso do escasso financiamento para preservar o hospital psiquiátrico.

De qualquer forma, em 2002, teve início a avaliação dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) – Portaria GM 251/2002. Esse programa estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, objetivando reestruturá-la e buscar uma nova configuração formada por hospitais de pequeno (composto por até 80 leitos) e médio porte (até 160 leitos), bem como a extinção de macro-hospitais (Brasil, 2005).

Com esse instrumento de avaliação o processo de desinstitucionalização ganhou impulso, pois permite que leitos inadequados e em situações precárias sejam extintos. Ainda, melhora a qualidade de

atendimento na assistência hospitalar, classificando os hospitais psiquiátricos, através de pontuação cruzada com o número de leitos, em: de boa qualidade de assistência; de qualidade insuficiente; com necessidade de adequação; e de baixa qualidade (Brasil, 2005).

Em 2004 é instituído pelas Portarias GM nº 52 e nº 53 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência nos Hospitais Psiquiátricos no SUS (PRH), que tem como estratégia uma progressiva redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos de maior porte, com mais de 600 leitos, e os de grande porte, de 240 a 600 leitos (Brasil, 2004b).

O PNASH e o PRH constituem-se em mecanismos que reafirmam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, no sentido de reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos e melhorar a qualidade da assistência às pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Esses dois Programas, aliados aos SRTs e o De Volta para casa, bem como a expansão dos CAPS, têm permitido a redução planejada de leitos psiquiátricos, assim como o fechamento de hospitais, sem produzir desassistência à população (Brasil, 2005).

Assim, as ações na área da saúde mental, no âmbito do SUS, como as que estão postas, visam às mudanças na lógica assistencial e apresentam um novo modelo que confronta a cultura excludente e manicomial, oferecendo um tratamento mais humanizado ao portador de transtorno mental.

A exclusão social, historicamente o destino dessa população com a criação das instituições asilares, é um processo agravado pelas condições políticas e sócio-econômicas de nosso país.

No terceiro milênio, nos deparamos ainda com a preponderância das instituições hospitalares psiquiátricas, as quais sugerem permanecer cumprindo as mesmas funções para as quais foram criadas: excluir e segregar, sobretudo aqueles indivíduos de classes populares, não modificando as condições concretas de vida (Gradella Junior, 2002).

Buscando reverter essa situação, ao que se refere especificamente às ações de inclusão social, voltadas para o trabalho, em 2005 foram dados

passos importantes para o enfrentamento dessa questão na assistência à saúde mental. As diretrizes da Economia Solidária e da Reforma Psiquiátrica apresentam pressupostos comuns: a produção da autonomia e a inclusão social de segmentos menos favorecidos da sociedade através do trabalho em cooperativas sociais.

Nesse sentido foi firmada uma parceria entre o Ministério de Estado da Saúde e o Ministro de Estado do Trabalho e Emprego, instituindo o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, através da Portaria Interministerial nº 353 de 07/03/2005 (Brasil, 2006).

Como resultado dessa portaria, dentre outros das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, foi criada a Portaria GM nº 1.169 de 07/07/2005, a qual destina um incentivo financeiro para municípios com projetos de inclusão social, vinculados à rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar de base comunitária e territorial. Os valores variam entre cinco e quinze mil reais, conforme o número de usuários inseridos em projetos de inclusão social pelo trabalho dentro dos serviços de saúde mental (Brasil, 2006).

Olhar para a questão da atenção à saúde mental pelo ângulo da inclusão social via o mercado produtivo é mais um dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira e nos remete às palavras de Rotelli (1993): a exclusão social comporta uma perda radical de sentido social, visto ser o trabalho o que estrutura a existência humana e social.

Diante das proposições e ações que configuram a assistência à saúde mental, podemos considerar que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem apresentado resultados positivos:

*“Entre os muitos pontos a destacar, está a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico (não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica); a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, com os postos de coordenação e gerência ocupados por partidários da reforma (...) a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade das experiências mais antigas de manter sua vitalidade; os reiterados indícios de um novo olhar sobre a loucura vicejando no espaço social, um olhar não mais tão*

*fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo” (Tenório, 2002, p. 41).*

Entretanto, dada à dimensão da complexidade da questão que envolve a inclusão social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, desafios são continuamente apresentados a todos os envolvidos: os profissionais de saúde e de outras áreas, usuários e seus familiares e gestores dos serviços no âmbito do SUS.

No sentido de compreender alguns desses desafios e, por outro lado, quais as possibilidades encontradas no âmbito da saúde mental para o enfrentamento da exclusão social, elegemos o CAPS como o campo de estudo por apresentar propostas e ações que visam à reinserção do usuário através da construção/reconstrução de sua rede social, bem como o aumento da autonomia também pelo acesso ao trabalho e aos direitos de cidadania.

## 1.2 CAPS: desafios e possibilidades para a inclusão social

Ampliando a concepção de Hospital Dia foi criado na cidade de São Paulo o primeiro CAPS público – o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, como uma iniciativa do Governo do Estado (Barros, Egry, 2001).

Todas as modalidades de CAPS estão capacitadas para atender os usuários nas formas intensiva, semi-intensiva e não-intensiva. Os CAPS são diferenciados de acordo com a população abrangente em seu território e a ordem de complexidade, nas seguintes modalidades (Brasil, 2004a):

- CAPS I, II e III – respectivamente, para cidades com abrangência populacional entre 20 e 70 mil habitantes; entre 70 e 200 mil; e a partir de 200 mil habitantes. São responsáveis pelo atendimento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico de forma geral.
- CAPS i II – para o atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais numa área de abrangência com cerca de 200 mil habitantes.
- CAPS ad II – para municípios com população superior a 70 mil habitantes, presta atendimento a usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas.

Além da atenção no CAPS ad II, para o enfrentamento dessa problemática, o Ministério da Saúde regulamentou a Portaria nº 1.028, em 7 de julho de 2005, a qual determina um conjunto de medidas, na esfera do SUS, visando à redução de danos sociais e à saúde dos usuários de substâncias que causam dependência. Dentre essas providências estão as ações de informação, educação e aconselhamento quanto ao comportamento de consumo seguro, com o objetivo de evitar as doenças sexualmente transmissíveis e outras patologias<sup>1</sup>.

O CAPS I tem o período de funcionamento das 8 h às 18 h em dois turnos durante os cinco dias da semana, e o CAPS II, além desse horário,

---

<sup>1</sup> Diário Oficial da União, 04/07/2005, edição nº 126

pode funcionar com mais um turno até as 21 h. Já o CAPS III destaca-se dos demais por possuir leitos 24 horas, pretendendo assim ser um dispositivo substitutivo às internações hospitalocêntricas, atendendo as crises psíquicas graves (Brasil, 2004a).

O serviço tem como base de seus projetos e ações o conceito de território em saúde mental, o qual não se restringe à idéia de área geográfica, mas refere-se a um espaço no qual são realizadas as ações de cuidado conforme a demanda de seus usuários.

Os CAPS têm sido um dos destaques da Política de Assistência à Saúde Mental e representam um dos avanços significativos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em conseqüência disso, observamos a expansão do número de CAPS, que é merecedora de nota, pois de 2000 a 2005 houve uma triplicação, de 209 para mais de 689 serviços distribuídos em quase todas as regiões do País (Brasil, 2005). Em março de 2006 foi cadastrado o CAPS de número 800 em Alagoas, representando também o alcance da rede substitutiva nas regiões mais carentes do Brasil<sup>2</sup>.

Por ter papel de articulador da rede comunitária de cuidados em saúde mental e também se apresentar como um equipamento substitutivo, e não complementar à assistência centralizada na internação hospitalar, é a principal estratégia do Ministério da Saúde, aliado aos outros programas e ações, para reverter o modelo de atenção manicomial e excludente.

Dada sua importância nessa direção, foi regulamentada a Portaria nº 1.174<sup>3</sup>, de 7 de julho de 2005, que destina um incentivo financeiro de caráter emergencial para o Programa de Qualificação dos CAPS. O valor destinado é de 10 mil reais, pelo período de um ano, em três parcelas, mediante relatório trimestral. O Programa de Qualificação deve contemplar,

---

<sup>2</sup> Diário Oficial da União, 31/03/2006, edição nº 63

<sup>3</sup> Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>



entre outras ações, a supervisão clínico-institucional semanal, num período mínimo de três a quatro horas.

Esta medida é importante para que os profissionais da equipe tenham orientação constante de suas ações, visando a cumprir as propostas do CAPS, evitando reproduzir a lógica do modelo asilar nos serviços.

Os CAPS têm por objetivo oferecer às pessoas portadoras de sofrimento psíquico um tratamento que alia o acompanhamento clínico e os cuidados de reinserção social de seus usuários, por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, pelo exercício dos direitos civis, bem como a construção ou reconstrução dos laços comunitários e familiares (Brasil, 2004a).

Entretanto, aí está posto um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica, pois a questão da inclusão/exclusão social é um problema de teor político em sua essência. Está diretamente vinculada ao aspecto econômico pela precarização do emprego, mas também está ligada à desagregação familiar e social. No capitalismo, a inclusão social deve ocorrer pela vinculação ao mercado de trabalho, apresentando-se assim mais estrutural e garantida do que pela via da assistência (Demo, 2002).

Ainda de acordo com Demo (2002), justiça social e capitalismo são antagônicos, pois o capitalismo não é capaz de assistir a todos os necessitados e a inserção social “exige muito mais do que assistência, sobretudo, inserção laborial e supremacia da cidadania” (p. 7). O problema central é justamente esse: o capitalismo nunca esteve a serviço da cidadania e, sim, privilegia as relações de mercado e o capital. Dessa forma, a questão atual é como um Estado pode distribuir riquezas (acumuladas pelo capital) para os indivíduos como um direito de cidadania?

No caso das pessoas portadoras de transtornos mentais, a questão da exclusão social torna-se ainda mais delicada, em decorrência dos estigmas atribuídos à doença e pelo fato de que o desemprego tem se apresentado como um problema também para as pessoas em condições “normais” de produtividade e competitividade.

A condição de exclusão do indivíduo “louco” ameniza as contradições próprias do processo econômico no capitalismo, tornando legítimas as instituições, como a psiquiatria, que limita e define como doença qualquer ato dessas pessoas. Assim, o indivíduo excluído, antes de ser um doente mental, é alguém destituído de “poder social, econômico, contratual: uma simples presença negativa, reduzida a ser aproblemática e acontraditória, para mascarar a contraditoriedade da nossa sociedade” (Basaglia, 2005, p. 108).

Diante dessa problemática, a reabilitação enquanto restituição ao acesso dos direitos de cidadania, necessita contemplar a dimensão dos meios de produção, porque apenas assim é possível desconstruir a imagem que a pessoa portadora de transtorno mental carrega de que é improdutiva e, conseqüentemente, não tem direitos (Vianna, Barros, 2002).

Apesar de os CAPS serem considerados um avanço no processo da Reforma Psiquiátrica, como dito anteriormente, isso não pode ser creditado apenas aos números de serviços criados, mas também à qualidade do atendimento prestado e ao alcance de suas ações no sentido de fomentar a inclusão social de seus usuários.

Nesse sentido, por meio de pesquisas realizadas em alguns CAPS, supomos que esses serviços têm enfrentado certas dificuldades no que se refere à Reabilitação Psicossocial por ainda centralizarem as ações em atendimentos clínicos e ambulatoriais e em menor proporção nas práticas de reinserção social (Tavares et al., 2003; Andreoli et al., 2004).

Há um grande equívoco de que somente o manicômio é o lugar de “entretenimento”. Atividades para entreter, passar o tempo de forma prazerosa, com a intenção de que o indivíduo adquira recursos psico-afetivos e cognitivos para que possa reproduzir suas habilidades no meio social, também podem ser realizadas dentro de um serviço substitutivo (Saraceno, 1999).

Para Saraceno (1999), o uso de atividades com o objetivo de “entretenimento” é a principal característica do paradigma psiquiátrico, iniciado com o Tratamento Moral. O indivíduo é mantido dentro da lógica

manicomial, entretido, quieto, à espera da cura da doença com o auxílio das características intrínsecas da ocupação.

Assim ocorre a separação entre sujeitos e contextos, não havendo intervenção nos eixos propostos pela Reabilitação Psicossocial – a rede social, a questão do trabalho e a moradia.

A única reabilitação possível, concordando com Saraceno (1999), é a partir da construção dos direitos substanciais de cidadania que envolve os aspectos afetivos, relacional, material, habitacional e produtivo.

Considerando a importância de apreender alguns dos limites e das potencialidades para promover a inclusão social no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, o objeto deste estudo são as representações sociais dos sujeitos sobre práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos em saúde mental, no âmbito do SUS.

## 2 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Considerando que o objeto deste estudo – as Representações Sociais dos profissionais acerca das práticas de inclusão social, a abordagem mais adequada para a apreensão de alguns aspectos desta realidade é a pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa pode ser entendida como a tentativa de obter profunda compreensão dos significados e definições da situação, tal como as pessoas nos apresentam. Tem como pressuposto que o mundo está permeado por significados e símbolos, e a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais (Minayo, 1998).

A área da saúde mostra-se como uma realidade complexa, devido à necessidade de interação com os demais campos de conhecimento, cujo problema da intervenção solicita uma “abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente” (Minayo, 1998, p. 13).

A categoria de pesquisa qualitativa utilizada foi o estudo de caso. Neste tipo de pesquisa o objeto em questão é profundamente analisado (Triviños, 1987). Uma das principais vantagens do estudo de caso, conforme Gil (1989), é a ênfase na totalidade. Dessa forma é possível abordar o problema como um todo, olhando para a pluralidade de seus aspectos.

A presente pesquisa, nesta perspectiva, buscou compreender a realidade no que se refere a alguma das possibilidades e dificuldades das ações de inclusão social realizadas em um único serviço substitutivo. Para abordar essas questões, a desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial foram os conceitos eleitos como referência neste estudo.

## 2.1 Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial: caminhos possíveis para a inclusão social

Os conceitos norteadores para o desenvolvimento da temática em questão são as proposições da desinstitucionalização, no entendimento da Psiquiatria Democrática Italiana, e a Reabilitação Psicossocial, por apresentarem propostas que fundamentam práticas cujo objetivo é estimular os processos de inclusão social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

### A desinstitucionalização na perspectiva italiana

A reforma psiquiátrica ocorrida na Itália, a partir da década de 1960, aboliu a internação em hospital psiquiátrico e propôs outra forma de lidar com a pessoa e sua experiência de sofrimento mental ao romper com o paradigma da psiquiatria (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001).

Franco Basaglia foi psiquiatra e diretor do Hospital de Gorizia, onde iniciou importantes mudanças, desde a anulação dos métodos coercitivos até as discussões em torno do autoritarismo e da violência institucional. Participaram desse movimento de crítica e recusa dos parâmetros de tratamento impostos pela psiquiatria os profissionais e os próprios pacientes. Basaglia chegou à constatação de que o papel da instituição era o de controle social dos segmentos marginalizados e, assim, liderou o movimento de fechamento desse hospital. Contudo, a administração municipal negou a reivindicação do encerramento das atividades da instituição e, em 1968, a equipe, após dar alta a todos os internos, demitiu-se em massa. Em 1970, Basaglia foi convidado a assumir a direção de outro hospital, em Trieste, e continuou executando profundas modificações, que resultaram no fechamento oficial desse hospital em 1976, sendo a assistência deslocada para uma rede

composta por centros de saúde mental, cooperativas, grupos apartamentos e serviço de emergência no hospital geral (Amarante, 1996).

O trabalho de transformação iniciado por Franco Basaglia em Gorizia e posteriormente em Trieste culminou também com a formulação da Lei 180 ou Lei Basaglia, que aboliu as instituições manicomiais do território italiano, propondo em seu lugar as práticas e serviços de atenção psicossocial.

Este movimento social denominado de Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), bem como os princípios da Lei 180, fundamentaram a experiência reabilitativa ao afirmar que a finalidade de todo o processo não é a cura e sim a emancipação do indivíduo, mesmo que “louco”, pois a loucura não é entendida como negação da normalidade, mas como parte da condição humana.

Nessa perspectiva, o conceito adotado neste estudo é o da desinstitucionalização no que diz respeito a crítica, recusa, negação e transformação da prática real da psiquiatria, pois apenas com esta postura é possível mudar a forma de lidar com o transtorno mental sem excluir o indivíduo do meio social.

A psiquiatria, ainda tendo por objeto a doença mental, prioriza uma série de intervenções (diagnóstica, medicamentosa), como pode ser observado na assistência centralizada no hospital psiquiátrico e também em alguns serviços substitutivos que adquirem características acentuadamente ambulatoriais, principalmente com ações de atendimento médico individual.

Por outro lado, a proposta da desinstitucionalização é deslocar o olhar para a “existência sofrimento” em relação ao corpo social, retirando o indivíduo dos “parênteses” colocados pela psiquiatria. Não mais enfatizando o processo de cura, conforme o “paradigma racionalista problema-solução”, a finalidade do processo de desinstitucionalização é a “invenção de saúde” e a “reprodução social do paciente”, buscando a sua autonomia, a produção de sentido e de sociabilidade (Rotelli, 2001).

Dessa forma, a desinstitucionalização possibilita:

*“Um conjunto de reflexões sobre os saberes e práticas psiquiátricas e suas relações com a organização social e sobre a loucura no interior das contradições da vida e da existência, propiciando a construção de uma perspectiva inovadora para refletir sobre a instituição psiquiátrica e não apenas sobre o manicômio” (Nicácio, 2003, p.106).*

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, optou por “desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura” (Tenório, 2002, p. 35), o que significa estar de acordo com o preconizado pelo processo de desinstitucionalização.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), guiados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituem-se em importantes ícones na rede de assistência à saúde mental e têm por função serem serviços substitutivos e não complementares à assistência psiquiátrica hospitalar.

Além disso, devem apresentar papel diferente dos ambulatórios, oferecendo ações comunitárias ou territoriais, baseando-se nos recursos comunitários e não apenas nos existentes no próprio serviço. Isso aponta para os preceitos da Reabilitação Psicossocial, pois faz parte das “variáveis reais” que compõem a vida do indivíduo.

## A Reabilitação Psicossocial

De acordo com Pitta (2001), a Reabilitação Psicossocial tem histórico recente, no máximo quatro décadas. No Brasil está presente desde 1990 e adquiriu caráter “ortopédico”, como nas reabilitações físicas cuja idéia é recuperar as habilidades daqueles que apresentam uma disfunção física ou psíquica e assim restituir a condição de normalidade.

No entanto, na perspectiva da inclusão social, o sentido de reabilitação necessário não é o de levar o indivíduo de um estado de desabilidade para um de habilidade e, sim, o de atenuar ou remover barreiras que impedem a

integração na comunidade e o pleno exercício dos direitos e da cidadania (Bertolote, 2001).

A construção da cidadania, bem como a restituição da contratualidade do indivíduo nos aspectos da rede social, do habitat e do trabalho com valor social são os eixos norteadores do processo de Reabilitação Psicossocial. Tendo por finalidade a ampliação dos espaços de negociação para a realização das trocas sociais, os profissionais de saúde mental devem estar atentos a estes pontos (Saraceno, 2001).

Para esse autor, o cumprimento da função de reabilitação necessita da intervenção técnica nas “variáveis reais” que são: o serviço de Reabilitação Psicossocial, o qual significa o tratamento em si; os recursos disponíveis – humanos, comunitários e materiais; e o contexto de vida do indivíduo. A reabilitação pode ser compreendida como um processo contínuo, no qual um conjunto de medidas que objetivam mais oportunidades de trocas de recursos e afetos possibilite o aumento do poder contratual da pessoa em situação de sofrimento psíquico.

A finalidade de todo esse processo é devolver ao indivíduo a capacidade de exercer a sua cidadania, o que implica o acesso ao direito de uma constituição afetiva, relacional, material, laborial e habitacional, e, conseqüentemente, de estar inserido socialmente.

Neste sentido, concordamos com Rotelli (1993) ao afirmar que a importância da ação habilitadora está no auxílio ao outro para que ele possa exercer sua cidadania de forma plena. Reabilitar significa, dessa forma, reconstruir o acesso real ao direito de cidadania que é jurídico, político e social.

Reconstruir esses direitos e incluir socialmente as pessoas portadoras de transtornos mentais é um dos maiores desafios da Política Nacional de Saúde Mental em nosso país. Porém, para enfrentar os obstáculos é necessário conhecê-los e é nesse sentido que está a importância desta pesquisa que tem por um dos objetivos compreender alguns dos limites e das potencialidades



das ações de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos no âmbito do SUS.

Neste intuito cabe analisar as representações sociais dos profissionais acerca das práticas de inclusão social. Para tanto, é utilizada como categoria de análise a Representação Social.

As categorias analíticas são aquelas que mantêm de forma histórica “as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação” (Minayo, 1998, p. 94).

## 2.2 As Representações Sociais como categoria de análise

O conceito de *representações coletivas* utilizadas por Durkheim para se referir às categorias de pensamento, por meio das quais uma dada sociedade elabora e expressa a realidade, originou as Representações Sociais do ponto de vista sociológico. Outros autores como, Max Weber, Alfred Schultz e os marxistas utilizaram este conceito para a construção do conhecimento, embora não explicitamente como Durkheim, pois cada corrente de pensamento fornece uma abordagem diferente para a compreensão das Representações Sociais (Minayo, 1998).

A corrente de pensamento marxista difere das demais ao ter introduzido o conceito de classe social, afirmando a relação existente entre as idéias e a base material. Para Marx, os pensamentos, idéias e representações são conteúdos da consciência determinados pela base material, apontando para as “contradições existentes entre as forças de produção, o estado social e as idéias” (Minayo, 1998, p. 166). Ainda de acordo com essa autora, Gramsci e Lukács são outros teóricos que trabalham a representação social do ponto de vista marxista, sendo que o primeiro utiliza de maneira mais específica os termos senso comum e bom senso.

O conjunto de conceitos, afirmações e explicações utilizado pelas pessoas para a compreensão e construção da realidade são as Representações Sociais. Assim, tem-se nesta teoria a valorização do conhecimento popular, o senso comum. A visão de mundo que os atores sociais expressam constituem importante fonte para a pesquisa no campo social (Minayo, 1998).

Para Spink (1993), o senso comum, objeto de estudo das Representações Sociais, deve ser visto como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais. Esta forma de conhecimento pode ser considerada uma teia de significados com capacidade para criar de maneira efetiva a realidade social. A análise do senso comum é capaz de revelar não a lógica e a

coerência, mas sim a natureza contraditória na qual estão inseridos os atores sociais.

Nesse sentido, verifica-se a importância da Representação Social como categoria de análise da concepção de inclusão social dos projetos assistenciais por meio da visão de mundo dos profissionais que compõem a equipe do CAPS. Os profissionais, como sujeitos ativos inseridos numa realidade socialmente construída, têm a valorização de seu saber concreto dentro de seu contexto, não deixando de lado os aspectos subjetivos.

As Representações Sociais são campos socialmente estruturados, os quais apenas podem ser compreendidos quando “referidos às condições de sua produção e aos núcleos estruturantes da realidade social, tendo em vista seu papel na criação desta realidade” (Spink, 1993, p. 304).

A compreensão das Representações Sociais ocorre por meio da *linguagem do senso comum* que, mesmo traduzindo um pensamento fragmentário e limitado em alguns aspectos, apresenta clareza sobre essa realidade. Por outro lado, é preciso atentar para o fato de que as Representações Sociais não conformam a realidade, não sendo possível considerá-las verdades científicas, pois isso seria ilusório e reduziria a realidade ao ponto de vista dos indivíduos (Minayo, 1998).

A construção das Representações Sociais ocorre por meio da comunicação e da ação, tendo como condições a cultura, a linguagem e a inserção nos aspectos sócio-econômico, institucional, educacional e ideológico (Arruda, 2002).

A ideologia, de acordo com Fiorin (2005), é um conjunto de idéias e representações que são utilizadas com o intuito de explicar e também justificar a forma de organização social, as situações em que os homens vivem e as relações que estabelecem e mantêm entre si.

Esse conjunto coerente de normas e representações tem sua importância em indicar e prescrever aos indivíduos “o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que

devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer” (Barros, Egry, 2001, p. 94).

Os conceitos de “representação social e ideologia apontam a necessidade de partir das relações sociais para compreender como e por que os homens agem e pensam de determinada maneira, afirmando o caráter histórico da consciência” (Sawaia, 1993, p.75).

A conduta dos profissionais e as ações realizadas refletem a ideologia, a qual não se desvincula da linguagem, presente no contexto dos serviços substitutivos que se propõem a estimular processos de autonomia e de inclusão social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

A importância das Representações Sociais está no fato de que elas expressam as condições reais vivenciadas e apresentam “núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade” (Minayo, 1998, p. 173).

Dessa forma, poderemos apreender algumas facetas das questões que se apresentam problemáticas ou por outro lado, que se mostram possíveis na realização das ações de enfrentamento da exclusão social a partir do CAPS, no contexto do atual processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### 2.3 O campo da pesquisa

Inicialmente, a pesquisa teria como campo de estudo alguns CAPS da cidade de São Paulo, conforme consta no projeto apresentado ao Exame de Qualificação e posteriormente enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Entretanto, devido às barreiras burocráticas, em decorrência das dificuldades encontradas com o coordenador de saúde mental do município em aceitar o envio do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, optamos pela escolha de outro CAPS.

Dessa forma, a coleta de dados foi realizada no CAPS do município de São Carlos, em virtude do acesso mais facilitado da pesquisadora. Além disso, optou-se por este CAPS devido ao fato de ser um serviço relativamente recente na cidade, com uma proposta de assistência à saúde mental diferente daquela até então disponível para a população: tratamento ambulatorial medicamentoso e quando necessário encaminhamento para internação.

#### As transformações da assistência à saúde mental no Estado de São Paulo

A assistência à saúde mental no Estado de São Paulo, contexto no qual se insere este estudo, iniciou-se com a criação de uma instituição macro-hospitalar, o Asilo de São Paulo, inaugurado em 1852. Posteriormente, esse asilo foi desativado, sendo construído o Hospital do Juqueri, que passou a funcionar em 1898 (Mângia, 1997). Seguindo o modelo teórico surgido na Europa, o Juqueri, com suas colônias agrícolas, desenvolveu a assistência também baseada no Tratamento Moral.

A demanda crescente de internações aumentou consideravelmente em decorrência da transferência de pacientes advindos de outras instituições. Assim, ocorreu a ampliação no número de leitos.

A partir da década de 1960, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo adotou uma política hospitalar para a redistribuição de pacientes do Juqueri, e dessa forma, houve a expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados. Assim, o Estado de São Paulo, como o resto do País, mantinha a assistência psiquiátrica caracterizada por um modelo manicomial e hegemônico (Campos, 1998).

A situação começa a mudar a partir dos anos 80, com a eleição democrática de Franco Montoro para governo do Estado e o posicionamento dos profissionais a favor de uma nova prática de saúde mental. Nesse sentido, a Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo (CSM-SES) elaborou documentos no intuito de organizar a assistência e efetivar as propostas elaboradas pelos trabalhadores. O redirecionamento da política de saúde mental previa ações e programas que contemplavam os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde (Barros, Egry, 2001).

Houve a descentralização do atendimento hospitalocêntrico para leitos de psiquiatria em hospitais gerais e emergências psiquiátricas, e a assistência ganhou espaço nas unidades básicas de saúde. Nesse sentido, foi ampliada a rede ambulatorial de assistência no Estado, bem como houve o ingresso de equipes multiprofissionais nos ambulatórios e das equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, com investimento da Secretaria de Estado da Saúde na formação, reciclagem e supervisão dos recursos humanos. (Campos, 1998; Barros, Egry, 2001).

Contudo, no início de 1987, dada a mudança de governo no Estado de São Paulo, houve retrocesso na assistência à saúde mental, representado pela diminuição do investimento em recursos humanos que desorganizou o trabalho das equipes multiprofissionais e desacelerou a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Barros, Egry, 2001).

Ainda assim, a partir de 1992, governos municipais paulistas, comprometidos com o processo da Reforma Psiquiátrica, implantaram inovações na área da saúde mental, com novos serviços e ações, como pode ser observado nas experiências das prefeituras de São Paulo, Santos e também

de Campinas (Lopes, 1999). Como já referimos, nos municípios de Santos e São Paulo, experiências exitosas marcam uma profunda mudança no cenário dos serviços, com a criação dos NAPS e do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira que vão influenciar o resto do País, inclusive as políticas públicas de saúde mental.

Ao longo da década de 1990 até 2004, foi possível constatar a redução da ordem de 23.611 leitos psiquiátricos em todo o Estado de São Paulo, acompanhada do aumento de enfermarias psiquiátricas em hospital geral no período de 1990 a 2002. Do total de leitos existentes até 2004, 58% eram ocupados por moradores de instituições psiquiátricas e 42% destinavam-se a internações de curta duração. Para essa população de moradores houve a ampliação do número de Lares Abrigados e Serviços Residenciais Terapêuticos de 82 para 110, no mesmo período, e o aumento de 126 novos serviços tipo CAPS de 1995 a 2004, que representam outras medidas para a inversão do modelo hospitalocêntrico (Cabraia, 2004).

Até o final de 2005, o Estado possuía 13.634 leitos distribuídos em 58 hospitais psiquiátricos e 140 CAPS (Brasil, 2005).

A assistência em saúde mental no Estado de São Paulo, no período de 1990 a 2004, seguiu as mesmas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e, assim, o “modo como a gestão estadual traduz, executa, conduz e transcende as diretrizes e portarias publicadas pelo nível federal é outro componente da política estadual que irá, em última instância, repercutir sobre o modelo de atenção” (Cabraia, 2004, p. 32).

Pelos dados anteriores pode-se observar que as mudanças ocorridas no Estado de São Paulo, expressas na redução do número de leitos psiquiátricos e na implantação de novos serviços, refletem um dos pólos de transformação do modelo de atenção à saúde mental, sendo pertinente compreender neste contexto as práticas desenvolvidas nos serviços substitutivos que objetivam promover o processo de inclusão social. Para tanto, elegemos o CAPS da cidade de São Carlos, no interior do Estado de São Paulo, como campo desta pesquisa para um estudo de caso.

O município de São Carlos localiza-se na região central do Estado, aproximadamente 240 km da capital. Segundo dados de 2005, sua população corresponde a 213 mil habitantes, considerando o município e os seus dois distritos, Água Vermelha e Santa Eudóxia<sup>4</sup>.

A cidade possui vigor acadêmico, tecnológico e industrial, representado pela Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) e também pela concentração de grandes indústrias, como Volkswagen, Electrolux e Faber-Castell, sendo por isso considerada a “Capital da Tecnologia”.

#### Caracterização da rede assistencial de São Carlos

O município está dividido em cinco regiões administrativas de saúde, que são os Núcleos Integrados de Saúde (NIS), e a rede é composta por 32 unidades de saúde, sendo: 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 1 Centro Municipal de Especialidades (CEME); 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 9 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF); 1 Programa de Atendimento Domiciliar (PAD); o Instituto Adolpho Lutz; 1 Ambulatório de Onocologia; 1 farmácia popular; o CAPS II; e o CAPS ad infanto-juvenil, inaugurado em junho de 2006.

Além disso, a Santa Casa de Misericórdia e a UFSCar prestam atendimentos à população.

Até o ano de 2002, a assistência à saúde mental na cidade era realizada no CEME, que contava com uma equipe de saúde mental. O CAPS São Carlos foi inaugurado nesse mesmo ano, em março.

Assim, o atendimento à saúde mental para os casos de transtornos mentais leves e moderados passou a ser realizado nas UBS. Para os casos de transtornos mentais agudos e/ou severos e persistentes, o encaminhamento é

---

<sup>4</sup> Informação disponível no site: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/>



feito para o CAPS, os casos de internação são transferidos para o Hospital Psiquiátrico de Araraquara – Cãibar Schutel, crianças e adolescentes são atendidos no Núcleo de Atendimento Integrado (NAI) e no CAPS ad.

O CAPS localiza-se na região central da cidade, configura na modalidade CAPS II e atende a cidade de São Carlos e microrregião (Ibaté, Dourado, Ribeirão Bonito), compreendendo uma população de aproximadamente 252 mil habitantes.

A finalidade do CAPS é prestar atendimento às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, oferecer assistência integral e humanizada em diferentes modalidades e níveis de atenção conforme a demanda, visando à Reabilitação Psicossocial, melhoria da qualidade de vida, construção da cidadania e inclusão social.

A equipe desse serviço é composta por duas terapeutas ocupacionais, sendo uma delas a coordenadora da equipe, um médico psiquiatra, uma assistente social, uma enfermeira, dois psicólogos, três técnicos de enfermagem, duas auxiliares administrativas, três auxiliares de serviços gerais, um vigia. Dentre os profissionais, a terapeuta ocupacional e o médico mantêm mais de um vínculo de trabalho, dobrando a carga horária na instituição.

## 2.4 Sujeitos da pesquisa e os procedimentos para a coleta dos dados

Anteriormente à realização da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP), conforme a Resolução nº 196, de 10/10/1996, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). O projeto obteve a aprovação por meio do processo nº 461/2005 de 31/08/2005 (anexo A).

A partir da aprovação no CEP-EEUSP, foi enviada uma cópia do projeto para a coordenadora do CAPS São Carlos solicitando autorização para ser este o cenário da pesquisa (anexo B). A solicitação foi encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, obtendo aceite, conforme o anexo (C).

Dessa forma, participei de uma reunião de equipe em 05/09/2005, para apresentar o projeto e convidar os profissionais a colaborarem com o estudo, sobretudo aqueles que se avaliassem envolvidos com as atividades de inclusão social.

Assim, foram considerados sujeitos da pesquisa os funcionários que estiveram presentes na reunião de equipe, cuja periodicidade é semanal, bem como outros indicados pelos próprios entrevistados e que se consideraram envolvidos nas atividades de inclusão social, totalizando onze entrevistas.

De forma geral, a equipe perguntou o que a pesquisadora considerava inclusão social. Nesse momento e durante algumas entrevistas, quando isso ocorreu novamente, foi esclarecida a importância de considerar a opinião dos sujeitos sobre o tema, visto que de acordo com Minayo (1998), a fala pode “ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos” e também transmitir “as representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (p. 109-10).

Após a apresentação e esclarecimentos, todos os presentes na reunião (inclusive estagiários e profissionais voluntários) consideraram-se envolvidos em ações de inclusão social e dispuseram-se a participar.

Os estagiários e voluntários não participaram da coleta de dados devido ao tipo de vínculo mantido com a instituição. Os demais funcionários não foram entrevistados por não estarem presentes na reunião de equipe e não se mostrarem interessados.

A partir da disponibilidade de cada profissional foram agendadas as entrevistas, procurando não intervir na sua rotina de trabalho. Antes da entrevista foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo D), bem como afirmada a importância e solicitada a autorização para o uso do gravador. Após a assinatura do TCLE a entrevista era iniciada.

Também foi preenchido um formulário para a identificação do sujeito, complementando as informações obtidas nas entrevistas, buscando manter em sigilo o conteúdo deste e da entrevista e, assim, garantir o anonimato dos participantes.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro, por meio de entrevista semi-estruturada, baseada em um roteiro contendo questões relacionadas aos objetivos desta pesquisa (anexo E). A duração das entrevistas variou entre 25 a 60 minutos.

A entrevista semi-estruturada pode ser definida como aquela que tem como base questionamentos sustentados por teorias e hipóteses, as quais fornecem interrogativas que se multiplicam em decorrência das respostas do entrevistado. Além disso, esse tipo de entrevista valoriza a presença do pesquisador e também dá ao colaborador liberdade e espontaneidade, necessárias para enriquecer o estudo (Triviños, 1987).

As entrevistas gravadas foram imediatamente transcritas na íntegra, a fim de garantir a fidedignidade das informações. Posteriormente, a análise empírica foi realizada com base na Análise do Discurso.

## 2.5 Procedimentos para o tratamento e análise dos dados

O material transcrito foi relido inúmeras vezes, procedimento definido como “leitura flutuante” e que possibilita apreender as idéias centrais contidas nos discursos dos sujeitos da pesquisa sobre o tema em questão (Minayo, 1998). Assim, os relatos foram organizados e buscou-se uma classificação inicial dos dados, conforme a semelhança dos temas surgidos.

Nesta fase de tratamento, as falas foram submetidas a uma correção, suprimindo-se alguns vícios de linguagem que ocorriam repetidamente, como: *assim, né, então, acho que*. Esta medida foi adotada para melhor apresentação e fluência na leitura.

O procedimento eleito para a análise dos dados foi a Análise do Discurso, uma proposta criada pelo francês Michel Pêchux na década de 1960. Essa abordagem possibilita um entendimento do texto de forma mais aprofundada, levando em consideração a realidade social e histórica onde foi produzido (Vianna, Barros, 2003).

De acordo com Minayo (1999), o objetivo básico da Análise do Discurso é produzir reflexões “sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos”. Além disso, busca compreender o “modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido” (p. 211).

Na área da saúde, a Análise do Discurso proporciona compreender o texto de forma dinâmica, sendo possível reconhecer e interpretar as concepções acerca de um dado objeto conforme o contexto de sua produção (Vianna, Barros, 2003).

Os textos apresentam dois componentes básicos: a *figura*, que remete a um elemento do mundo natural, como, por exemplo, árvore, casa, homem; e o *tema*, que tem a função de categoria ordenadora dos fatos observáveis, como no caso dos elementos amor, paixão, liberdade, etc. Assim, os textos podem ser figurativos ou temáticos, dependendo da predominância de temas

ou de figuras. Esses componentes representam os dois níveis de concretização dos elementos semânticos da estrutura profunda (Fiorin, 2005).

A leitura do texto pode ser realizada em três níveis: o *nível profundo* – estrutura profunda; o *nível intermediário* – estrutura narrativa; e o *nível superficial* – estrutura discursiva. A distinção desses níveis ocorre pelo grau de abstração do texto (Vianna, Barros, 2003).

De acordo com Fiorin (2005), as determinações ideológicas são reveladas na concretização dos elementos semânticos da estrutura profunda, no nível superficial. Temos ainda que o discurso é a materialização das formações ideológicas, representando uma ou várias visões de mundo existentes numa certa formação social, assim, revela o sujeito com as suas concepções.

Dessa forma, a análise dos discursos foi realizada conforme a seqüência:

- Leitura repetida dos discursos.
- Análise das várias possibilidades de leitura do texto.
- Análise da estrutura do texto, de acordo com as estruturas: discursiva, narrativa e profunda, procurando depreender as figuras e os temas.
- Identificação dos valores, crenças e concepções dos sujeitos, presentes no texto.
- Identificação das argumentações presentes no discurso dos sujeitos.
- Reconhecimento da emergência das categorias empíricas deste estudo a partir dos temas depreendidos (Vianna, Barros, 2003).

As frases temáticas foram extraídas do conteúdo dos discursos dos profissionais, acerca das ações de inclusão social realizadas no serviço, e assim foram reordenadas em grupos temáticos, os quais produziram as categorias empíricas.

As categorias empíricas que, de acordo com Minayo (1998), são responsáveis por captar as contradições no aspecto empírico da realidade a ser pesquisada, foram identificadas como:

1. Representações do processo de inclusão e exclusão social
2. Práticas de inclusão social

### 3. Modelo assistencial

Essas categorias e os seus respectivos temas são analisados e discutidos a seguir.

## 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 3.1 Representações do processo de inclusão e exclusão social

#### 3.1.1 Exercício e não exercício da cidadania

O processo de inclusão social tem estreita relação com o desenvolvimento da cidadania de todas as pessoas, independentemente de seu estado de saúde.

De acordo com Escorel (1999), a exclusão social, como estado e processo, está conjugada a uma infinidade de situações de vulnerabilidade e fragilização de vínculos, os quais se expressam no âmbito da cidadania e têm como significado a não realização dos direitos sociais garantidos por lei.

A noção de cidadania, no modo de produção capitalista, refere-se ao acesso aos direitos civis – a liberdade individual em vários aspectos; aos direitos políticos – possibilidade de escolha e participação na vida política da sociedade; e aos direitos sociais – condições mínimas de consumo dos bens produzidos pela sociedade (Marsiglia, 1987).

Assim, os direitos básicos do indivíduo como alimentação, moradia, acesso à assistência à saúde, ao lazer, entre outros, é que garante a manutenção da força de trabalho na sociedade (Medeiros, Guimarães, 2002).

Em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais, os direitos de cidadania, sobretudo no que diz respeito à liberdade, foram seqüestrados pelo modo de assistência hospitalar hegemônico, inaugurado no Brasil ao final do século XIX.

Essa forma de tratamento baseado na internação em instituições hospitalares, nos discursos analisados, representa a exclusão social, quando não há alternativa para a crise:

*E11 Às vezes não é nem caso de excluir, de internar, podia ter um outro espaço, um CAPS III.*

*E11 A gente avançar mais nessa construção estaríamos excluindo menos, eu acho que um pouco é isso, dessa compreensão de exclusão.*

*E11 Se ele tiver uma crise tem um hospital geral que possa acolher, que é muito diferente do hospital psiquiátrico. Isso também colabora para a não exclusão.*

Em outras frases temáticas, a exclusão social não está representada pelo fato de internar ou não nas instituições psiquiátricas:

*E2 As questões param na aparência, então você não internou mais, então não fez mais exclusão social? Mentira. Tem um número gigantesco de pessoas que continuam excluídas socialmente e que não vai mais internada...*

Observamos pela análise das frases temáticas uma contradição: por um lado, acredita-se que o hospital psiquiátrico é um dos produtores da exclusão, por outro, há a defesa desta instituição na rede assistencial, já que a mesma não representa a exclusão social. A afirmação da necessidade do hospital especializado, revelada por meio do discurso a seguir, traz a representação da psiquiatria e de sua forma de intervenção, a internação, como a maneira de tratamento mais segura e que, portanto, deve ser mantida a hegemonia hospitalocêntrica.

*E9 Estamos falando em torno de cidadania, de inclusão social, das pessoas como seres humanos, mas a parte terapêutica disso não foi considerada, então a partir dessa data os hospitais psiquiátricos serão fechados (...) mas existem pacientes em estado muito grave que precisam disso...*

Também está implícita a compreensão da reformulação da assistência psiquiátrica como desospitalização e a criação de serviços que substituam o tratamento hospitalar. Entretanto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é afirmada não somente como um processo de transformação da assistência ou a

*“substituição dos manicômios, dos hospitais tradicionais por uma rede de atenção em saúde mental, a qual já se mostrou mais efetiva, mais humana, mais adequada, mais moderna do que o tratamento convencional em hospitais psiquiátricos (...) diz respeito também à mudança de conceitos, à mudança até do imaginário social sobre a questão da loucura” (Delgado, 2005, p. 16).*



Ainda quanto à defesa da existência do hospital psiquiátrico na rede assistencial, nota-se pelo discurso que há a crença na sua transformação para que este seja um espaço terapêutico:

*E9 O hospital pode ser uma coisa muito ruim. É muito ruim porque deixaram que ele chegasse a ser uma coisa muito ruim, mas poderia ser perfeitamente muito bom e continuar sendo um hospital.*

*E9 Partiu-se de um pressuposto que todo hospital é ruim, hospital não é ruim.*

De acordo com Birman e Costa (1994), a transformação da instituição psiquiátrica em espaço terapêutico significa o próprio tratamento dos sintomas psicotizantes do hospital, pois apenas assim é possível proporcionar saúde mental para os indivíduos que a ele recorrem. Contudo, é preciso questionar a terapêutica dessa instituição diante de sua função social: “O que representa esta fórmula ambígua de terapêutica de um espaço social (o hospital) como condição de possibilidade da Saúde Mental?” (p. 50).

Gradella Junior (2002), ao realizar uma pesquisa objetivando compreender a situação da instituição psiquiátrica, a partir do perfil da população internada, concluiu que a instituição psiquiátrica mantém “a mesma estrutura de dois séculos atrás, excluindo, segregando e cronificando o portador de transtornos mentais, majoritariamente de classes populares” (p. 99). É nesse sentido que nos deparamos com a necessidade de refletir sobre o papel dessa instituição ante as contradições sociais.

Além disso, a lógica de tratamento nesses serviços, com base em altas doses de medicação e na ocupação para passar o tempo, é extremamente difícil de ser modificada. Ainda que sejam propostas ações modernizadas, eles mantêm em seu interior a cultura manicomial, representada pela localização, em sua grande maioria bem distante de regiões centrais da cidade, e a estrutura, com seus muros altos e portas fechadas. Assim, a lógica e a estrutura presentes permeiam o imaginário social, representando uma das faces da exclusão social.

Por outro lado, os mesmos símbolos da exclusão social, as grades, comumente utilizadas nessas instituições e também nesse CAPS, são considerados nas frases temáticas como aspectos de inclusão social:

*E2 Essa grade aqui não é exclusão social, não está criando um presídio, um asilo, não é isso. É pra proteger as pessoas de uma coisa da qual nós não sabemos, não se conhece a doença mental pra poder dizer o que vai acontecer com ela...*

*E2 Na minha opinião essa grade é uma inclusão social porque deu para a pessoa a proteção que ela precisava.*

Essa forma de contenção remete a uma assistência baseada na observação do indivíduo, que destituído de seus direitos é arbitrariamente inserido num espaço, o qual o mantém protegido e, ao mesmo tempo, protege a sociedade de sua periculosidade e imprevisibilidade. São representações sociais presentes no senso comum.

O discurso em torno da cidadania dos indivíduos acometidos pelo sofrimento psíquico teve enfoque na década de 1980, a partir da luta dos movimentos sociais, no contexto da redemocratização do País, com a Reforma Sanitária e, especificamente, com a Reforma Psiquiátrica.

A partir da “trajetória da desinstitucionalização” da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a cidadania passou a ser compreendida como um processo de construção de outro lugar social na experiência do sofrimento mental, garantindo a ampliação da capacidade dos indivíduos, bem como a liberdade de ação e participação (Oliveira, Alessi, 2005).

Nesse sentido, a perspectiva da assistência também sofreu modificações com a proposição de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, assim a pessoa tem a possibilidade de outras abordagens de tratamento que não resulte na sua reclusão em espaço fechado.

Nesse outro enfoque de assistência, além da possibilidade de usufruir direitos básicos como a moradia, as frases temáticas apontam para outros aspectos, considerados necessários ao processo de inclusão social, como o direito à liberdade e ao trabalho formal:

*E1 Eu acho que não tem inclusão social se você não puder oferecer pra essa pessoa o mínimo, que é o poder ir e vir, o direito de se expressar, de fazer algo...*

*E3 Quando se pensa em inclusão social pensa-se numa coisa ampla, num emprego de carteira registrada, numa moradia de classe média ou então popular...*

E também o acesso à assistência à saúde mental que atenda realmente às necessidades. Segundo os discursos, faz parte dessa assistência o tratamento baseado no acolhimento e no respeito às individualidades, “olhando para a pessoa em seu contexto de vida”, buscando “iniciativas particulares para cada caso” e evitando-se “internações desnecessárias”.

*E11 Essa coisa da inclusão em situações de vida, de entender no contexto cultural dele, o contexto econômico, o contexto de até onde ele pode avançar, resgatando até um pouco isso...*

*E11 É muito particular de cada um, não dá para incluir em linha de produção, é um pouco isso que eu entendo de inclusão.*

O direito a essa assistência, como parte da cidadania, requer mudanças paradigmáticas no modelo de atenção e nas ações dos atores responsáveis pelo cuidado em saúde mental.

Os discursos revelam que os profissionais também podem ser agentes de inclusão ou de exclusão social, conforme a postura adotada. As frases temáticas mostram que lidar com o problema da exclusão social de forma apenas ideológica, sem ação transformadora, usando argumentos que não condizem com a realidade da doença e da pessoa acometida por ela, não produz inclusão social:

*E2 Essa inclusão não pode ser mentirosa, não pode ser ideológica, não pode ser uma guerra ideológica. Eu posso dizer: “Vamos fazer uma inclusão social” e no que você começa a esbarrar nos obstáculos, você diz: “Mas a culpa é deles, dos outros”. Isso não dá para fazer, não gosto disso, é mentir para o paciente e para o problema...*

*E10 Não é só derrubarmos os muros do hospital para a questão da reabilitação porque, às vezes, você está num serviço que vem com a proposta de ser substitutivo, mas que, dependendo da atitude (...) de todas as pessoas que estão envolvidas nesse contexto do cuidado, pode ser que essa atitude seja uma atitude manicomial, que não promova a inclusão...*

Esses fragmentos de textos sugerem que os profissionais podem se manter distantes das propostas necessárias para lidar com o usuário numa perspectiva de cidadania e inclusão social dentro de um serviço substitutivo. Nesse sentido, é imprescindível uma autocrítica sobre o seu papel de reprodutor de lógicas arraigadas no modelo hegemônico psiquiátrico, que produz exclusão.

Outras frases temáticas indicam o papel do profissional para realizar uma assistência adequada – o estímulo à participação do usuário em seu próprio processo de tratamento:

*E10 A exclusão, às vezes, os próprios profissionais acabavam também enfatizando isso no tratamento quando não incluíam essas pessoas até na possibilidade de tratamento mesmo, do projeto terapêutico.*

*E10 Achavam que só por ela estar sofrendo o profissional sabia o que era melhor para ela e não incluía no tratamento, até na reabilitação...*

Assim, incluir o sujeito no seu próprio processo terapêutico é uma das formas de estimular a autonomia do mesmo. A autonomia, para Kinoshita (2001), é a “capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente” (p. 57).

Essa relação entre o profissional e o usuário do serviço, nesta outra perspectiva de assistência, opõe-se àquela baseada na exclusão, em que o indivíduo apresentava-se desinteressado e apático em prol da autoridade institucional, que não demandava dele participação ou intervenções e como resposta a isso, ele se mantinha anulado e objetificado (Basaglia, 2005).

Basear a inclusão social na aquisição da cidadania, compreendida apenas como o reconhecimento dos direitos, não implica mudanças reais. Isso é afirmado pelo discurso seguinte:

*E9 Não muda a essência, não adianta falar para essas pessoas que elas são cidadãs (...) elas têm que ser de verdade...*

Concordamos com Bezerra Júnior (apud Oliveira, Alessi, 2005), ao apontar a necessidade de a cidadania ser compreendida como um processo no qual esteja garantido espaço para o aumento de capacidades e para a ação de

forma livre e participativa, o que irá implicar outra condição de relação com a doença mental.

Em outras palavras, a cidadania apresenta-se como um processo de construção de direitos e não a simples restituição dos mesmos. A possibilidade de exercer trocas nos aspectos materiais, afetivo e relacional, produtivo e habitacional é a medida da cidadania para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e a meta da Reabilitação Psicossocial (Saraceno, 1999).

### 3.1.2 Normalidade social

○ resgate e o desenvolvimento de habilidades para mudar comportamentos foram aspectos mencionados nos discursos como requisitos importantes para o processo de inclusão social:

*E2 Eu faço coisas que ajudam o sujeito a diminuir o seu sofrimento mental e a partir disso lutar por uma inclusão, por voltar ao relacionamento familiar, ao social de trabalho, aí eu acho que eu faço [ações de inclusão social].*

*E3 A inclusão é você começar a resgatar o mínimo, a fazer com que ele volte o máximo que der para as suas atividades...*

*E5 [Importância de orientações das atividades de vida diária] Vai ser considerada de certa forma normal e vai ser aceita pela sociedade e pela família também...*

*E5 [Importância de orientações das atividades de vida diária] A pessoa que tem este tipo de doença mental é condenada pela sociedade, paciente que não toma banho, ninguém fica perto porque esses são cuidados importantes.*

A inclusão social, neste sentido, está atrelada ao fato de que a pessoa com transtorno mental deve voltar a realizar as atividades do seu dia-a-dia da forma como é esperada e aceita pela sociedade. Isso significa mudar o comportamento, retornar para o padrão de normalidade social.

A relação entre o normal e o patológico foi estabelecida com base no pensamento positivista que predominou no século XIX, refletindo na prática

médica que busca a restituição do normal em oposição ao patológico, evitando ou corrigindo os valores negativos (Barros, Egry, 2001).

A normalidade está relacionada à adaptação às normas estabelecidas socialmente. É considerado normal aquilo que pode ser tomado como referência de uma norma, assim, o normal é, ao mesmo tempo, a exibição e a extensão da norma que, por sua vez, serve para endireitar (Canguilhem, 1982).

Deste modo, os discursos apontam que realizar atividades com as pessoas que se mantêm dentro da norma traz a idéia de que a pessoa com transtorno mental pode ser considerada normal em dada situação, como a de passeio, ao estar em um ambiente diferente do serviço.

*E1 [Participação em passeio] Quando a gente parou no posto da estrada, eles agiram normal, não ficaram esperando o profissional dizer...*

*E1 [Participação em passeio] Eles desceram normalmente como qualquer pessoa que está viajando, foram ao restaurante, consumiram, usaram os serviços, em nenhum momento se dirigiram à gente como profissional.*

*E3 [Participação em passeio] Queria que você me apontasse quem que era o profissional, qual era o técnico que estava ali, ou melhor, quem que é o paciente (riso)? Não teve diferença do meu comportamento, eu ali e o paciente que foi.*

*E9 [Sobre a possibilidade de incluir socialmente] Se você tivesse ido com a gente na Bienal de São Paulo veria que é possível sim, eles se comportaram muito bem.*

*E9 [Sobre a possibilidade de incluir socialmente] A gente foi numa fazenda outro dia e muito legal, muito bom, todo mundo sentado direitinho, tomando café, então é possível sim.*

Esse comportamento “normal” significa a possibilidade de estar incluído. Temos assim a representação de que a “normalidade” é um dos requisitos para o processo de inserção social, pois é preciso comportar-se como os outros para ser aceito nessa cultura em que a diferença não é tolerada.

Segundo os discursos, a “normalidade” diz respeito à realização de atividades da vida diária, a possibilidade de trabalhar ou estudar, enfim, fazer coisas que os “normais” fazem. Acreditam, também, que esta é a representação dos usuários, conforme o fragmento de texto:

*E10 Quase sessenta por cento dos usuários que eu atendo colocam essa questão de se referirem à normalidade, a questão de como enxergam o outro que está fazendo coisas que ele não consegue fazer, do quanto que ele gostaria de estar trabalhando, estar estudando ou de estar convivendo com a própria família, mas não consegue e isso é uma angústia, uma coisa que aparece muito.*

Em contrapartida, outras frases temáticas apontam crítica à concepção de normalidade como uma imposição para que as pessoas com transtornos mentais sejam incluídas socialmente. Ao considerar a representação da sociedade de que a inclusão é possível quando os indivíduos apresentam comportamento estável, expressa dúvidas sobre o que é ser normal:

*E3 Vai para tratamento, fica ali, toma medicamento, tá quieto, tá ótimo, não precisa melhorar, não piorando tá bom... (risos). É a realidade, a gente observa, entendeu? Talvez seja uma maneira meio estranha de falar, mas é o que se observa...*

*E3 Tem uns que não, que tem aquela vontade de que volte ao que era, volte ao normal. O que é considerado normal? Hoje é um risco você falar assim: “fulano é normal”, eu não sei se eu sou, então é complicado, você fica questionando. Eu acho que a exclusão na saúde mental é isso...*

A substituição do significado de *normalidade* na saúde mental como a perseguição de um padrão homogêneo traz outras possibilidades de tratamento quando a compreensão passa a ser o restabelecimento da *normatividade* – a capacidade de “responder com elasticidade às demandas que a vida impõe” aos indivíduos. Ser normal, nesse sentido, é ser normativo. Assim, a busca é pelos “meios possíveis para interromper ou amenizar o processo que restringe a normatividade dessas pessoas”, objetivando o aumento da “autonomia sempre possível” (Aguiar, 2004, p. 42).

### 3.1.3 Inserção no mercado de trabalho e improdutividade

A desrazão, traduzida em loucura, consolidou-se na Idade Clássica entre os séculos XVII e XVIII. A assimilação entre a loucura e a desrazão adquire outra concepção com a prática do Grande Internamento, ocorrido na

Europa nessa época. Assim, juntamente com outras populações desviantes sociais, os indivíduos desprovidos de razão eram reclusos nos hospitais gerais (Passos, Beato, 2003).

A partir da Revolução Industrial, a relação do homem com o trabalho começou a se modificar e o mesmo foi transformado em um “elemento normatizador e criador de padrões de conduta”, portanto, o imperativo era impelir “fora tudo o que não fosse razão” (Kinker, 1997, p. 44-45). Isto é, retirar a pessoa com transtorno mental do meio produtivo, assim, a exclusão social do mercado de trabalho tornou-se um caminho natural.

Em contrapartida, na perspectiva da desinstitucionalização Italiana, o processo de “cura” para os transtornos mentais está relacionado à volta aos meios produtivos e isso coloca em discussão a ciência, a forma de cura representada pelos “métodos e meios de que os médicos lançaram mão para enfrentar o problema da doença mental” (Basaglia, 1982, p. 93).

A reabilitação para as pessoas acometidas pelos transtornos mentais é um processo de intervenção que ocorre simultaneamente em dois aspectos, a desabilitação e a deficiência. No vocabulário da Reabilitação Psicossocial, a desabilitação refere-se à perda de habilidades cognitivas e sociais, e a deficiência abrange a desintegração social, o desemprego e a perda de autonomia como a “resposta que a organização social dá a um sujeito com uma desabilitação” (Saraceno, 1999, p. 34).

Os serviços responsáveis pelo processo de Reabilitação Psicossocial devem centralizar a intervenção em três eixos principais: moradia, trabalho e o lugar das trocas sociais – a rede social. A partir desses eixos ocorre o aumento da capacidade de contratualidade da pessoa, a construção da plena cidadania e, assim, firmam-se laços de inclusão social (Saraceno, 2001).

No discurso dos profissionais, dos três eixos fundamentais, foram apontados as trocas sociais e o trabalho como importantes fatores de inclusão social. Na ausência de um emprego formal, alguma atividade que traga benefício financeiro é compreendida como forma de inclusão:



*E9 Essa pessoa vai ter um emprego numa fábrica e vai trabalhar, ganhar quinhentos reais por mês? Muito dificilmente, mas dá para ter um dinheirinho, ajudar a família, isso é inclusão social e é o que a gente objetiva lá na frente.*

Ou ainda:

*E11 Discutirmos ações alternativas, tendo essa realidade do mercado que temos, não tem emprego pra eles, mas também não tem pra todo mundo, como que vamos lidar com isso? Não adianta a gente ficar fantasiando e nem colocando dado que não é realidade pra eles, discutir em cima disso é inclusão.*

Apesar do reconhecimento de que o trabalho é um dos aspectos importantes para a inclusão social, os profissionais se sentem impotentes para o encaminhamento dessa questão e indagam da possibilidade de ser um agente de inclusão social. Deste modo, a questão do trabalho para os usuários do CAPS surge como horizonte para um enfrentamento posterior à redução dos estigmas.

*E2 Se a inclusão social é aquilo que permite ao sujeito voltar a conviver e a produzir na sociedade, eu não sei se eu pratico atos de inclusão social não.*

*E11 Desmontamos um pouco o preconceito, isso já incluiu um pouco. Foi uma inclusão pelo menos genérica, não conseguimos ainda avançar na inclusão específica: “olha, consegui por ele para fazer um trabalho, ele voltou a trabalhar, ele tem renda!”. Ainda não conseguimos isso, estamos caminhando. Estamos ainda conseguindo que ele possa ser aceito, um processo anterior a isso.*

Nessa direção, as frases temáticas indicam que os profissionais reconhecem a inviabilidade de estar no mercado de trabalho, e dessa forma referem-se à improdutividade, não apenas para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, mas também para todas as outras que se encontram numa situação de precarização do emprego, como o desemprego de longa duração, a dificuldade de inserção da mão-de-obra desqualificada, entre outros:

*E1 Eu acho que começa por aí, se quem é dito normal já existe esse grande preconceito [de não conseguir trabalho após uma certa idade], imagina quem está aí, entre aspas, classificado na saúde ou na doença mental. Eu acho que isso é uma grande forma de excluir.*

*E3 Pessoas que de uma certa maneira, estava excluída, não estava mais se enquadrando no mercado de trabalho, conseqüentemente estava sendo excluída da vida social.*

Algumas alternativas, sobretudo as cooperativas de trabalho, foram apontadas por Basaglia (1982) e Saraceno (1999) como eficientes e necessárias para enfrentar a desvinculação do mercado de trabalho. Dessa forma, constitui-se numa alternativa valiosa, não apenas para os usuários de serviços de saúde mental.

No âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, o enfrentamento dessa questão foi recentemente transformado em agenda política por meio da Portaria GM nº 1.169, em 07/07/2005. Esta Portaria prevê um incentivo financeiro para os municípios que tenham projetos de inclusão social vinculados a uma rede de cuidados em saúde mental (Brasil, 2006).

Esta é uma iniciativa bastante importante, pois o investimento em ações dessa natureza garante a mudança do modelo de atenção em saúde mental, rumo a uma abordagem que considere o sujeito como um todo e não mais enfocando o cuidado em intervenções somente clínicas e psicoterápicas.

#### 3.1.4 Concepção de inclusão social

Considerando o eixo do vínculo social, no que se refere à rede de sociabilidade sócio-familiar, outro aspecto que confere sentido à vida do sujeito, as trocas existentes dentro do serviço, entre o profissional e o usuário, foram observadas como inclusão social:

*E6 Aqui eles acham bastante apoio porque eles falam, você não critica, aceita, concorda. Muitas vezes concordo com eles, mas só pra não deixar triste. Eu acho que as coisas funcionam assim, lá eles excluem e aqui nós incluimos.*

*E8 Aqui embora sendo um cantinho dos excluídos, eles não ficam tão excluídos como lá fora, eles ficam mais perto da gente, perto das pessoas que cuida deles, perto da sociedade.*

O *aqui* demonstra que a concepção de inclusão social refere-se à aceitação e ao acolhimento do usuário pelos funcionários no serviço. Nesse sentido, o próprio CAPS representa o espaço de inclusão social ao oferecer

atenção e cuidado. Do outro lado está a sociedade “lá fora”, que faz a exclusão social porque não “compreende” o sujeito “com suas crises” e desconhece a doença mental.

*E8 Se ele estiver lá fora [do CAPS] vai ser pior a exclusão, porque lá as pessoas não vão entender que eles são os psicóticos...*

De acordo com a frase temática, essa incompreensão também faz parte do contexto da religião, quando esta não considera o transtorno mental como um problema de saúde que merece cuidado medicamentoso. Isto para o profissional adquire a concepção de exclusão social.

*E9 Nós temos pacientes que vão para a igreja o pastor manda tirar o remédio (...) ué, tem muita gente que vai à igreja, acredita no pastor. Como é que nós vamos lidar com isso? Isso não é exclusão? É, isso é a nova exclusão...*

Por outro lado, a possibilidade de fazer parte, ser aceito na sociedade e conviver com as outras pessoas é concebida pelos entrevistados como inclusão social.

*E4 [Sobre a compreensão de inclusão social] Vejo que essas pessoas precisariam fazer parte de tudo da comunidade, da sociedade...*

Os discursos atribuem as causas da exclusão social ao estigma da doença mental, ao preconceito e à rejeição, considerando-os presentes, muitas vezes, inicialmente no próprio núcleo familiar, entre os profissionais de saúde mental e na sociedade em geral.

*E11 E a própria exclusão que a família faz, de preconceito, do estigma, de não acreditar que ele possa voltar a realizar qualquer atividade.*

*E2 Não é o hospital que vai fazer a exclusão do paciente, quem vai fazer a exclusão é a mentalidade de quem está trabalhando lá dentro.*

*E5 [Compreensão de exclusão social] ...A sociedade condena a psiquiatria porque ele “é louco” então... Isso tem e não vai ser fácil de contornar não.*

O aspecto de rejeição aqui envolvido tem como base a impossibilidade da aceitação da diferença, pois há a condenação à loucura que “não pertence ao universo dos humanos tão metodicamente arrumado e com soluções

prontas. Talvez, por essa razão, seja tão difícil entender e lidar com a loucura” (Vianna, Barros, 2002, p. 89).

Além disso, é uma tendência natural do ser humano aceitar aquilo que pode compreender e afastar de si o que não pode controlar, o que gera medo e insegurança. Conseqüentemente, a pessoa com a experiência do sofrimento mental é excluída, porque é perigosa e incompreensível, o que aponta para a capacidade de desumanização e ignorância da sociedade (Basaglia, 2005).

Assim, a inclusão social tem como requisito o olhar para este indivíduo como um ser humano, sem distinção entre os outros, apesar das diferenças, conforme os discursos abaixo:

*E9 A inclusão social passa por essa aceitação da doença mental como uma doença que tem que ser tratada e que a pessoa não é bicho.*

*E11 Inclusão é isso, você chega lá, você tem que ser tratado, ninguém precisa saber de onde veio, não tem que se identificar, as pessoas que têm que perceber que você é diferente, mas tanto faz se você é diferente ou não.*

No entanto, a diferenciação ao tornar-se visível, por exemplo, quando o usuário tem o privilégio de utilizar transporte exclusivo em atividade de passeio, representa no discurso uma forma de exclusão realizada pelo próprio profissional:

*E11 A gente exclui tentando incluir, o que é muito ruim também. Tivemos uma experiência bastante interessante agora, com uma diferença, quando a gente chega num espaço com um ônibus normal, de linha e quando chegamos num espaço com um ônibus do CAPS.*

O estigma, a marca com conotação negativa atribuída à pessoa, está na base desse comportamento de diferenciação e leva a considerar que alguém com esse atributo “não seja completamente humano” (Goffman, 1978, p.15).

Os estigmas de periculosidade, incapacidade e improdutividade que a pessoa acometida pela doença mental carrega trazem conseqüências, limitando a sua reinserção social, como confirmado pelo estudo de Alves e Colvero (2003).

O estigma da doença mental, que leva à discriminação social, traz como conseqüência desvantagens no acesso ao trabalho e nas relações sociais, bem

como dificulta o tratamento de transtornos como a esquizofrenia, por agravar os sintomas negativos em virtude da busca pelo isolamento a fim de evitar a rejeição (Mateus et al., 2005).

Esse isolamento, decorrente dos sintomas, é considerado como exclusão social, ainda que de forma involuntária:

*E3 É involuntário porque a crise por si só acaba excluindo eles, fazendo a exclusão social porque eles se isolam...*

*E3 Tem um comportamento considerado inadequado, devido à situação que se apresenta da doença, então automaticamente eles acabam se excluindo.*

No mesmo sentido, aliada à ocorrência do isolamento pela doença, a condição social foi apontada nos discursos, como outro tipo de exclusão social:

*E2 Os pacientes que atendemos aqui têm duas formas de entrada na exclusão: são excluídos pela doença mental, são excluídos pela pobreza.*

*E2 Tem duas formas de exclusão e muitas vezes você não sabe com qual das duas está mexendo de tão intrincadas que é.*

*E2 Mas também é isolado porque todo mundo da família tem que sair pra trabalhar, se não ninguém come, então ele vai ficar em casa o dia inteiro sozinho e fica em casa sozinho porque ele foi excluído pela psicose ou ele foi excluído pela pobreza?*

Essa forma de exclusão, em virtude de o cuidador deixar o familiar sozinho porque precisa trabalhar, não dá à condição de pobreza o significado exato de exclusão social, ainda que esta situação possa acarretar rupturas no vínculo social e conduzir à exclusão dependendo do acúmulo de déficits e precariedades. Assim, pobreza e exclusão social não são conceitos sinônimos, mas estão articulados (Wanderley, 2001).

Podemos perceber, desta forma, que pensar em inclusão social significa defrontar-se também com a questão da estigmatização, além da integração ao trabalho. O estigma é uma das barreiras tanto para a realização das trocas sociais e a vinculação do indivíduo numa rede de sociabilidade quanto para a inserção no trabalho.

Nesta direção, as ações voltadas para o enfrentamento do estigma são consideradas práticas de inclusão social:

*E9 Só de proporcionarmos a essas pessoas que não sejam mais vistas como animais já é uma inclusão muito grande, se elas forem vistas como pessoas, como as vemos aqui, como gente, como ser humano. Penso mais ou menos isso da inclusão social.*

Podemos apreender pelos discursos que os profissionais compreendem a inclusão social como um processo que abrange desde os direitos de cidadania até o fato de estar na sociedade, no sentido de ser aceito e participar efetivamente do contexto social junto com as demais pessoas, sem ser diferenciado.

Concebem ainda que a inclusão social está relacionada à inserção no mercado de trabalho, mas, apesar de atribuírem importância a esta demanda, a mesma não é vislumbrada como uma meta próxima ou que esteja ao alcance de suas ações, sendo mais imediato o enfrentamento ao estigma da doença mental, que é considerado como uma das formas de incluir. Além disso, consideram que é preciso o resgate de habilidades para o viver cotidiano, mudando comportamentos rumo à normalidade, a fim de ser incluído socialmente.

Algumas concepções mostraram-se reducionistas e pouco claras, não havendo uma compreensão única do significado no contexto do serviço, ante o que é posto pelas diretrizes do CAPS.

### 3.2 Práticas de inclusão social

A inclusão social é um processo que exige a reconstrução de vários aspectos da vida da pessoa acometida pelo transtorno mental. Sendo esta uma das metas da Reforma Psiquiátrica, as possibilidades e os desafios para a conquista dessa utopia estão traduzidas nas práticas da área de saúde mental. Considerando aqui a utopia não como um projeto nunca realizado, mas, sim uma verdade a ser perseguida e demonstrada, ou segundo a concepção de Basaglia (2005): “utopia” e “realidade” não são termos contraditórios. A ausência de utopia propicia continuar a fornecer “respostas negativas ou redutoras, que se limitam a confirmar a negatividade da realidade, na qual a utopia não tem força e não serve para transformar a lógica sobre a qual aquela se sustenta” (p. 230).

Nesta categoria, as representações dos profissionais acerca das práticas de inclusão social são discutidas tanto no que se refere às que são efetivadas e às que são propostas como às que se fazem necessárias. Também tentamos desvelar os limites para realizá-las.

#### 3.2.1 Ampliar rede de serviços de saúde mental

Para consolidar o deslocamento da assistência à saúde mental, centralizada em instituições macro-hospitalares, a partir da década de 1990 vem sendo implantada uma rede de serviços ambulatoriais e substitutivos, a qual tem sua importância reafirmada pelas II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas nos anos de 1992 e 2001.

Dessa forma, os discursos apontam como necessária a construção de uma rede de serviços na cidade de São Carlos, composta por leitos em

hospitais gerais, enfermarias psiquiátricas, oficinas de trabalho, lares abrigados.

Dentre esses serviços é destacado o Hospital Geral:

*E2 [Para promover a inclusão social] Enfermaria no Hospital Geral. (...) O hospital geral é uma coisa boa porque a grande maioria dos pacientes tem uma questão de saúde, para além da mental que a questão psíquica não permite cuidar...*

As outras modalidades de CAPS, ad e infantil, também são mencionadas como serviços importantes para complementar a rede assistencial de saúde mental em São Carlos. No entanto, à época da realização das entrevistas havia propostas para a efetivação da construção do CAPS ad infanto-juvenil<sup>5</sup> em curto prazo e o desejo de mudança do CAPS para a modalidade III.

Mas, concretamente, a ausência de alternativas de resolução, sobretudo para a crise apareceu como um dos problemas enfrentados pelos profissionais no CAPS:

*E11 Ficar o CAPS sozinho, conseguirmos ter mais médicos para que consigamos ter uma evasão maior de pessoas para a rede...*

*E11 Não conseguimos efetivar ainda a questão dessa construção de rede.*

A rede assistencial não pode depender apenas de um ou outro equipamento, mas como está preconizado pela OMS (2001), é preciso ter uma gama de serviços variados para atender às necessidades de usuários e seus familiares, que se encontram em diferentes fases da doença, como os que precisam de auxílio para retomar papéis e outros que necessitam de assistência mais intensiva.

Nesse sentido:

*“Pensar uma rede de atenção às pessoas que sofrem por transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde, é um desafio que mexe com nossos desejos e utopias de enfrentar injustiça, iniquidade e exclusão social, transformando-as em ajuda, equipes e serviços decentes que melhorem as chances de boa qualidade de vida dessas pessoas” (Pitta, 2001).*

---

<sup>5</sup> O CAPS ad infanto-juvenil foi inaugurado em junho de 2006.



Considerando a rede de atenção à saúde mental que tem o CAPS como referência, mas que não deve ser o único responsável pelo cuidado em saúde, os discursos dos entrevistados apontaram para a ampliação e o desenvolvimento da rede de serviços de saúde mental como prática de inclusão social.

Assim, a construção da rede de atenção com o CAPS no papel de gerenciador desse sistema é um dos desafios para a efetivação da inclusão social.

### 3.2.2 Trabalho territorial

O conceito de território em saúde mental não é somente a área geográfica de abrangência do serviço, também é compreendido como um espaço no qual são assumidas as responsabilidades sobre todas as questões de saúde mental. A equipe do serviço de referência tem o encargo de conhecer os recursos disponíveis no território de cada usuário, com o objetivo de intermediar as trocas sociais por meio de projetos que modifiquem as condições concretas no cotidiano (Kinoshita, 1996).

Tais projetos devem ser práticos e resgatar sentidos para a vida, por meio de ações para aumentar o poder contratual das pessoas com transtornos mentais, visto que em decorrência da doença o mesmo torna-se nulo. O poder contratual é um valor pressuposto que todos os indivíduos possuem na vida social como condição de troca nos âmbitos afetivos, materiais e de comunicação (Kinoshita, 2001).

A história da psiquiatria baseou-se na dicotomia entre o sujeito e o seu contexto social, tanto microfamiliar quanto o macro, a comunidade, a cidade. Restituir a contratualidade nesses espaços é justamente romper com essa dicotomia. À semelhança do pescador que procura uma baía com muitos peixes, o serviço de Reabilitação Psicossocial – variável entre o sujeito e o

contexto – tem por meta pesquisar e buscar os recursos comunitários (Saraceno, 1998).

No território, o CAPS tem uma posição estratégica de gerenciamento da rede de atenção que responde às necessidades das pessoas acometidas pelos transtornos mentais. Fazem parte dessa rede os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer (Brasil, 2004a).

Nos discursos analisados, o trabalho territorial está pautado, entre outras práticas, pelo investimento em ações nos centros comunitários dos bairros, tanto em relação à questão de convivência e lazer quanto a um lugar necessário, onde o usuário “estar” após a “alta” do CAPS, como se vê nos discursos a seguir:

*E3 A gente fala muito dos centros comunitários mesmo, não tem como fugir deles e ali tem n atividades, desde físicas até atividade manual que você pode estar ali para uma recreação, um simples convívio social...*

*E6 Não tem com quem conversar, a família às vezes trabalha e se eles tivessem indo num centro comunitário seria bom, pelo menos se fosse um meio período ou umas duas horas já ajudaria bem, ou fazer um tricô, um crochê...*

*E6 Qualquer tipo de trabalho no centro comunitário seria bom, é o mais próximo da casa.*

*E6 Tem coisas boas nos centros comunitários, o que está faltando é isso [acompanhamento] porque tem uns que se dão alta sozinho, eles começam a vir, depois não vem mais, fica em casa.*

*E11 [O centro comunitário] É um canal que temos para avançar aqui em São Carlos, dentro da nossa realidade, pode ser que tenham outros espaços, outros caminhos.*

Também é verificado no discurso que os objetivos do centro comunitário, “geração de renda e convivência”, são similares aos propostos pelo CAPS, o que faz com que a parceria seja fortalecida e os usuários sejam inseridos com as outras populações, sem a necessidade de criar espaços próprios para a saúde mental:

*E11 [Sobre os espaços comunitários] Essa inclusão fazia parte de um processo ainda maior e que não necessariamente seja um espaço protegido.*

Saraceno (1997), ao apontar as atitudes básicas de um trabalho de intervenção em reabilitação, menciona a importância da disposição da equipe

do serviço de saúde mental em participar da vida social, bem como informar claramente as organizações comunitárias sobre o trabalho desenvolvido, os programas e seus objetivos. Dessa forma, as falas evidenciam que o serviço deve estar presente na comunidade e manter uma relação próxima, buscando formas de enfrentamento para a cultura estigmatizante:

*E11 Curso de capacitação para todos os atendentes e funcionários dos centros comunitários, para lidar com a questão da diferença.*

Para Saraceno (1997), a equipe do serviço deve também respeitar as diferenças existentes nos territórios onde vai atuar. Neste sentido, as frases temáticas consideram que cada região apresenta uma maneira específica de lidar com algumas questões, pois depende das pessoas envolvidas e dos recursos existentes:

*E11 É muito diferente a característica de cada um e da população desses territórios.*

Outro aspecto do trabalho nesses territórios refere-se à chegada do usuário e a sua permanência no centro comunitário, o que foi visto como um problema, para o qual os próprios profissionais apresentaram proposta de solução:

*E3 Têm algumas estagiárias que vão começar a fazer contato com os centros comunitários e acompanhar o nosso usuário até esse centro, fazer a ponte do usuário até o centro comunitário para tentar inseri-lo.*

*E3 Vamos começando a avaliar para alta, aqueles que vamos incluir em alta já vai ter essa ponte que elas [estagiárias] vão estar em contato permanente.*

*E6 Teria que ter uma acompanhante porque sozinhos eles não ficam, as próprias pessoas de lá acham eles diferentes: “ah é louco, é isso”.*

*E11 Eles não conseguem chegar num lugar tranquilo, sozinho, nós também não, mas a gente se esforça (risos) e ele se não tiver essa ponte, não adianta, não vai pra frente.*

Essa “ponte” que leva o indivíduo ao recurso comunitário é o que Kinoshita denominou de “emprestar” poder contratual, o que significa utilizar “o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais, para possibilitar relações e experiências renovadas aos usuários” (2001, p. 59).

O “empréstimo”, por meio de projetos conjuntos entre o usuário e o profissional, cuja possibilidade é de estimular margens de tolerância e solidariedade, deve ocorrer até que o usuário aumente sua autonomia e a restituição do poder contratual (Kinoshita, 1996).

Nos discursos, os profissionais propõem que, na impossibilidade de acompanharem os usuários nos espaços sociais, dada a demanda de trabalho da unidade, os estagiários assumam a responsabilidade e sejam eleitos como “acompanhantes terapêuticos”.

Além dos centros comunitários, outros espaços na comunidade foram mencionados para realizar a vinculação do usuário ao território:

*E3 Pegar um ônibus e ir até o SESC para dar uma volta, você não vai fazer uma atividade, mas ver uns painéis, uma exposição...*

*E4 Buscar teatro, cinema, SESC, fazer parte da comunidade, é isso que temos feito enquanto reabilitação, nessas associações aqui no CAPS pra estar buscando reabilitar.*

Podemos observar pelos discursos que as atividades culturais e de lazer, os passeios, são consideradas práticas que auxiliam na promoção da inclusão social. Na perspectiva da intersetorialidade, o acesso a essas atividades, segundo os discursos, representa um ganho para o usuário, pois há a convivência com outras pessoas que podem estar desfavorecidas socialmente:

*E9 [Sobre ações de inclusão social realizadas] Alguma coisa que se faz em termos de passeio ajuda bastante.*

*E10 O município está realizando em algumas escolas levar mesmo o acesso ao cinema a todas as pessoas, mesmo que as mais carentes. (...) Isso é um projeto de inclusão da [Secretaria de] Cidadania que tentamos entrar junto.*

*E10 Acho legal também porque é outro lugar, interagindo com outras pessoas que às vezes possam estar de alguma maneira sentindo-se excluídos também na questão do acesso, de tudo isso, também é outro projeto que estamos fazendo.*

Em outras frases temáticas a questão do lazer, ou seja, as atividades de passeios aparece como uma experiência de inclusão social. O que nos leva a entender que os profissionais têm como representação dessas ações o fato de que estar com as outras pessoas “normais”, usando os mesmos serviços que

elas (“restaurante”, “espaços culturais”, etc.), dilui a imagem de separação, segregação e, dessa forma, de exclusão social. Essas são representações sociais apoiadas na ideologia da normalidade, conforme discussão anterior.

Por outro lado, considerar o lazer como uma experiência ou prática de inclusão social, conforme pode ser observado na análise das frases temáticas, é um equívoco quando se trata da Reabilitação Psicossocial. Compreender o lazer como uma maneira de distração ou ocupação do tempo, preenchendo o cotidiano da instituição com atividades de passeio, da à prática do “entretenimento” uma nova aparência dentro do serviço substitutivo.

Romper com essa lógica é o desafio da reabilitação, a qual conspira claramente “contra o entretenimento para manter dentro, para reproduzir a lógica que nunca termina, manter a lógica da enfermidade, tornando-nos cúmplices deste tipo de entretenimento” (Saraceno, 2001, p.18).

Ainda no tocante ao trabalho no território, as frases apontam a utilização dos recursos comunitários como possibilidade para a realização de cursos profissionalizantes, bem como inserção no mercado de trabalho, formal ou informal:

*E3 Você acaba encaminhando para os centros comunitários, pra recursos da comunidade que eles possam ser incluídos no mercado de trabalho, mesmo o informal. Esse trabalho não é feito só pelos CAPS, é um trabalho que é feito também nos bairros aqui.*

*E3 Temos também para o mercado formal muitos recursos, no SESI, o SENAC, têm recursos gratuitos que a pessoa pode estar utilizando. Não vai custar nada porque o problema também muitas vezes é financeiro, tem que levar em consideração isso.*

*E4 Levá-los para estar fazendo parte de centros comunitários, buscar essa convivência dentro dos centros, estar pelo menos buscando aprender alguma coisa no sentido de profissionalizar que aqui não temos programas voltados pra isso.*

Como consequência de uma nova abordagem na atenção à saúde mental, que preconiza a atenção ao usuário na sua integralidade, os esforços são direcionados para a construção de uma rede social capaz de sustentar a existência do indivíduo marcada pelo sofrimento psíquico.

No espaço territorial, onde uma “rede de iniciativas múltiplas agencia cuidados de saúde e inclusão social”, a rede pode ser representada pela “imagem de teia”, a qual contemple a articulação composta por dimensões singulares e subjetivas. Nestas dimensões devem estar articulados todos os atores envolvidos: usuários e seus familiares, profissionais de saúde e de outras áreas, gestores do SUS, sociedades organizadas e os vários setores: educação, justiça, moradia, previdência, trabalho, cultura e saúde (Pitta, 2001).

Considerando este fato, é preciso haver interlocução entre a política de saúde mental e as outras políticas de um município, ou seja, há necessidade de uma prática intersecretarial para a efetivação das ações territoriais.

A intersectorialidade, isto é, a busca de recursos fora do contexto administrativo de saúde, é fundamental para o desenvolvimento das ações num serviço que tem a proposição de realizar o trabalho em rede. As demandas dos usuários de um CAPS estão alocadas em outros contextos e não apenas no âmbito da saúde mental (Mello, 2005).

Dessa forma, as frases temáticas apontam em direção a esse papel do CAPS, a fim de que este cumpra seu objetivo de estimular a inclusão social:

*E1 Não se pensar só no CAPS sozinho, mas estar pensando em outras coisas e outras idéias, estar construindo outros espaços...*

*E1 Envolve o poder público, interesse dos governantes, da própria sociedade que você vive, dos empresários, por isso eu falo que tem que ter envolvimento em todas as camadas pra você poder fazer uma inclusão boa dessa pessoa...*

*E11 O importante é entender que essa inclusão você só faz se for intersecretaria e intersectorial, se você não discutir com os seus parceiros da comunidade, não faz inclusão.*

*E10 Agora estamos precisando que outros recursos, fora os que a Prefeitura oferece, que estão no município, também possam fazer essas parcerias conosco para que consigamos implementar esses desejos, e um deles, o maior, é a questão do trabalho e da geração de renda. Penso que estas são as possibilidades.*

Foram assinaladas algumas ações consideradas possíveis para realizar o trabalho da forma que se propõe o CAPS, quando ocorrem as parcerias intersectoriais. Neste aspecto, os profissionais relataram a garantia de acesso

dos usuários ao sistema de transporte da cidade de forma gratuita para a circulação em outros ambientes que não apenas o CAPS.

O acesso aos programas educacionais foi outra experiência mencionada como prática de inclusão social:

*E6 Acho que já têm bastante coisa, tem a escola, o MOVA, eles vão até a escola porque tem muitos que às vezes não sabem ler, não sabe nem o nome, não sabe ler o nome do ônibus.*

*E11 Um outro processo que é de inclusão é a questão da escola, do MOVA [Movimento de Alfabetização de Adulto].*

*E11 Se quisermos que eles retornem qualquer atividade na comunidade, nem se for uma comunidade de geração de renda, de cooperativa, eles têm que ter uma noção básica do que eles vão estar construindo. Nós temos duas salas do MOVA.*

*E11 Na biblioteca tem um computador, até para entrar na biblioteca da Federal [UFSCar] eles tem que saber uma noção básica, então (...) temos uma parceria com a Universidade. É MOVA, CAPS e Universidade que fazem esse trabalho de informática.*

*E11 Temos uma outra grande parceria com a faculdade de terceira idade, com a FESC [Fundação Educacional São Carlos] (...) Fizemos uma parceria, nós vamos dar algumas aulas, a equipe daqui dá algumas aulas lá e a contrapartida, só fazemos isso agora, só negociamos (riso), em contrapartida ganhamos algumas bolsas...*

Como no caso dos centros comunitários, em relação ao acesso à educação pelo programa MOVA, segundo os discursos, foi necessária também a intervenção da equipe do CAPS, especificamente com a professora, por meio de cursos e reuniões, para que os usuários fossem incluídos nas salas com os demais alunos. Fica patente a importância da presença do serviço nas estruturas pertencentes à comunidade.

*E10 Foi um pouco difícil [no início] porque tinha a supervisão do pedagogo que não estava especializado na questão de ter um aluno com transtorno mental, mas incluímos essa pessoa na equipe, que passou a fazer cursos, participar das reuniões com a gente...*

Apesar da concretização dessas ações, cujos resultados foram considerados como possibilidades de estimular o processo de inclusão social, os profissionais acreditam na necessidade de investimento em práticas territoriais de forma mais constante:

*E10 Penso que algumas coisas que faltam pra estar fazendo seriam projetos mais territoriais, sair um pouco mais de dentro da unidade e entrar nessa questão da relação com a comunidade mesmo mais efetiva...*

Observamos, assim, que há uma contradição nos discursos, visto que, ao mesmo tempo em que é colocada a necessidade de desempenhar de forma mais efetiva as intervenções territoriais, surge a figura do estagiário como “acompanhante terapêutico” para que os funcionários possam suprir as demandas dentro da instituição. Dessa forma, parece haver no serviço prevalência das atividades intramuros, as quais têm prioridade por serem práticas conhecidas e amparadas pelo saber profissional. Isto traz um impasse ao CAPS ante as ações que se propõe a realizar, as quais fazem parte de uma nova modalidade de assistência.

*E3 Você não consegue tá constantemente fazendo isso, porque se você pegar um paciente e fazer isso [acompanhar no território], teve dia que tem bastante, a rotina aqui, além da rotina, as intercorrências são bastante.*

Podemos observar que os profissionais representam as ações de inclusão social voltadas para o território nos âmbitos do acesso ao transporte, lazer, cultura, trabalho e educação, bem como à socialização, espaços em que a população-alvo dos CAPS foi historicamente excluída. Contudo, o trabalho territorial ainda não é realizado da forma como é preconizada pelas diretrizes que estabelecem os CAPS, pois são priorizadas atividades internas do serviço.

### 3.2.3 Trocas afetivas e sociais

Relacionar-se nos espaços territoriais implica também a realização de ações voltadas para o desenvolvimento das trocas afetivas e sociais, com o objetivo de aumentar a contratualidade e a autonomia para a efetiva vinculação social das pessoas.

A outra rede significativa para a reabilitação e inclusão social da pessoa com a experiência do transtorno mental refere-se ao lugar para a realização



dessas trocas, a rede social. O intercâmbio de mercadorias ou de relações expressa o nível de contratualidade de uma pessoa, que pode estar alto ou baixo. A desabilitação representa empobrecimento da rede social, tanto de forma quantitativa quanto qualitativa (Saraceno, 1999, 2001).

Outra visão de rede social é dada por Sluzki (apud Salles, 2005), em que é compreendida como a somatória das relações interpessoais significativas e diferenciadas para o indivíduo, a qual tem importância para o seu reconhecimento e a sua auto-imagem.

A rede de relações interpessoais das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico apresenta-se pobre devido certa “desabilidade”, por falta de poder contratual, e nesse sentido elas precisam ser reabilitadas e, conseqüentemente, incluídas (Saraceno, 2001).

De forma geral, as frases temáticas revelam como ações de inclusão social os momentos em que são proporcionadas as possibilidades de contatos e relações interpessoais. As oportunidades dessas trocas estão relacionadas ao ambiente do serviço, no qual os usuários estabelecem interações entre os profissionais e entre outros usuários:

*E6 Penso que no CAPS pra ele é como se fosse uma família, aqui eles se sentem melhor do que na casa deles porque eles conversam com todo mundo, com as faxineiras, as enfermeiras, os médicos, com todo mundo.*

*E7 Tenho uma facilidade grande de me envolver com eles, converso, brinco e cada caso é um caso diferente, uns eu me associo, é mais fácil o meu contato, outros já são mais difíceis...*

*E7 Muitos ficam em casa, deitado, o social deles é vir aqui falar com outros usuários...*

*E10 Penso que tudo que eu procuro fazer aqui, desde o contato com o usuário, o contato dos próprios usuários entre si, de facilitar esse contato, (...) tudo está pautado na questão da inclusão, da reabilitação...*

Nas atividades de passeio realizadas pelo CAPS, a observação das habilidades sociais dos usuários com pessoas diferentes do contexto institucional é mencionada na fala seguinte também como uma experiência de inclusão social:

*E1 Eu vejo mais essa vivência nos passeios mesmo, você está em contato com outras pessoas, outro ambiente que não seja o daqui, dá pra você notar que*

*eles estão bem tranquilos em relação a se relacionar lá fora. Você não percebe tanto aqui dentro do CAPS.*

Pelos discursos está explícito o empobrecimento da rede social dos usuários, e as possibilidades de trocas sugerem restringir-se ao ambiente do serviço.

Entretanto, a habilidade do usuário em realizar as trocas afetivas e sociais não deve ser estimulada apenas para ser exercida num espaço protegido, pois isso pode causar certa dependência do mesmo para essas relações e não a sua autonomia em outras situações em que essas capacidades forem exigidas.

Um serviço de atenção à saúde mental como o CAPS deve ser uma referência para a pessoa com transtorno mental e não um lugar de refúgio para os problemas existentes em decorrência da fragilização de seus vínculos sócio-afetivos. Esse não é o papel do serviço substitutivo e sim da instituição psiquiátrica de antigamente, o que indica que há um problema em outro campo.

Isso torna-se evidente, quando as frases se referem aos relacionamentos estabelecidos pelos usuários no cotidiano do serviço e às dificuldades em torno do fim de semana, em casa, com a família:

*E1 Têm pacientes que chegam pra gente na sexta-feira, falam “ai, hoje é sexta-feira”, que eles sabem que tem sábado e domingo pra ficar em casa, eles sabem que não é a mesma coisa que lá, o aconchego que ele sente aqui, ele não é ouvido, às vezes não é compreendido. Não são todos, mas é uma grande maioria.*

A família, como a primeira rede social, necessita de intervenções, visto que “o sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede ampliada e vice-versa” (Saraceno, 1999, p. 123).

Saindo um pouco deste núcleo primário, a vizinhança é mencionada como um suporte da família que também merece a atenção do serviço para a ampliação da rede social. A comunidade na qual estão inseridos o usuário e o serviço é uma fonte de recursos para estabelecer relacionamentos. No caso da vizinhança é importante desenvolver uma “política de interação” com a

finalidade de aumentar os valores de tolerância e solidariedade (Saraceno, 1999, p.122).

*E3 Na doença mental o que se tem que partir num primeiro momento é ali, a família, os moradores da mesma casa e os vizinhos e depois você vai ampliando: são os vizinhos do lado, os vizinhos do bairro, o posto de saúde, o comércio do bairro.*

A expansão da rede social para além do contexto familiar é um suporte para a inclusão social dos usuários do CAPS. Lembrando aqui o que é colocado por Castel quanto à desfiliação nos vínculos sócio-familiares do indivíduo, as ações do serviço passam necessariamente por este contexto.

Propiciar o desenvolvimento e a ampliação da rede social, ou seja, favorecer as trocas sociais das pessoas com distúrbios psiquiátricos, envolve além da intervenção familiar, a transformação da realidade cultural na qual estão inseridos todos os atores envolvidos.

#### 3.2.4 Dimensão cultural

De acordo com Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica constitui-se de forma complexa a partir de quatro dimensões simultâneas, que se articulam e inter-relacionam e nas quais estão envolvidos todos os atores, conflitos e movimentos necessários na construção desse processo social.

Dentre as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial e jurídico-político está o campo sócio-cultural. Esta dimensão, que tem como expressão o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, ou seja, “a transformação do *lugar social* do loucura”, representa um “conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura” (Amarante, 2003, p. 53).

A desconstrução da imagem da pessoa doente mental para o sujeito em uma “existência-sofrimento” é um processo que vem caminhando e no qual está presente tanto a instituição como lugar de circulação, em vez de espaço

de segregação, como o indivíduo em busca da construção de sua contratualidade social e cidadania (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003).

No entanto, essa transformação não ocorre de maneira simples, visto que a complexidade da questão está no ideário de loucura, cujas bases são os estigmas representados pelas noções de periculosidade, incurabilidade, incapacidade e improdutividade.

Nas frases temáticas identificamos que os profissionais reconhecem que esta representação está presente tanto para a sociedade como para os próprios usuários em relação a si mesmos:

*E1 Eu acho que a sociedade como um todo, seja ela em qualquer nível, existe ainda muito aquele tabu, um preconceito muito grande em relação à saúde mental...*

*E7 Porque pra sociedade eles são considerados loucos, mas muitos deles sabem o que estão fazendo...*

*E7 A maioria se sente inútil, o pessoal começa a tratar eles como: “ah coitadinho”, “ai que dó” e aí eles vão se sentindo uns retardados (riso) e vão ficando mais assim, se arrastando mesmo.*

*E9 Infelizmente o doente mental se vê assim e é assim, a sociedade o vê como um animalzinho no jardim zoológico.*

*E9 Eles estão com o saco cheio de serem chamados de louco, vagabundo, como eu vi outro dia, louco, vagabundo e folgado. Isso está na boca do povo.*

Essas concepções ainda estão fortemente presentes nas Representações Sociais sobre o transtorno mental, e não é possível reverter rapidamente uma cultura excludente construída há séculos e que só a partir de algumas décadas, no Brasil, começou a ser questionada e apontada a necessidade de mudança.

Porém, caminhando para essa desconstrução, algumas ações pertinentes para a redução do estigma são propostas pelo *Programa de Atenção ao Paciente Psicótico na Comunidade (OPAS)*, em cinco eixos: estratégias gerais; modificação das atitudes na comunidade; modificação das atitudes dos profissionais de saúde; modificação das atitudes dos meios de comunicação; e promoção e defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental, que vão desde um tratamento adequado até não ser discriminado pela doença (Mateus et al., 2005).

As estratégias gerais referem-se ao necessário levantamento em grupos focais, das principais queixas e sugestões das pessoas com transtornos mentais, profissionais e familiares sobre a questão do estigma. Uma das formas de modificação das atitudes estigmatizantes é a realização de campanhas de divulgação sobre quais são os conceitos errôneos em relação à esquizofrenia, que fazem parte das representações acerca da doença, como, por exemplo, “ninguém se recupera da esquizofrenia” ou então “pessoas com esquizofrenia são perigosas e violentas” (Mateus et al., 2005).

Ainda faz parte das estratégias a modificação das atitudes dos profissionais de saúde; é necessário que eles identifiquem em si mesmos modos estigmatizantes e tenham cuidado no uso da linguagem com os usuários dos serviços. Em relação aos meios de comunicação, a mudança é necessária nos conteúdos expressos, por exemplo, em obras de ficção e noticiários, cuja conotação é quase sempre negativa a respeito da doença, do tratamento e das pessoas envolvidas (Mateus et al., 2005).

Nessa perspectiva, os discursos analisados apontam que a promoção da inclusão social depende de ações em torno da divulgação sobre a saúde mental para a sociedade em geral, a fim de que ela participe desse processo de mudança:

*E1 [Sobre ações para promoção da inclusão social] Eu acho que pra promover realmente (...) a sociedade tem que ser incluída nesse processo...*

*E1 Estar mostrando o trabalho que se realiza dentro do CAPS, com que tipo de pessoa que a gente trabalha, mostrar um pouco da história, do sofrimento, das coisas que eles conseguem realizar...*

*E3 Fazer com que essa família, esses vizinhos comecem a entender e divulgar mais o que é, o por que é assim...*

*E4 As pessoas eu acho que ainda têm muito medo, elas não têm conhecimento do que seja a doença direito, eu acho que precisa divulgar mais...*

*E10 A questão dos estigmas: “ah não quero nem passar perto daquela rua porque lá é um lugar de louco”, mas acredito que é por não conhecer, se as pessoas conhecessem realmente o que está sendo feito aqui isso se diluiria um pouco. Sou otimista em relação a isso.*

De maneira mais específica, as frases temáticas indicam espaços para divulgar as informações, como as Universidades e os centros comunitários dos

bairros, e elegem a escola como um locus privilegiado para isso, além de outros espaços:

*E1 Normalmente se espera que quase todas as crianças ou todas as pessoas tenham pelo menos o básico na escola, então se você vai lá e falar um pouco sobre essa doença, sobre a saúde em geral, sobre a saúde mental, eu acho que é mais fácil o indivíduo crescer com uma idéia de que isso não é uma coisa tão absurda...*

*E4 Palestras para os PSFs, levando informação, aos poucos as coisas vão acontecer, mas vai levar tempo, isso aí vai acabar acontecendo.*

*E9 Uma visão um pouco diferenciada da Prefeitura, dos políticos, do que é CAPS, do que é a saúde mental, (...) com uma divulgação maior do que é isso.*

Os discursos revelam a crença de que as informações veiculadas teriam por objetivo desmistificar a questão da loucura, humanizando a atenção à pessoa com a experiência do sofrimento mental em direção à reabilitação e inclusão, visto que o tratamento preconizado não é mais baseado no isolamento:

*E1 Ou o CAPS ir nesses espaços ou esses espaços virem dentro do possível conhecer o serviço, ter algum contato com o paciente, ver que ele é uma pessoa de carne e osso, que alguma coisa da vida ficou doente e tal, não é nenhum ser de outro planeta, que isso pode acontecer com qualquer pessoa.*

*E9 Muitas pessoas vêm visitar o CAPS como quem vai visitar o zoológico, até profissionais da própria Prefeitura, profissionais da saúde, vêm o pessoal daqui como seres diferentes, meio "marciano". Quebrar essa imagem parece ser um passo bastante importante pra essa inclusão social.*

De acordo com os discursos, a concretização destas concepções em ação está representada pela proposta de realizar uma "Bienal do CAPS", um evento em que o serviço estaria aberto por dois dias para a população em geral, que seria atraída pela exposição de trabalhos dos usuários, como as atividades plásticas, e ainda por uma performance tratando do tema da estigmatização. O uso da divulgação para "abrir portas" e assim conseguir outros recursos para a inclusão social foi observado como uma estratégia. Assim, a efetivação de ações que de fato promovam a inclusão social depende também de investimentos na mudança de visão sobre as pessoas com suas diferenças:

*E10 Esse ano eles querem fazer a própria 'Bienal no CAPS', querem abrir o CAPS por dois dias, mostrando todos os trabalhos deles e veicular isso em outros recursos de mídia também. Vem ao encontro desse desejo de mostrar mesmo o serviço e de tentar com isso facilitar a abertura de algumas portas que precisamos pra estar realmente incluindo.*

Verifica-se pelos discursos que os próprios usuários são eleitos atores desse processo de mudança cultural, por meio de sua presença nos espaços comuns às outras pessoas, como nas atividades de lazer.

*E9 Tem que viajar muito com esse pessoal. Teria que mostrar mais as pessoas, ir visitar mais coisas (...) Isso faz com que as pessoas sejam muito bem vistas e se sintam melhor.*

Do mesmo modo, a divulgação escrita pelos usuários em relação à sua experiência do sofrimento mental é considerada um meio para mudar a cultura, por exemplo, a atividade realizada em uma oficina de jornal com circulação externa:

*E10 Ainda tem isso de você ter que ir, ter que mostrar pra sociedade o que você procura, o que deseja, por isso a importância da questão do jornal.*

*E10 Os usuários estavam nesse sentido de tentar mostrar quem eles eram e de quebrar alguns estigmas e de algumas coisas que as pessoas tinham.*

*E10 Lembro que depois uma pessoa chegou aqui com o número do jornal e disse: "ai eu sempre tive medo de entrar aí, mas agora que eu vi esse jornal, gostaria de saber se eu poderia ser voluntário?"*

Por outro lado, o mesmo usuário que consegue mostrar por meio de sua produção formas de enfrentamento à cultura excludente pode também agir desfavoravelmente reforçando o estigma. Nesse sentido, o profissional sente a responsabilidade de intervir estimulando a mudança de comportamento:

*E11 Eles têm isso como rotina, que é uma coisa que também temos discutido muito, ninguém fala: "olha, eu sou cardíaco" na apresentação, mas eles têm ainda isso de falar: "ah, eu sou da saúde mental, eu sou do CAPS" como pré-requisito de apresentação, tanto eles quanto as famílias.*

De acordo com Bezerra Júnior (2004), o desafio maior para enfrentar a questão da estigmatização está nas *novas versões* da cultura manicomial, em que há um esvaziamento da dimensão subjetiva e existencial do sofrimento mental em prol de uma visão reducionista e eliminativista. Além disso, a

intolerância ao sofrimento, nas mais diversas formas, é outro aspecto que sofreu mudança cultural.

Assim, os serviços substitutivos têm duplo encargo, pois além de trabalharem para amenizar o sofrimento mental com todos os recursos terapêuticos disponíveis, ainda buscam espaços de tolerância, acolhimento e convivência com o que “na vida subjetiva é da ordem do intratável, do inevitavelmente doloroso” (Bezerra Júnior, 2004).

A convivência com a diferença, com tudo aquilo que não podemos controlar e prever e que por isso necessita estar fora de nosso alcance, para não nos lembrar de nossa impotência e do medo diante do desconhecido, é algo que precisa ser aprendido.

Apesar de ser lançado e de estar imerso nessa cultura excludente, cada indivíduo mantém condições de expressar a sua humanidade por meio da construção de laços de solidariedade para acolher e respeitar o sofrimento do outro, ainda que ele seja “louco” ao viver tão contraditoriamente a nossa realidade ou “deficiente” para exercer as ações dentro dos padrões esperados.

Enfim, para transformar o cuidado oferecido à pessoa portadora de transtorno mental é preciso, segundo Tenório (2002), atuar em dois planos, que no fundo fazem parte de uma mesma dimensão: o agenciamento social da loucura. Esses planos referem-se à questão cultural e à rede de serviços e práticas de atenção, criadas para responder socialmente à questão da doença mental de outra forma que não a asilar.

### 3.2.5 Ações no CAPS

As atividades realizadas no CAPS buscam responder as demandas dos usuários por cuidados clínicos e de Reabilitação Psicossocial, que constitui hoje a chamada clínica ampliada, objetivando a reinserção social. Dessa forma, fazem parte das atividades terapêuticas os atendimentos ao usuário



individualmente ou em grupo; os atendimentos as famílias; as atividades comunitárias e as assembléias ou reuniões de organização do serviço (Brasil, 2004a).

Nos discursos analisados foram identificados o reconhecimento das necessidades de ampliação e desenvolvimento de ações em torno de atendimentos individuais ao usuário, de intervenção com as famílias e das oficinas para a promoção da inclusão social.

Nos atendimentos individuais, os discursos apontaram para o direcionamento das ações no que se refere ao diagnóstico, à orientação quanto à medicação e à própria doença, bem como à promoção do cotidiano dos indivíduos acometidos pelos transtornos mentais.

A orientação medicamentosa foi vista como necessária devido à resistência que os usuários demonstram em seguir esse tratamento. Concomitante às orientações sobre a medicação, também é apontado como necessário o esclarecimento sobre a doença, o diagnóstico.

O comportamento resistente do usuário pode ser resultado da negação da doença, muito comum nos quadros de psicose, ou ainda dos efeitos colaterais das drogas psicotrópicas típicas. Com o abandono do tratamento medicamentoso, conjuntamente com outros fatores, as crises reincidentem. Assim, a medicação aparece nas frases temáticas como fator equilibrante para que a pessoa possa “reorganizar a vida”.

*E3 [Os usuários do CAPS] Estão normalmente com uma dose de medicação grande já para controlar a crise e aí começa a organizar medicamento, começa organizar a vida dele, ajudá-lo a se organizar.*

*E5 Não que a medicação seja a base de tudo, mas se tirar já sabe o que acontece, é importante a medicação...*

Nesse sentido, também faz parte dos atendimentos as ações direcionadas para a retomada do cotidiano por meio de intervenções baseadas em orientações, no estabelecimento de contrato entre o profissional de referência e o usuário e também nas atividades de vida diária dentro do serviço:

*E3 Estou com uma usuária aqui que estou tentando fazer um contrato com ela, (...) dela vir meio período aqui e meio período ela ficar em casa, no sentido de que ela ficaria na casa dela e vai tentar cuidar da casa...*

*E3 Mesmo aqui no CAPS acaba fazendo a inclusão social dos pacientes porque se você trabalha com eles pós-crise, que retomem a vida deles diária, com a família, na sociedade civil, comecem a ter uma rotina mesmo de atividades que consideramos cotidianas: ir fazer compras, ter um contato com o vizinho, ir a um cinema, ao comércio fazer compras, supermercado e convívio com outras pessoas.*

*E4 A idéia de reabilitar está sempre na nossa cabeça, o tempo todo. Quando fazemos os atendimentos, sempre a idéia é estar fazendo esse trabalho, pensando que eles possam estar assumindo a vida cotidiana, o dia-a-dia. Todas as ações que temos aqui são voltadas para isso.*

*E11 Agora introduzimos faca porque se vai levar para comer num restaurante, eles vão enfiar a mão na comida, a família também tinha vergonha. (...) Isso podemos contribuir, o CAPS já está fazendo, que é a questão da inclusão em parceria com a família. Então são pequenas ações que temos feito e conseguido avançar nisso.*

Certamente, é complexo viver o cotidiano na presença do transtorno mental. Dessa forma, estimular o desenvolvimento das habilidades para realizar atividades diárias ou tarefas da vida prática, como ir ao mercado ou pegar um ônibus, é alvo das práticas de inclusão social:

*E1 O que é incluir a pessoa? É ela ficar boa nos seus atos, pelo menos se não for cem por cento, pelo menos no básico, de tomar o seu remédio e estar vivendo a sua vida lá.*

*E3 A pessoa que às vezes ouve a gente falar assim é uma coisa tão básica [andar de ônibus], não é verdade? (...) Você coloca pra alguém isso: mas como que a pessoa não consegue fazer uma coisa tão simples? Não consegue. Tudo isso acho que é inclusão social. Só que é bem primário mesmo.*

O cotidiano representado pelas atividades e ocorrências diárias, a rotina de cada um, é a essência da vida social em virtude dos valores aprendidos em grupo, assim “a vida é uma rede de trocas e de relações humanas, portanto, aí o cotidiano se forma e é produzido” (Castro, Lima, Brunello, 2001, p.49).

A realização das atividades diárias que compõem esse cotidiano apresenta como função estruturar e capacitar as pessoas para a vida, constituindo-se como bases para a construção da autonomia e independência, das relações interpessoais e a própria contextualização social e cultural do indivíduo (Castro, Lima, Brunello, 2001).

Pensar na reestruturação do cotidiano demonstra a mudança na forma de tratamento voltado para a melhoria da qualidade de vida e inclusão social quando em comparação com a assistência baseada, sobretudo, na terapia medicamentosa.

A pessoa acometida pelo sofrimento psíquico, nesta nova perspectiva de abordagem no campo da saúde mental, é convidada a participar desse processo de construção do cotidiano, sendo estimulada a seguir seu projeto de tratamento, em que lhe é atribuída parte da responsabilidade para o aumento da autonomia. Isso também difere do modelo de atenção anterior, em que a terapêutica oferecida mostrava-se comumente alheia aos desejos e necessidades dos pacientes, prescindindo do seu envolvimento.

Outro tema presente nos discursos refere-se à intervenção com as famílias.

As famílias percebem a doença mental como um sofrimento que transtorna e desequilibra de forma recorrente e intermitente, gerando a convivência traumática e as relações perturbadas, o que resulta na difícil aceitação do familiar em condição de sofrimento psíquico (Barroso et al., 2004).

O Ministério da Saúde informa que os CAPS têm por um de seus objetivos o incentivo às famílias para participarem do contexto de tratamento, envolvendo-as em atividades internas e externas que objetivam a integração social, como as ações comunitárias e os projetos de trabalho. Propõe que a atenção aos familiares também seja dada por meio de atendimentos, reuniões e assembléias (Brasil, 2004a).

Neste sentido, a intervenção familiar foi apontada, nas frases temáticas, como prioridade para a conquista da inclusão social:

*E1 Eu acho que começa por aí também, no seio da família é que você vai ter um bom retorno de inclusão social sim.*

*E1 Voltando lá naquele tópico, de inclusão, a família tem que ser tratada porque o paciente não adoce sozinho, ele é um marcador lá de que alguma coisa não está bem...*

*E3 A gente tenta pelo menos incluir dentro dessa família novamente, esse é o principal num primeiro momento.*

*E5 A família do portador de transtorno mental tem um sofrimento muito grande, também por falta de orientação, de conhecimento...*

*E10 As famílias são muito importantes porque muitas também têm esse mesmo estigma, essa mesma visão que achamos que pode ter um pouco mais longe, mas não, pode estar muito perto.*

*E11 Um dos fatores primordiais para dar certo a reabilitação e a inclusão é se a família for parceira ou não. Se não conseguirmos trabalhar com essa família e ganhá-la para o nosso lado, não avançamos, isso temos percebido.*

*E11 Essa é uma exclusão bastante forte e é uma exclusão que podemos lidar dia-a-dia com a família, por isso que é importante a questão da família. E isso temos trabalhado muito aqui dentro do CAPS.*

A rejeição ao familiar adoecido é reproduzida no contexto mais amplo da rede social e traz sofrimento para o indivíduo doente, assim como para a própria família. Os familiares convivem intensamente com sentimentos muitas vezes contraditórios em relação ao seu parente, estando presentes o desconhecimento da problemática, a culpa e a impotência, além da falta de perspectivas futuras em relação à confiança no tratamento.

De acordo com Saraceno (1999), com o passar do tempo, os familiares também podem apresentar um quadro de distúrbios e desabilitações psicossociais. Isso resulta na comunicação ineficiente e numa baixa qualidade de vida. A qualidade da interação entre a pessoa portadora de transtornos mentais e os seus familiares limita o processo de reabilitação e por isso deve ser alvo da atenção dos profissionais da equipe do serviço.

Além do sofrimento apresentado pelos familiares, o qual é reconhecido pela literatura como demanda para a atuação dos profissionais, o discurso ainda revela outra problemática que se refere ao aspecto econômico:

*E3 É a realidade social, porque hoje em dia todo mundo depende de uma contribuição, a família depende da contribuição, uma pessoa que eles consideram, um, termo feio: “peso morto”, (...) começa a custar caro porque custa medicamento, transporte, tratamento, custa alguém parar de fazer alguma atividade pra cuidar dele...*

A fim de transformar um pouco essa complexa realidade, os profissionais realizam intervenções, como o grupo de família, de frequência semanal, e os encaminhamentos para atendimentos individuais, como descritos nas frases que seguem:

*E3 Muitos [familiares] estão sendo encaminhados a terapias, psiquiatras, pra lidar com seus medos, com as suas ansiedades...*

*E3 Temos um profissional que quis fazer um grupo de psicoterapia para ajudá-los mais ainda (...) Então você faz um trabalho ali, tem um outro recurso para poder trabalhar paralelo...*

Os discursos sugerem que o acolhimento ao sofrimento das famílias ainda não é uma diretriz do serviço de atenção psicossocial, necessitando, assim, da iniciativa voluntária de algum profissional que queira “ajudar”.

A conquista e reconstrução do cotidiano desse usuário, que não permanece mais distante do contexto familiar por tempo indeterminado, depende da intervenção:

*E3 Como que essa família também está nesse contexto, como que ela está aceitando esse ente, esse ficar com o seu doente em casa três vezes por semana, como que ela está fazendo a interação social dele lá dentro?*

*E3 Será que ele está deitado na cama dormindo, sai daqui fica três dias lá dormindo? Ou não, ele está limpando a casa, varrendo o quintal, está colaborando com a família, fazendo com que a família deixe de ver ele como peso?*

De acordo com Salles (2005),

*“As pequenas atividades que constroem o cotidiano dos pacientes são aquelas que possibilitam a inserção social, como as domésticas, passear pelo bairro (...) É a convivência que promove a inserção social e é a atividade que promove a convivência. E são estas as atividades que possibilitam ao paciente sair do lugar de incapaz e se relacionar com os outros” (p. 216).*

Para que seja possível a construção de um cotidiano incluyente, o cuidado com as famílias deve ser repensado. A intervenção nesse núcleo, ao pautar-se em uma relação de confiança entre o profissional e o familiar, leva em consideração a dificuldade de vinculação do paciente com a família, os encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais que o mesmo pode representar nesse cotidiano e os sentimentos de fracasso e descrença diante dos tratamentos realizados. A importância dessa atenção está em perceber cada situação em particular, atentando-se para as singularidades dos sujeitos envolvidos (Melman, 2006).

Nesse sentido, de acordo com Melman (2006), a abordagem mais adequada para o atendimento às famílias está apoiada na noção de

singularidade “como uma individualidade em processo permanente de subjetivação, atrelada à própria trajetória do sujeito” (p. 100). Compreendendo a subjetivação como um processo de produção de outro modo de existência, em que seja possível descobrir outras possibilidades de vida. Assim é possível descentrar o olhar que os familiares carregam, o qual está acostumado apenas à percepção de culpa, dor e negatividade.

Além dos atendimentos individual e grupal, outro meio apontado para a intervenção familiar é a visita domiciliar. Nas frases temáticas também foi considerado como motivo para essas visitas a ausência do usuário sem nenhuma comunicação à equipe.

*E3 Estamos fazendo visitas nas casas. (...) Nós vamos conhecer outras pessoas, fazer com que as outras pessoas nos conheçam e mostrar o trabalho que é feito, o que está ocorrendo ali, o que é a doença, isso nós estamos fazendo com a família...*

De acordo com as diretrizes do Programa de Saúde Mental, os CAPS, bem como as equipes de saúde mental do Programa de Saúde da Família, são encarregados de realizar as visitas domiciliares, contudo, o que se percebeu nos discursos é que esse mecanismo não tem sido acionado com a frequência desejada, devido à ausência de infra-estrutura para isso:

*E2 Se a família precisar de uma avaliação em casa, domiciliar, você vai ter o recurso para que as pessoas cheguem na casa e ajudem aquele paciente na casa?*

*E2 Um carro para poder ir à casa, ver o paciente em casa, visitar, essa é uma questão.*

*E2 O paciente esquizofrênico isolado em casa, que não sai de casa, nós temos aqui pelo menos umas trinta pessoas nessas condições, vem um familiar falar do paciente, buscar remédio, mas não conseguimos ir visitar, não tem uma viatura, um transporte próprio que permita ir lá visitar a pessoa...*

*E6 Ultimamente eu não sei se foi para esse fim que fizeram a visita, sei que de vez em quando faz, depende muito da condução.*

Aqui observamos a ausência de visita como um dos limites para as intervenções com o usuário em seu contexto familiar. Dessa forma, é visível a necessidade de integração entre os programas da atenção básica, sobretudo, o Programa de Saúde da Família e o CAPS que

*“devem estar interconectados num circuito interinstitucional integrado no SUS. Situação que pode evitar a fragmentação dos atendimentos e ainda ser facilitadora do planejamento de área de saúde distrital, sobretudo concernente aos atendimentos domiciliares e às intervenções clínicas na rede pessoal significativa do usuário”* (Vieira Filho, Nóbrega, 2004, p. 375).

O próximo tema analisado refere-se às atividades em oficinas.

A oficina terapêutica é outra prática realizada no CAPS, a qual se constitui em uma das principais formas de tratamento e pode ser expressiva, geradora de renda ou ainda de alfabetização. As oficinas são realizadas por um ou mais profissionais, a partir da disponibilidade dos mesmos e das necessidades e interesses dos usuários, e o Ministério da Saúde apresenta por objetivos para essas estratégias a “integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania” (Brasil, 2004a, p. 20).

Historicamente, as atividades dentro de instituições psiquiátricas carregam uma conotação de ocupação do tempo ocioso, de distração ou ainda como forma de manter organizada a ordem institucional e o re-equilíbrio orgânico do doente, como se o fazer por si só contivesse propriedades terapêuticas. O uso de atividades neste sentido ainda pode ser encontrado nas instituições asilares e em outras que propõem mudar a lógica de assistência, carregando, assim, resquícios do Tratamento Moral, iniciado no final do século XVIII.

Por outro lado, no modelo apoiado em bases psicossociais, as atividades são realizadas em oficinas, as quais contam com a atenção de vários saberes interdisciplinares, podendo ocorrer em outras áreas, como parques, não se mantendo restritas ao espaço da instituição. Tem por função o trabalho simbólico, psíquico e sócio-cultural, compreendendo, assim, a eficácia terapêutica em termos universais (Lappann-Botti, 2004).

A análise dos textos desvelou frases que apontam a necessidade de haver mais oficinas e atividades terapêuticas:

*E2 [Para promover a inclusão social] Oficinas terapêuticas, oficinas de trabalho, grupos, terapia de família, terapia de família individual, visita domiciliar, tem que ter isso tudo se não, não funciona.*

*E2 Oficina protegida pra quem pudesse e pra quem não fosse possível isso, que tivesse gente que oferecesse recurso, material intermediário.*

*E2 Um atendimento diário de verdade, várias oficinas. O central da idéia de CAPS é a idéia de oficinas.*

As oficinas de acordo com o discurso são realizadas com base nas necessidades dos usuários e familiares:

*E11 A construção das oficinas é um pouco do que vem deles, da fala deles, da fala da família e surgiu essa oficina de festa por causa disso, as famílias não os levam pra lugar nenhum porque enfia a mão no bolo, (...) então criamos uma oficina de festa, trabalhamos isso com eles e uma vez por mês fazemos a festa de aniversário.*

Uma das oficinas realizadas foi destacada nas frases temáticas como uma das experiências bem-sucedidas de inclusão social segundo os discursos, a produção de um jornal de circulação externa e que contava com a participação voluntária de um jornalista:

*E10 Considero uma das experiências mais bem-sucedidas essa oficina [de jornal], com relação à questão da inclusão. Mas tudo o que eu faço, acho que eu tento (riso) (...) me pautar nisso...*

*E10 Essa oficina de jornal que tinha a questão da escrita, leitura, a produção de um jornal da unidade (...) tinha parceria de um jornalista que na época trabalhava aqui na cidade...*

De acordo com as frases temáticas, o trabalho desenvolvido para a produção do “CAPS Notícia” propiciava aos usuários livre expressão, e a comunidade próxima ao serviço estava tomando conhecimento e reagindo positivamente no sentido de interagir com o serviço, como foi mencionado anteriormente, na discussão sobre a cultura.

No entanto, essa oficina de jornal não teve continuidade, como é pontuado pelo fragmento de texto seguinte:

*E10 [Motivo do término da oficina de jornal] Foi uma questão institucional, porque você sabe que quando damos essa liberdade para os usuários se expressarem, eles vão estar realmente falando, escrevendo, no caso esse era o veículo, o que eles sentem, o que acham. É a questão da cidadania, dos direitos e dos deveres e nem sempre isso é interpretado da maneira como, nem sempre isso vem ao encontro do que as pessoas gostariam de escutar.*



Um dos resultados do processo de reabilitação é justamente o de tornar mais conscientes as pessoas com transtornos mentais e abrir espaço para que possam se colocar, pois isso faz parte do exercício de autonomia. No entanto, isso afeta os demais atores envolvidos, os profissionais e os familiares.

No lugar dessa oficina de jornal é então proposta outra com o mesmo tema, mas com sentido diferente, o que representa, conforme as frases temáticas, um retrocesso daquilo que os usuários aprenderam a fazer:

*E10 É um passo atrás porque eles faziam outras coisas, não estavam só falando do mundo, mas estavam expressando a opinião deles sobre o estar no mundo.*

*E10 Estávamos há muitos passos na frente, não sei se pode voltar a fazer isso, estamos fazendo uma experiência de começar de novo com o jornal mural.*

*E10 Pode ser que seja um retorno, não posso falar que vai ser, pode ser, mas é uma coisa que eu sinto muito.*

O que se percebe com o retorno da realização da oficina de jornal, sem o envolvimento da opinião dos usuários e restrita ao espaço do serviço, é a prática do “entretenimento” (Saraceno, 1999, 2001). Rompe-se então a comunicação entre sujeito e contexto que estava sendo estabelecida por aquela oficina.

Volta-se, portanto, para uma atividade que representa uma ação terapêutica limitada ao espaço institucional fechado e predefinido, com a intenção de que as habilidades do usuário sejam mantidas, desenvolvidas e, assim, ele adquira recursos psico-afetivos ou cognitivos para o exercício delas no seu contexto particular (Mângia, 2002).

Este não é o papel do CAPS, visto que estas são características do funcionamento das oficinas em conformidade ao modo asilar. No entanto, nos deparamos com isso e o motivo talvez seja a transição paradigmática que é vivenciada nos serviços de saúde mental, pois as oficinas “avançam em direção à Reabilitação Psicossocial, aproximando-se como um dispositivo que materializa o paradigma psicossocial, porém, também paradoxalmente, operam

ainda com retrocesso e/ou repetição da lógica asilar” (Lappann-Botti, 2004, p.143).

Para mudar a lógica do “entretenimento” é preciso “uma pesquisa teórica e prática dos caminhos cotidianos para se operar micro-rupturas da miríade de micro-entretimentos, descobrindo a miríade de fontes de recursos” e ações que sejam direcionadas para a construção da cidadania do usuário (Saraceno, 2001, p. 18).

### 3.2.6 Mercado de trabalho

O trabalho para as pessoas com a experiência de sofrimento mental foi um dos temas recorrentes nos discursos enquanto necessidade para inserir socialmente.

Na perspectiva dos conceitos da Reabilitação Psicossocial, o trabalho para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico deve ser compreendido como “inserção laborativa”, um processo em que devem estar articulados os aspectos relativos aos interesses, às necessidades e aos desejos desses indivíduos. Nesse sentido é importante respeitar o valor que o trabalho tem para cada um, o que pode refletir os valores sociais e, assim, ser compreendido enquanto uma forma de sustento ou um meio de auto-realização (Saraceno, 1999).

Ainda de acordo com esse autor (1999), em geral, o trabalho é muito mais do que “simples respostas à necessidade”, é também “espaço de produção de sentido e valores subjetivos e de troca” (p. 140). Através do trabalho é possível estabelecer práticas de negociação, que é o que sustenta as relações entre as pessoas. Segundo Saraceno (2001), “o negócio precede o ócio”, ou seja, “as oportunidades de trocas materiais e simbólicas são oportunidades precedentes na construção da capacidade relacional do sujeito” (p. 151).

No CAPS estão previstas oficinas geradoras de renda, a fim de ensinar uma atividade específica ao usuário, como culinária, marcenaria, costura, artesanatos em geral, entre outros (Brasil, 2004a).

O desenvolvimento de ações voltadas para o mercado de trabalho foi mencionado pelos entrevistados como uma necessidade e uma possibilidade que o CAPS tem, apesar de depender de outras instâncias. Nesse sentido, frases temáticas sugerem alternativas para o enfrentamento da exclusão social, como se vê a seguir:

*E4 Precisa sim fazer alguns convênios com empresas...*

*E4 O deficiente físico ele não tem vagas reservadas dentro das instituições públicas, dentro das empresas, existem programas para reabilitar, por que não se estender isso para as pessoas que tem transtorno? Criar mecanismos?*

Está é uma questão importante para a qual muitos gostariam de obter resposta. Para Souto (2005), não há explicações em relação à diferença existente entre as pessoas com deficiência física e a garantia de vagas para elas nas empresas e a negação disso para as pessoas com a experiência do sofrimento mental. A autora aponta que a centralização das ações terapêuticas dos serviços de saúde mental nos momentos de crises e menos quando os indivíduos mostram-se estáveis, momento propício para a reconstrução do cotidiano, pode ser um dos fatores de ausência desses convênios.

Vale lembrar que os estigmas associados aos transtornos mentais têm ainda um peso importante, neste caso incapacidade e improdutividade, o que pode ser um dos motivos para que os empregadores não reservem vagas.

Para efetivar e desenvolver ações em torno da inserção produtiva é citada nos discursos a importância de uma associação de usuários e familiares:

*E4 Às vezes eu me perco nessa questão, que precisaria sim alguma coisa, algum mecanismo que vejo que seria uma associação, para politizar mesmo, para eles terem um mecanismo de ação mais efetivo, mais organizado, politizado, alguma coisa mais ampla para acontecer de fato.*

*E9 Tem outras questões políticas envolvidas, pra fazer uma oficina de trabalho tem que ter uma associação amparando.*

*E10 Acreditamos que essa associação vai ajudar na questão de cooperativas de trabalho e mesmo em projetos de inclusão social, seja de geração de*

*renda, seja projetos culturais. Vai ser um instrumento importante essa questão da associação, de viabilizar isso.*

Associações são entidades criadas por iniciativas de grupos sociais, sem fins lucrativos, e por isso são organizações não governamentais, que visam a defender os interesses comuns de usuários e familiares nos aspectos políticos e jurídicos. As associações de familiares e usuários com transtornos mentais estão presentes no cenário brasileiro desde 1980, obtendo mais relevância a partir de 1988, após o II Congresso Nacional de Trabalhadores do Movimento de Saúde Mental, constituindo-se como atores importantes no processo de mudança da assistência à saúde mental (Ribeiro, 2003).

Dessa forma, o papel desenvolvido pelas associações de usuários e familiares é necessário aos serviços substitutivos ao propor a inclusão social, visto que as demandas são discutidas em outros campos além da área da saúde.

Houve a criação de uma associação, mas não se concretizou na prática, o pode ser constatado nas frases temáticas:

*E4 Já houve passos nessa direção, mas não se efetivou, não andou pra frente, (...) não repercutiu como deveria.*

*E4 Isso [associação de usuários criada] deveria ser agora retomado porque acho que houve uma precipitação no começo, ninguém estava muito organizado para isso, agora acho que já poderia estar (...) retomando isso.*

*E10 [Sobre a associação criada] Já teve um projeto da Federal [UFSCar], da Psicologia de dois ou três anos e esse projeto terminou com a criação dessa associação.*

*E10 Essa associação já tem nome, teve a primeira reunião com livro de ATA, mas só que isso por alguns motivos burocráticos que eu não vou saber te explicar ao certo, parou, está há uns oito meses nessa inércia e não conseguimos retomar...*

Dessa forma, a retomada dessa associação aparece nos discursos analisados como uma das propostas de ação voltada para a inclusão social, via mercado de trabalho. Entretanto, há dúvidas se o profissional deveria intervir nesse aspecto:

*E4 Com o tempo a gente percebe que não é esse o nosso papel de estar buscando profissionalizá-los aqui, a gente está mais voltado para tratar mesmo.*

*E4 Teria que ser uma ação mais política, uma coisa voltada mais para os familiares também. Poderíamos até auxiliar, mas não sei se seria o nosso principal papel estar agilizando isso.*

*E9 [Envolvimento com a criação de uma associação] É complicado isso, fuge ao nosso trabalho profissional no CAPS...*

Por outro lado, há afirmações sobre a necessidade desse envolvimento na constituição de uma cooperativa, bem como a retomada da associação, que é percebida como um papel do serviço, conforme os discursos seguintes:

*E10 Tenho interesse em participar de uma cooperativa, já ouvi falar que existe...*

*E10 Cabem às pessoas que estão assistindo, cuidando, ajudá-los nesse sentido e foi feito isso tudo, foi todo um processo de anos, mas infelizmente, acabou ficando parado.*

*E10 É uma coisa que precisa ser retomada [associação de usuários e familiares criada] porque a partir disso a gente vai conseguir alguns recursos que ainda não consegue.*

*E10 Teria que ser uma coisa do próprio serviço mesmo de ir atrás e de retomar, dos próprios profissionais, mas estamos tentando, eu não sei como é que vai ser isso (riso).*

Envolver-se com questões que dizem respeito a esse aspecto social parece fugir ao escopo dos profissionais por não fazer parte de ações “clínicas” que tenham intervenção direta sobre o usuário no serviço. Nesse sentido, lembramos Basaglia (1982), ao referir que o indivíduo é um todo, sendo resultado da integração dos níveis biológico, psicológico e social e, assim, para ajudá-lo “devemos ser concomitantemente biólogos, psicólogos e sociólogos. Se isso não acontecer seremos sempre torturadores de nossos doentes” (p. 111).

De acordo com Rotelli (1993), a reabilitação é um processo que tem como objetivo “construir (reconstruir) o acesso real aos direitos de cidadania”, assim como a “capacidade de praticá-los”. Para tanto, deve ocorrer simultaneamente a intervenção em três níveis: no aspecto jurídico, com modificações nas legislações; quanto às estratégias para a disponibilidade de vínculos e recursos; e a construção da capacidade de acesso aos valores de cidadania.

A disponibilidade dos recursos (casa, trabalho, dinheiro, lugares de efetiva formação, relações sociais possíveis, entre outros), bem como o direito reconhecido de acesso a eles, são questões que envolvem as estratégias de cidadania social e fazem parte das ações, objetos plenos da esfera dos serviços e, assim dos trabalhadores de saúde mental. Nesse sentido, enquanto objetivos políticos, não deixam de pertencer ao âmbito sobre o qual os trabalhadores devem intervir, dedicando tempo, habilidade e energia. Desta forma, “vocação terapêutica” e “conflito de classe” tornam-se termos inseparáveis nas produções de Basaglia (Rotelli, 1993).

A equipe multidisciplinar tem condições de se responsabilizar por estimular, conscientizar e apontar caminhos e recursos possíveis para a solução das questões que se apresentam. Afinal, o CAPS é o serviço responsável por estruturar uma rede de atenção cuja questão do trabalho está envolvida.

Assim, faz parte das intervenções incentivar usuários e familiares a criarem associações ou cooperativas em que possam discutir os problemas comuns, na busca por soluções coletivas no que se refere às “questões sociais e aos direitos essenciais, que ultrapassam as possibilidades de atuação dos CAPS” (Brasil, 2004a, p. 28).

Cooperativa, de acordo com a Aliança Cooperativa Internacional (ACI, 2003, apud Carretta, 2005), é uma associação em que as pessoas estão reunidas voluntariamente com interesses comuns, a fim de satisfazer as necessidades nos âmbitos culturais, econômicos e sociais, por intermédio de uma empresa cuja propriedade seja comum a todos os envolvidos e com gestão democrática.

A cooperativa, para Saraceno (1999), é um dos meios mais adequados para o desenvolvimento do indivíduo, visto que é o oposto da lógica da exploração do trabalho dependente e coloca em evidência a contradição entre o serviço de tratamento e lugares de produção (mercado) e a questão da relação com o mercado de trabalho em contraposição aos serviços psiquiátricos (ergoterapia).

O trabalho nas cooperativas apresenta dinamismo afetivo e relacional e, assim, desafia os serviços psiquiátricos. Além disso, os trabalhadores das cooperativas são sócios ativos e empresários, sendo incentivados a um processo de responsabilidade, bem como de desenvolvimento da capacidade de escolha e risco (Saraceno, 1999).

No Brasil, a importância de constituir cooperativas sociais foi afirmada pela Lei Federal nº 9.867, em novembro de 1999, com a finalidade de incluir aqueles que apresentam desvantagens no mercado econômico, como as pessoas portadoras de transtornos mentais, pessoas com deficiências físicas e sensoriais, dependentes químicos, adolescentes em situação de risco pessoal e social, entre outros (Brasil, 2004b).

Nesse sentido, a saúde mental uniu-se ao programa Economia Solidária, em 2004, a partir do Congresso Brasileiro de CAPS, pois apresentam um objetivo em comum: a luta contra a exclusão social.

A Reforma Psiquiátrica é compreendida não apenas como política para eliminar as instituições asilares e criar novos serviços, mas, essencialmente, para mudar o imaginário social sobre a loucura e “extrair a positividade naquilo que é visto apenas como negativo. Aí, a questão das oficinas de geração de renda, a inclusão social pelo trabalho, as cooperativas são instrumentos extremamente eficazes” (Delgado, 2005, p. 17).

As oficinas de trabalho e geração de renda, bem como as cooperativas, constituem-se em caminhos possíveis e necessários para a inclusão social, considerando o ritmo de produção de cada indivíduo. Isso faz parte dos discursos analisados, em concordância com os conceitos da Reabilitação Psicossocial. O trabalho nesses casos representa a reprodução de valor social, ao trazer, ainda que minimamente, a aceitação e a humanização do indivíduo, respeitando a expressão de sua subjetividade.

*E2 É oficina protegida, vamos fazer no ritmo dele, na velocidade dele.*

*E4 A expectativa seria aquela de uma produção, mas alguma coisa que fosse dentro do que é possível para a doença, por exemplo, o ritmo é um pouco mais lento, são algumas coisas, é possível sim...*

*E9 Se tiver oficinas de trabalho, é uma forma de incluir a família porque o usuário começa a dar renda em casa, não é? Isso facilita.*

*E9 Precisa da oficina de trabalho para promover a inclusão social. Não significa que essas pessoas serão totalmente aceitas ou que elas vão ter um papel social cem por cento reconhecido pela sociedade, significa só que ela vai ser um pouquinho mais aceita...*

*E10 A questão das cooperativas é o que gostaríamos.*

*E11 Hoje estamos demandando que tenha oficina de geração de renda...*

*E11 O caminho é esse, discutirmos dentro da economia solidária, dentro da alternativa da cooperativa de trabalho, de geração de renda, só aí que vamos avançar.*

São afirmadas pelas frases temáticas que o enfrentamento da estigmatização com a construção desses mecanismos de inserção social depende, novamente, do estabelecimento de relações intersetoriais para obter uma variedade de atividades e, assim, respeitar as capacidades de cada um.

*E11 As ações que temos que estar, que podem ser feitas é a questão de primeiro construirmos parceiros intersetorial e intersecretaria para que possamos respeitar a individualidade de cada um.*

*E11 Não dá para falar que todo mundo vai, isso me incomoda tanto, enfiar minha no saquinho. Não! Vamos ter que ter uma gama enorme de atividades, respeitando a individualidade de cada um, a subjetividade de cada um, esse é um ponto que pra mim é importante.*

Em contraposição a essa visão da subjetividade do indivíduo, o trabalho secularmente oferecido nas instituições para ocupar o tempo e a mente, entreter na doença (Saraceno, 1999), é uma concepção ainda presente no serviço substitutivo, o que pudemos perceber com o retorno da oficina de jornal e aqui sob outro ângulo, conforme esta frase temática:

*E7 Trabalhinhos fáceis pra eles, como colocar, eu vi na televisão, só que não era o pessoal do CAPS, era outro tipo de deficiência, eles simplesmente pegavam, era um pé e eles punham uma meia, iam colocando as meias.*

À época das entrevistas, outubro de 2005, as ações para inserção no mercado de trabalho giravam em torno de encaminhamentos para os centros comunitários e também para algumas cooperativas assessoradas pelo município.

Os fragmentos dos textos indicam outras práticas de inclusão social, via o desenvolvimento do mercado de trabalho, como propostas para um devir:



*E9 Nós temos algumas coisas sim que promove a inclusão social. Agora mesmo está se tentando fazer um acordo com os centro comunitários pra ver se conseguimos alguma coisa de curso profissionalizante, de oficina não terapêutica, oficina de trabalho, coisas que não temos.*

*E11 Temos que ter essa compreensão do indivíduo, mas também tem que ter suporte social, não adianta ter compreensão, saber tudo, mas não ter onde colocar ele. Essas coisas têm que caminhar juntas, ter essas cooperativas funcionando. Agora esse trabalho com as incubadoras da Federal [UFSCar] também funcionando.*

*E11 Agora estamos num segundo momento, nós temos uma quantidade de usuários próprios pra sair pra oficinas de geração de renda, outras atividades e não temos ainda isso bastante estruturado. Também estamos nos sentindo impotentes, que é agora, por isso que nós estamos acelerando essa outra parte.*

A questão do trabalho para usuários de serviços de saúde mental encaminhada conjuntamente com outros setores sociais, utilizando espaços comuns para não criar “guetos”, também se constitui uma proposta.

*E11 Não tem que ter uma cooperativa só de usuários de Saúde Mental, tem que ter uma cooperativa de pão, uma cooperativa que vai participar todo mundo, inclusive quem é da saúde mental.*

*E11 Nem que tenhamos que dar algum suporte, nem que tenhamos que reunir e discutir com eles, mas todo mundo junto. É um outro ponto que só vamos conseguir avançar se conseguirmos abrir para todos.*

Fomentar a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, via a inserção no mercado de trabalho, é uma das recentes diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que estabelece auxílio financeiro aos projetos de inclusão social desenvolvidos em serviços de saúde mental de bases comunitárias. Esta medida, representada pela Portaria Interministerial nº 1.169, de 07/07/2005, é um passo importante para a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois há o reconhecimento de que é preciso o apoio político e econômico para enfrentar as limitações decorrentes da doença psíquica.

Além disso, a atenção à saúde mental com a proposição de alternativas estruturadas e efetivas demonstra a possibilidade de prescindir da assistência asilar e excludente, transformando o modelo de atenção, centrado na perspectiva biológica da doença, em uma abordagem que contemple o indivíduo em sua “existência-sofrimento” de forma abrangente.

Nos discursos foram identificadas as representações sobre práticas no âmbito do CAPS, tanto as que são possíveis de serem realizadas como as que se fazem necessárias e aquelas que a equipe não conseguiu atingir, permanecendo como propostas.

O processo para incluir socialmente as pessoas historicamente retiradas do convívio social e dos meios de produção demanda várias dimensões. Ainda que preconizadas pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, estas não são introduzidas como prática dentro do serviço. Nesse sentido, passamos a analisar, por meio das representações dos entrevistados, os limites atribuídos a essas práticas.

### 3.2.7 Limites para as práticas de inclusão social

Para promover a inclusão social das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, os discursos dos profissionais assinalam muitas questões que limitam ou impedem suas práticas em direção a este objetivo.

Pelas frases temáticas, uma das primeiras barreiras refere-se ao aspecto macroestrutural no qual estão inseridos, no que diz respeito aos recursos financeiros e também as Políticas Sociais.

Quanto aos recursos financeiros, os entrevistados encontram limites para a compra de materiais, para promover atividades em oficinas de trabalho e para cuidar do usuário numa crise:

*E1 O projeto é bom, mas o que acontece na realidade fica a desejar porque você não tem espaço físico, não tem dinheiro, o que tem de verba não é suficiente.*

*E2 Teve um surto psicótico, (...) ele tem que ser visto todos os quinze dias, sábado e domingo inclusive, cadê o recurso pra isso?*

*E9 Essa questão econômica que apesar de passar (...) pela questão política, a econômica é fundamental. Precisa de material para trabalhar.*

*E9 Oficinas de trabalho funcionam legal [observação sobre a experiência do serviço de Campinas], mas tem uma gestão grande de dinheiro, a associação injeta uma grana alta, por isso funciona, porque assim não vai funcionar não, se não tiver dinheiro não anda, não tem jeito, nosso país é esse.*

De acordo com os discursos, os limites encontrados, que têm como base a insuficiência de recursos financeiros para a realização das ações, direcionam a compreensão dos profissionais quanto à inclusão social, como pode ser observado pelas frases:

*E2 Eu tenho dúvidas se eu realizo realmente atos de inclusão social porque os recursos que são disponíveis são muito poucos pra isso...*

*E2 A inclusão social não é (...) uma idéia só, é um esforço, é um trabalho, exige recursos, postura política que está acima do sujeito isolado trabalhando.*

Nesse sentido, está presente nos discursos uma comparação com a experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana no que se refere aos recursos disponíveis para o projeto de transformação:

*E2 Na Itália teria, é isso que a gente perde na tradução da Reforma Psiquiátrica Italiana para o Brasil, perde porque o pessoal escreve um monte de coisas, mas o que eles não escrevem, e eles não escrevem porque eles acham que é óbvio, é a quantidade de recursos que foi colocado...*

*E2 Teve uma fábrica de paper nessa questão da Psiquiatria Italiana, no Brasil virou uma fábrica de paper. Vi muita gente escrever muita coisa com pouquíssimo contato com os pacientes e querendo que as coisas funcionassem a ferro e a fogo, eu tenho muito medo porque os pacientes acabam pagando por isso.*

No processo de desinstitucionalização italiana, o próprio Basaglia (1982) considerou que a Itália não é nenhum “paraíso terrestre”, visto que nesse percurso foram desveladas as contradições sociais. Além disso, algumas pesquisas mostraram que houve problemas em torno desse processo, como, por exemplo, o estudo de Sadigursky e Tavares (1998), o qual aponta o número insuficiente de serviços intermediários na comunidade, as queixas das famílias ao retomar o cuidado dos parentes com longo tempo de internação, etc.

Contudo, isso não invalida as contribuições que essa experiência nos trouxe, ao mostrar que a psiquiatria e todos os instrumentos jurídicos e políticos foram criados para administrar os conflitos gerados pela presença do indivíduo, que destituído de razão, tão valorizada no processo capitalista, precisou ser excluído. Outra contribuição foi demonstrar que o tratamento

destinado ao sofrimento mental pode e deve ser de outra forma, pois há outra maneira de lidar com a pessoa sem desconsiderar sua existência total, como é prática no paradigma psiquiátrico ao focar a doença e não o doente.

Sendo assim, refletir sobre essas questões é essencial. Não é necessário e nem possível copiar os passos dados pelos reformadores italianos, pois são realidades estruturais completamente diferentes, no entanto, muito se pôde aprender e experienciar a partir daquela Reforma.

A área de saúde mental não é a única a apresentar essa insuficiência de recursos financeiros, esta situação se reflete igualmente em outros campos, como na educação e nas áreas sociais, ou seja, no conjunto das Políticas Sociais.

O Estado capitalista tem por função amenizar os conflitos entre as classes sociais e, além disso, compensar os custos e os efeitos perversos ocasionados pelo acúmulo do capital. A um conjunto de medidas adotadas com essa finalidade é dado o nome de Políticas Sociais, as quais visam a minimizar as conseqüências de outras políticas necessárias a esta acumulação (Silva, Barros, Oliveira, 2002).

Dentre essas políticas, está a de Seguridade Social, em que o sistema previdenciário foi apontado nos discursos como promotor de dificuldades pelo cancelamento dos benefícios de usuários e quanto à burocracia para receber o auxílio-doença.

*E2 Um grupo grande de pacientes recebeu alta do benefício social, do auxílio doença, pessoas que estão obviamente incapacitadas de trabalhar, vai fazer um recurso e ter toda uma burocracia que obviamente era desnecessária.*

*E2 O Sistema Previdenciário no momento está tentando se desobrigar de uma série de pessoas que tem o benefício. (...) Com as novas leis previdenciárias, pessoas que precisam do benefício estão perdendo.*

*E3 Vai ter que ir ao médico, dar entrada no INSS de novo, esperar trinta, quarenta e cinco, sessenta, às vezes, noventa dias para uma perícia, avaliar se ele vai ser afastado ou não, tudo sem receber...*

Quanto às dificuldades para efetivar práticas de inclusão social, neste aspecto mais amplo, os discursos ampliam a problemática social das pessoas com transtornos mentais para outras populações também em situação de

fragilização dos vínculos sociais. Na atual conjuntura econômica, as políticas sociais têm apresentado um ritmo lento e têm sido difíceis as transformações necessárias, “promovendo a exclusão social não apenas dos doentes mentais, mas de grande parcela da população que não tem poder de inserção na sociabilidade capitalista neoliberal” (Silva, Barros, Oliveira, 2002, p. 9).

*E3 Existe todo um sistema, não digo só o Previdenciário, existe todo um sistema que não ajuda... Não ajuda a inclusão social e não digo só da saúde mental, ela não ajuda a pessoa analfabeta... (...) O pessoal tem o segundo grau, está difícil pra ele se manter dentro do social...*

*E9 Saúde mental não dá [voto] sabe por quê? Porque hoje ele vem aqui pede voto, amanhã o louco não sabe mais do que se trata. Essa é a visão deles...*

*E11 É um processo histórico que o feio, que o desempregado, não é só o louco, é a prostituta, é o desempregado, é a pessoa marginalizada, se ela não dá lucro, ela não dá voto, não é? Ela não dá nada, não tem nenhuma vantagem, então para que investir, uma vez que o mercado é muito exigente?*

A questão que também se apresenta é a da desvalorização e desmerecimento da pessoa com transtorno mental em relação ao exercício de seu direito político.

Num plano mais particular das estruturas macrosociais, a análise dos discursos desvelou a crítica à política partidária ao se referir à execução de determinadas ações em benefício dos usuários, mediante favores políticos:

*E9 A grande dificuldade é política, novamente, a dificuldade, volta, é vencer essa resistência, as pessoas fazerem um trabalho pela saúde mental, pelas pessoas, não para colocar placa na porta, acho que a grande dificuldade é essa.*

*E9 É ruim isso, é uma intromissão política no CAPS, que não pode haver. Não dá para ter inclusão social desse jeito, não dá.*

Isso demonstra que o trabalho em saúde mental deve pautar-se por ações que estejam acima dos interesses individuais, porque só assim será possível considerar a reabilitação uma exigência e uma necessidade ética (Saraceno, 2001).

O contexto familiar foi pontuado nos discursos como um dos limites para que o serviço consiga promover ações de inclusão social, devido à ausência de envolvimento e de adesão da família no tratamento, o que a leva a ser vista como um dos problemas enfrentados:

*E1 Mas existe uma família por trás, a família não adere ao tratamento, não vem visitar, não vem saber como que é a vida dessa pessoa no CAPS...*

*E1 Não ficar só com o poder público a inclusão, mas acho que a família ajuda um pouco, a pessoa ir buscar o porquê que eu tenho um doente aqui dentro, porque ele adoeceu, o que isso significa, não fechar os olhos, mas pra você chegar nessa realidade não é tão simples assim...*

*E3 A família aceitar e trabalhar em conjunto para ajudar realmente porque a primeira inclusão vai ser na própria família, esse é o primeiro ponto, o fora é a longo prazo, mas na família é o primeiro, acho que essa é a maior dificuldade...*

*E5 Parte mais da educação da própria família mesmo, porque educar a sociedade fica meio difícil, às vezes, você não consegue educar nem a família porque não tem acesso, só da família ajudar já é um grande passo.*

*E6 Aqui já tem reunião de família (...) nem toda família de todos vem, (...) têm uns que a família nunca nem vi...*

Como consequência desse comportamento, segundo os discursos, há ausência de apoio e incentivo do familiar em relação a atividades de lazer, ao estabelecimento de relações sociais, ao desenvolvimento de habilidades e ao respeito ao usuário como uma pessoa com desejos, assim, a dificuldade para a alta do usuário do serviço é afirmada pelas frases temáticas:

*E1 A pessoa está preparada nesse espaço aqui para ter a alta, mas não sabemos como que ele vai ser recebido lá, (...) como essa família vai receber se ela não teve essa vivência, não tratou, não está aqui, não participou? Acho que esse é o grande ponto de interrogação, ao meu ver, do CAPS.*

*E7 Ele não tem aquela liberdade de escolher uma roupa: "eu vou por uma roupa assim porque eu escolhi", não, tem que ser do jeito que a família acha que eles devem ser. Eles vão ficando apáticos, para eles tanto faz, tanto fez, isso eu acho que vai regredindo...*

Historicamente, a assistência à saúde mental baseava-se no isolamento, com a retirada do indivíduo com sofrimento mental do seu meio social, rompendo os vínculos familiares por tempo indeterminado. Dessa forma, a família não participava do contexto do cuidado e era alvo de críticas, por ser considerada responsável pela doença e ainda exercia a função de cúmplice pela internação do seu parente.

Os papéis de culpabilização da família e cumplicidade precedente passaram a ser compreendidos por outra perspectiva com a própria transformação da assistência psiquiátrica. No paradigma da assistência pautada

em serviços comunitários, de base territorial, a família desempenha outro papel, como o de protagonista das estratégias de cuidado e de reabilitação, sendo um dos eixos principais para o sucesso da intervenção com a pessoa portadora de transtornos mentais (Saraceno, 1999).

Apesar do que é proposto e do que já se sabe sobre os benefícios da intervenção familiar para o processo de reabilitação da pessoa com transtorno mental, ainda são visíveis as dificuldades de envolvimento e adesão ao tratamento. Mas por que as famílias se comportam desse jeito, por que “fecham os olhos” ao que é oferecido no contexto do serviço, mesmo estando em uma situação de sofrimento?

Embora algumas frases temáticas tenham sugerido culpabilização das famílias pela exclusão social da pessoa com transtornos mentais, e não mais pela doença como antigamente, por outro lado,

*E9 A família eu não vejo como o grande problema, ela faz parte da doença, apenas isso.*

*E9 Família é a dificuldade? Família é uma grande dificuldade, mas a família está tão doente quanto o usuário. A dificuldade aí é técnica, mas é uma coisa que é possível se tivermos instrumentos pra isso, se tiver uma equipe grande, por exemplo, que não temos, nossa equipe é mínima, é pequena.*

Esse parece ser o motivo que torna a família um dos limites das ações de inclusão social, pois sem intervenção técnica não há meios de tornar a família parte integrante do tratamento.

Neste novo modelo de assistência, a família tem de fazer parte dos objetivos do serviço, não há mais como negar a necessidade de participação dos familiares na dinâmica do serviço ou atribuir a ela responsabilidades pela doença. Há urgência no investimento de ações para que a família participe na implementação das ações de inclusão e que também possa ser cuidada.

Assim, ela precisa ser ensinada a cuidar do seu familiar em sofrimento mental, o que significa ficar junto, conviver sem imposições para que a realidade do outro seja diferente, “simplesmente, estar disposto, disponível, possibilitando que encontre um equilíbrio que o ajude a viver, que o insira socialmente” (Vianna, Barros, 2004, p. 226).

Para isso, os profissionais precisam ser capacitados tecnicamente e também desenvolver sensibilidade para lidar com as famílias em outra abordagem. As necessidades dos recursos humanos nesta área são tratadas na próxima categoria analítica, por ser mais oportuna na discussão da mudança de modelo assistencial.

Outro limite apreendido pela análise dos discursos refere-se à dificuldade de inserção produtiva. A impossibilidade do usuário exercer um trabalho com valor social é reiterado como um limite para as práticas de inclusão social por meio das frases temáticas:

*E4 Trabalhamos muito isso “você podem ir ao centro comunitário, você podem ir ao cinema, você podem...”, mas a gente sempre barra na questão financeira, na questão do trabalho, da autonomia mesmo de condição financeira e eles não... Ainda não atingimos isso para eles.*

*E4 O que me preocupa é eles se tornarem autônomos de alguma forma, eles só recebem benefício da Previdência, a questão do trabalho acho que falta muito ainda para trabalharmos, para conseguir reabilitar.*

Na concepção dos profissionais, os limites para a prática de inclusão social giraram em torno do aspecto macroestrutural, ou seja, das políticas sociais e econômica de nosso país; da exclusão no mercado de trabalho e, ainda, das próprias famílias, culpadas pela não adesão ao serviço para receber também o tratamento. Por outro lado, os discursos desvelam que o problema não são as famílias, mas sim a insuficiência de ações voltadas para a efetiva intervenção familiar.

### 3.2.8 Instrumentos

Considerando instrumentos ou meios aquilo que o trabalhador coloca entre si e o objeto de trabalho, o saber constitui parte indissociável das transformações que se operam no modelo assistencial (Campos, 1998).

A fundamentação teórica que embasa as práticas dos profissionais no CAPS estudado refere-se às proposições da Reabilitação Psicossocial, aos



conceitos de ambiência, núcleo e campo, “equipe ampliada”. Além disso, a experiência do Hospital Cândido Ferreira, que promoveu transformações em seu espaço asilar, influencia o cotidiano do serviço, segundo os discursos.

O conceito de Reabilitação Psicossocial foi mencionado por não considerar o tratamento e a reabilitação separadamente, mas sim como partes do mesmo processo. Goldberg (2001) afirma que o tratamento e a reabilitação são dimensões indissociáveis, o processo de reabilitação implica tratamento contínuo.

A reabilitação da pessoa com transtorno mental foi concebida como um processo lento, de passo a passo e também complexo.

*E3 É lento isso, é muito difícil falar da reabilitação, da inclusão social em doença mental porque quando você fala dá impressão que é uma coisa simples, quando você coloca em palavras, não dá? Não, você entra em contato com o centro comunitário e tal, mas o ir, o levar essa pessoa lá, às vezes são várias idas e vindas, meses...*

Foi evidenciado, também, que a atitude do profissional, na sua relação com o usuário, é importante no início do processo de reabilitação, o que está de acordo com os preceitos da Reabilitação Psicossocial. Para Saraceno (2001), relacionar-se de forma a acolher o usuário faz parte da variável do microcontexto do serviço de reabilitação. Este nível “da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc. que se tem nesta relação” (p. 17). Nesse sentido, os discursos mostram-se coerentes com estas proposições.

*E10 Penso que a reabilitação começa numa atitude (...) que envolve respeito, a maneira como você olha para o outro, que no caso é o usuário e como vai desenvolver com ele o resgate dos projetos de vida.*

*E10 Prezo muito essa questão do micro. Está dentro dessa atitude, das pequenas coisas, da maneira como você olha para a pessoa, como que vai envolvê-la no tratamento...*

*E10 Mesmo em como ela vai escolher para onde quer ir no território, o que ela quer fazer no território, o que vai ser importante para a vida dela. Estamos buscando alternativas que acabam nascendo do próprio usuário.*

*E10 Começamos a trabalhar isso desde o acolhimento porque no acolhimento você está ouvindo o outro, está conversando e mostrando que ele pode estar ali junto com você depois, pensando no planejamento do tratamento dele...*

A relação entre profissional e usuário é de outra ordem, eles devem buscar juntos o melhor direcionamento para as questões, pois do contrário estabelece-se uma relação hierárquica em que um dos lados é anulado em detrimento do saber científico do outro. Ou ainda nas palavras de Salles (2005), “é no sentido de promoção de saúde que se confere a importância de estabelecer com os pacientes uma relação horizontal” (p. 99).

Outro conceito desvelado é o de ambiência, que teve origem com a experiência do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. A ambiência é o modo de se relacionar com o usuário, em que o ambiente proporcionado pela equipe é o mais favorável possível para a realização de trocas entre os profissionais e os usuários, entre os próprios usuários, em momentos de lazer e descontração, de atividades de alimentação e de repouso. Nestes espaços, informais se comparados com um setting da clínica tradicional, são realizadas algumas intervenções.

*E9 Não sei nem se eu poderia considerar como inclusão social, mas acho que ajuda, o que fazemos de ambiência (...) porque as pessoas acabam vendo a gente sem aquele olhar temerário.*

*E11 Consideramos ambiência como o setting terapêutico, porque ele fica aqui, conversa e todos os profissionais, toda a equipe faz a ambiência.*

*E11 Então está ali, conversando e quando na ambiência surge alguma situação que é importante, tem coisas que eles falam na ambiência que demora meses para falar num processo terapêutico, mas ele está ali, descontraído, ele fala...*

A ambiência é favorecida pela própria arquitetura do serviço, em que a “presença de salas de estar, cozinha, quartos e a livre circulação apontam para a reprodução do sentido que uma casa carrega. O ‘lugar’ aonde o paciente pode construir seus próprios espaços e sentir-se à vontade também para a simples convivência” (Guljor, 2003, p. 138).

Essa maneira de lidar com o usuário causou certa resistência inicial por parte da equipe. O comportamento de resistência faz parte do enfrentamento com aquilo que é novo, pois isso pode causar insegurança, e o mecanismo de defesa é opor, agarrando-se às posturas e crenças do modelo anterior de tratamento, como pode ser observado no discurso.

*E11 No começo tivemos resistência da própria equipe interna do CAPS (...) onde já se viu paciente ficar andando aqui? Eles desconsideravam ambiência, achavam que tinha que ser atendido e ir embora.*

Neste espaço, o trabalho é desenvolvido sob dois conceitos, o núcleo e o campo. O campo de competência é um espaço de intersecção dos principais saberes de uma área, no caso a saúde mental, sem a centralização das ações em uma única especialidade profissional. Já no núcleo de competência estão presentes ações atribuídas especificamente a uma dada especialidade profissional (Campos, Chakour, Santos, 1997).

*E11 Nós trabalhamos um pouco com o embasamento do Gastão que é núcleo e campo. Cada um faz o seu núcleo (...) e o campo todo mundo faz. O campo é a ambiência, o campo é fazer oficina, cada profissional é responsável por duas oficinas, isso é campo de todo mundo. (...) Temos esse embasamento teórico.*

A “equipe ampliada” foi definida pelos discursos como uma maneira de trabalho em equipe, adotada pelos profissionais, em que todos os funcionários são considerados membros da equipe e participam da reunião semanal com direito comum de fala e participação:

*E11 Uma outra coisa que temos trabalhado também como embasamento é a questão da equipe ampliada. Todo mundo faz parte da equipe do CAPS: o guarda, as mulheres da cozinha. (...) Todos fazem ambiência.*

E ainda,

*E11 Também uma das fundamentações que seguimos é o Cândido...*

A experiência do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), realizada no âmbito da filantropia em articulação com o setor público, no processo de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde iniciado em 1990, representou grande transformação na assistência em saúde mental do município. Houve a redução de leitos dos nove hospitais psiquiátricos estaduais, a criação de hospitais dia ou centros de atenção psicossocial, oficinas de trabalho – Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT) e terapêuticas, cooperativas de trabalho, além de Serviços Residenciais Terapêuticos (Cabraia, 2004).

O serviço de Campinas destacou-se nos anos 90 no processo de transformação do modelo assistencial ao tentar superar as internações psiquiátricas como forma exclusiva de tratamento e propor ações de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial objetivando seguir os princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica (Mostazo, Kirschbaum, 2003).

### 3.3 Modelo Assistencial

Durante séculos a assistência para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico centralizou-se no modelo asilar que, fundamentado no paradigma psiquiátrico com o seu objeto de intervenção, a doença mental, destinava ao indivíduo um tratamento excludente.

As primeiras experiências de mudanças dessa forma de assistência tiveram início na década de 1940. No plano teórico, em 1960, na Inglaterra, a Antipsiquiatria, cujos formuladores foram Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, constituiu-se no primeiro movimento que veio romper com a lógica do modelo assistencial vigente, a partir da crítica radical ao papel do hospital psiquiátrico e ao paradigma biomédico, colocando em discussão seus saberes e práticas (Amarante, 1995).

Todavia, a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana concretizada no final da década de 1960 e na década de 1970, dentre as outras reformas desse período, é uma das principais transformações de modelo assistencial, ao propor a desinstitucionalização do aparato manicomial, questionando o mandato social de exclusão da psiquiatria (Amarante, 1995).

Direcionar o olhar para a pessoa em sua “existência sofrimento” e o processo de negação da prática psiquiátrica e do paradigma manicomial constituíram, por meio das experiências surgidas, o paradigma psicossocial que apresenta ampla abordagem de cuidados em saúde mental, no qual estão envolvidos diversos atores numa perspectiva de desconstrução de valores (Guljor, 2003).

O modo psicossocial é definido por quatro parâmetros básicos que são as concepções: do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos; da organização das relações intrainstitucionais; das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral; e a concepção efetivada

dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003).

Nesta outra modalidade de atenção, a finalidade das ações assistenciais interdisciplinares recai sobre a questão da inserção social das pessoas com transtornos mentais, em contraposição ao modelo asilar e excludente. Assim, o olhar se direciona para os outros aspectos da vida do indivíduo e suas necessidades de ordem biológica, social, cultural e econômica, não mais tendo a cura como meta das intervenções e, sim, o exercício da contratualidade, a despeito das limitações impostas pelo sofrimento psíquico.

As transformações da prática assistencial em saúde mental citadas passam a ter influências no Brasil a partir da década de 1980, quando o termo psicossocial designa “os novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico” (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003, p. 19).

Ainda de acordo com estes autores, ao optar por estruturar as diretrizes políticas da saúde mental e as suas práticas na lógica do Modo Psicossocial, assume-se o conceito de desinstitucionalização no que diz respeito ao seu aspecto de crítica e desconstrução do paradigma psiquiátrico (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003).

Assim, a concepção de desinstitucionalização e os preceitos da Reabilitação Psicossocial “perpassa todo o discurso de modelo assistencial que vem sendo implantado e tem sido um norte e um argumento para a política dessa área” (Cabraia, 2005, p. 104). Nesse contexto é que os CAPS atuais, inspirados no CAPS e nos NAPS da década de 1990, tornaram-se, com base na Portaria 336/02, uma modalidade de serviço.

Dessa forma, os CAPS, principais dispositivos de mudanças de modelo assistencial, enfrentam um momento de transição paradigmática, do paradigma dominante, o psiquiátrico, para o paradigma emergente, a Saúde Mental (Barros, 2004).

Para tratar da mudança de modelo, utilizamos as proposições de Campos (1992), que considera modelo de atenção um “conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político”, configurando-se algo que não é apenas técnico e nem mesmo só político. O modelo de atenção deve ser um projeto composto por “interesses e necessidades da sociedade, das noções disciplinares, de diretrizes políticas e dos modos de gestão dos sistemas públicos” (p. 16).

Campos (1992) coloca ainda que o projeto de reforma da saúde é muito anti e pouco pró e, nesse sentido, não foi possível desconstruir as práticas tradicionais de saúde, pois ocorre muito mais críticas do que propostas alternativas de atenção. Não que as críticas não devam existir, mas o modelo deve ser “uma negação que afirma”, estando presente o compromisso em relação às necessidades do cotidiano.

No campo das diretrizes políticas podemos considerar que a aprovação da Lei nº 10.216 representa uma conquista no processo da Reforma Psiquiátrica ao dispor sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Destacamos ainda algumas medidas que oferecem subsídios importantes para a mudança de modelo de atenção e o enfrentamento da exclusão social. As Portarias 189/92 e 224/92 instituem oficialmente os CAPS e NAPS, e a Portaria 336/02 diferencia os CAPS em grau de complexidade, bem como dispõe sobre a criação de mecanismo próprio de remuneração para a rede de CAPS. Já a Portaria GM nº 1.169/05 apóia financeiramente projetos de inclusão social vinculados a serviços comunitários e de base territorial.

Claramente esses são direcionamentos consideráveis para o contexto de mudanças, contudo estas não ocorrem apenas com base nas diretrizes políticas, sendo necessário compreender outros aspectos que as envolvem. Ou seja, não é somente o conceito teórico que basta para a transformação, pois sendo um processo complexo, também estão presentes vários fatores “para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diversos atores sociais participantes do jogo social” (Amaral, 1997, p. 294).

Desse modo, é importante apreender as representações que um dos atores desse processo, os profissionais, possui acerca do modelo assistencial no qual está inserido. Nesta categoria, os temas apreendidos foram a política de saúde mental, o CAPS, os recursos humanos e a concepção de doença mental.

### 3.3.1 Políticas de saúde mental

A análise dos discursos revela críticas ao processo da Reforma Psiquiátrica quanto à insuficiência de recursos terapêuticos, com a redução dos leitos psiquiátricos, ante a expansão dos serviços substitutivos. O “erro” desse processo é atribuído à ausência de técnica para lidar com o transtorno mental na crise, ao considerar que os CAPS não são verdadeiramente substitutivos:

*E9 Não essa inclusão ética, mas a inclusão com os instrumentos técnicos mesmo, que é o grande pecado da atual Reforma Psiquiátrica. Com uma preocupação muito ética, ela esqueceu de ser técnica, esqueceu de ser terapêutica, eu acredito.*

*E9 Nós temos pacientes aqui que se não forem internados em um momento ou outro vão acabar se matando. Se você tem a opção de pegar esse sujeito e amarrar numa cama (...) é um mal pra pessoa? Não, é um bem. Tem que entender um pouco melhor essa questão antes deles tomarem decisões como tomaram, acho que nisso a Reforma pecou.*

A ausência de um serviço com leitos psiquiátricos para atendimento de emergência na cidade traz a idéia de necessidade do hospital psiquiátrico, assim, surge a sua defesa, como discutido anteriormente.

Em contrapartida, o investimento e a presença dos CAPS são vistos como facilitadores do processo de inclusão social:

*E3 O que está facilitando a inclusão social é que se mudou, existe uma Reforma Psiquiátrica, então só a formação do CAPS já é um ponto para inclusão social.*



Convive-se com dois modos de atenção à saúde mental, o tradicional, centrado na internação em hospitais psiquiátricos, cujo número de leitos ainda é alto, e, concomitantemente, a expansão dos números de CAPS que chegou a 800 serviços em funcionamento.

O hospital psiquiátrico faz parte do modelo assistencial que está sendo construído ao dar suporte às internações, visto que o número de equipamentos na modalidade CAPS III, que conta com leitos para internações breves e funcionamento 24 horas, é insuficiente. Além do CAPS III, outra medida necessária é a ampliação do número de leitos em hospitais gerais e em outras unidades de menor porte, as quais têm no máximo quinze leitos (Brasil, 2005).

A crítica à Reforma Psiquiátrica ainda é direcionada à maneira de se referir ao transtorno mental como “loucura”.

*E2 Um dos problemas da Reforma Psiquiátrica era o ódio quase mortal à questão técnica, universitária, do estudo da psicose. Tem gente que não fala em psicose, vai falar em loucura, um termo geral, literário. Tentar tratar da doença mental como uma questão literária eu acho ruim, um crime com os pacientes.*

A loucura já teve lugar privilegiado na história, na Grécia Antiga, quando tinha a compreensão de algo divino. Porém, a imagem literária remonta à Antiguidade Clássica, período em que a desrazão, que nem sempre foi colocada num lugar de exclusão, era valorizada. A situação foi invertida quando a loucura passou a ser designada como doença mental no século XVIII, ao se tornar objeto do saber médico. A razão ocupava lugar de destaque e a loucura precisou ter espaço próprio para sua terapêutica. Posteriormente, e nos dias atuais, dadas as transformações ocorridas pelas reformas psiquiátricas, a doença mental mudou mais uma vez de conceituação e, por influência da experiência italiana, o indivíduo “louco” passou a ser considerado um sujeito em uma “existência-sofrimento” (Silveira, Braga, 2005), para o qual a terapêutica opta pela primazia da liberdade.

No âmbito municipal, em São Carlos, a construção de outro modelo de assistência em saúde mental acompanhou mudanças de gestão em outras

áreas, o que foi pontuado nos discursos como benéfico para efetivar relações intersetoriais, sobretudo com os centros comunitários.

*E9 Isso é uma briga antiga nossa, (...) essa inclusão dos centros comunitários no projeto, só que eles nunca aceitaram isso. Agora com as chefias novas estão tentando pra ver se consegue, aí vamos ter um instrumento um pouco mais aflorado de inclusão social, que é a oficina de trabalho.*

*E11 Começou a reavaliar tudo, mudar o modelo e esse modelo não foi mudado só na Saúde Mental, foi junto à [Secretaria da] Cidadania, começou a desmontar aquela forma assistencialista...*

*E11 Os centros comunitários começaram a ter uma visão de geração de renda e começamos a entrar junto. Foi todo mundo caminhando, desconstruindo e construindo junto.*

*E11 Se achar que a saúde mental faz inclusão sozinha é mentira e que é uma responsabilidade só da Secretaria da Saúde é mentira, porque vamos fazer o modelo antigo que é dar remédio, receita e falar para ele voltar daqui a dois meses na consulta.*

*E11 Não mudamos modelo se formos ter essa visão de trabalhar sozinho.*

Podemos observar que a intersetorialidade, como uma das bases para o desenvolvimento das práticas de inclusão social, aparece nos discursos de maneira recorrente. É consenso entre os autores que, quanto à construção de rede de atenção e rede social, a intersetorialidade é um dos aspectos primordiais e, assim, para a transformação de modelo assistencial:

*“A proposta de uma mudança de paradigma na Saúde Mental deve considerar a pertinência de ações que transponham seu campo específico caminhando em direção à intersetorialidade. Não apenas em relação à organização de serviços, mas também no que se refere à necessidade de transformação da forma de olhar para a questão da loucura que perpassa todos os espaços da sociedade” (Guljor, 2003, p.125).*

As modificações ocorridas em outras áreas do município e especificamente na saúde mental são atribuídas nas frases temáticas ao apoio da gestão municipal:

*E11 Hoje temos um Secretário que apóia completamente todas as ações, está junto, briga junto, temos avançado nisso.*

*E11 Na verdade só avançamos porque tivemos um governo que pregava isso, que dava um incentivo, que é isso que acreditava. Por isso que todas as Secretarias tiveram esse desmonte e começamos a montar junto.*

Contraditoriamente, acredita-se que não há uma diretriz homogênea para as questões da saúde mental, como pode ser observado pelo discurso:

*E9 Existe uma dificuldade econômica que passa pela política. A gente não é prioridade, por exemplo, para o Conselho Municipal de Saúde. Não é prioritário para a Secretaria.*

Observamos que as frases temáticas apontam concepções em direções contrárias, o que pode ser causa de conflitos. Contudo, os mesmos não emergem substancialmente para que possam ser debatidos e, dessa forma, buscadas as soluções.

### 3.3.2 CAPS

#### 3.3.2.1 Desconstrução do modelo anterior

Na cidade de São Carlos, anteriormente à implantação do CAPS em 2002, o atendimento à saúde mental era basicamente ambulatorial. A presença do CAPS, de acordo com as frases temáticas, inicialmente enfrentou resistências de outros serviços de saúde do município, como, por exemplo, dos próprios funcionários das Unidades Básicas de Saúde, da direção dos centros comunitários, das famílias e dos próprios funcionários do CAPS.

*E11 Tivemos que lidar com cada região uma resistência, eles não queriam a gente, não queriam a saúde mental, tinham medo.*

*E11 Cada bairro tinha uma forma de aceitar, uma resistência. Fomos caminhando junto.*

Neste sentido, é afirmado pelas frases temáticas que o processo de desconstrução da forma anterior de tratamento ocorre a partir da sensibilização das pessoas que compõem as instâncias administrativas e gestoras do município para a aceitação de uma nova forma de cuidado em saúde mental que promova a inclusão:

*E11 Só avançamos na reabilitação se tiver rede social e essa só construímos se conseguirmos primeiro sensibilizar as pessoas que agora existe um novo modelo, que agora o tratamento é na comunidade...*

*E11 Só conseguimos fazer a inclusão se temos parceiro e esse parceiro tem que ter uma visão de reabilitação...*

Dessa forma, observamos que os discursos apontam para a necessidade de compreensão de uma nova condição do sujeito portador de sofrimento psíquico por parte dos demais atores envolvidos no contexto do cuidado, o que se apresenta relevante para a mudança de modelo.

A transformação do modelo tradicional de intervenção em saúde mental, é um processo lento e depende também do trabalho de sensibilização e conscientização da própria equipe, segundo os discursos analisados.

O outro pólo de resistências para a nova modalidade de tratamento representada pelo CAPS, na concepção dos profissionais, foram as famílias:

*E11 Tivemos severas críticas porque primeiro a família achou que era um absurdo, como que ela vai ter trabalho se antes ela ficava de férias? (riso) Tivemos que desconstruir. É um processo de desconstrução mesmo.*

*E11 Só vamos conseguir fazendo com que ela [a família] entenda a mudança de modelo, fazendo com que entenda que hoje ela não fica mais de folga porque ela estava acostumada no outro modelo que ficava de folga...*

Mas, contraditoriamente a essa culpabilização, o sofrimento das famílias é reconhecido:

*E11 Também para elas o internar é um sofrimento, ela também sofre com a crise, sofre com esse processo e o CAPS possibilitou a estabilização disso.*

A consideração de que as famílias não se responsabilizavam pelo seu familiar, delegando para o hospital psiquiátrico a tutela, é um dos reflexos dos papéis de culpabilização e de cumplicidade atribuídos às mesmas no modelo tradicional (Saraceno, 1999).

Por outro lado, essa “folga” também pode ser compreendida como o desejo das famílias de sentirem-se “normais” e assim poderem se reorganizar na ausência do indivíduo com transtorno mental, pois sua presença “escancara o que não pode ser feito, o que não pode ser dito – a impotência da família na

convivência com o doente mental” (Vianna, Barros, 2004, p. 227), o que não deixa de ser um sofrimento.

Para que seja fornecido um suporte adequado às famílias nesse novo modelo de atenção, que tenha sentido e responda às implicações dessa problemática, é preciso que os profissionais adquiram conhecimento das representações que as famílias possuem sobre as experiências singulares de convivência com o seu familiar adoecido (Colvero, Ide, Rolim, 2004), o que desenvolverá um outro olhar para a conduta dos familiares.

### 3.3.2.2 Construção do modelo atual

Os CAPS são dispositivos que devem estimular a reintegração social, visto que têm por meta a construção da autonomia e contratualidade dos usuários. Nesse sentido, as ações desenvolvidas no CAPS são reveladas nos discursos com a finalidade de promover a inclusão social:

*E1 O objetivo do CAPS realmente é esse, é o carro chefe a inclusão social do paciente.*

*E3 [O CAPS] é a porta da inclusão social é a melhor coisa que aconteceu para a inclusão, desde os mais comprometidos, porque temos aqui uns bem comprometidos, até aqueles que estão melhores, mais estabilizados.*

*E5 Todo objetivo do CAPS pode colaborar com que o paciente consiga ter uma inclusão social...*

*E9 [Sobre ações de inclusão social realizadas] As atividades terapêuticas no final das contas têm o objetivo de inclusão social.*

Contudo, considera-se ainda que o CAPS, por si só, seja a inclusão social, o que reforça a concepção de que a internação exclui porque isola, afasta da família e impede a circulação das pessoas pelos espaços.

*E1 O CAPS é uma coisa que está surgindo, faz parte dessa inclusão porque o indivíduo deixa de ter aquele modelo antigo de ficar internado, alienado do mundo, como se ele fosse um animal...*

*E1 Esse modelo mais casa aberta, tem a liberdade de sair, faz coisas que o cidadão comum faz, que é tomar um ônibus, vir.*

*E3 O que é o CAPS hoje? O CAPS é inclusão social, não é? Ele é inclusão social, é o ponto de partida, o fato do paciente estar saindo dos hospitais e vindo para cá, os usuários já estão tendo a inclusão social na própria família.*

*E3 O CAPS já é a porta da inclusão social porque não tinha, era hospital psiquiátrico ou fundo de casa amarrado.*

*E8 Só que aqui dentro, como entendo, é inclusão.*

*E9 O CAPS está no meio do caminho, é um aparelho, um instrumento transitório entre a radicalidade do hospital e a inclusão social.*

A segregação que o hospital psiquiátrico representa é uma das faces da exclusão social, uma vez que a pessoa com transtorno mental pode estar fora desse serviço e ainda assim estar excluída, por não conseguir exercer suas trocas sociais e permanecer num contexto de vida muitas vezes sem significados ou transformações concretas que produzam movimentos de inclusão social.

Desse modo, Salles (2005), na pesquisa em que procurou analisar o cotidiano das pessoas no período entre as hospitalizações psiquiátricas, concluiu que, mesmo não estando internada, a pessoa com transtorno mental continua excluída em decorrência da ideologia manicomial que “ultrapassa os muros do manicômio e passa a ser concretizada nas relações do paciente mesmo quando ele está fora da internação, na comunidade” (p. 212).

Por outro lado, as frases temáticas afirmam que a inclusão proporcionada pelo CAPS não esconde a posição de excluído dos seus usuários, apenas atenua esse papel:

*E8 Agora inclusão é aqui dentro porque aqui já incluiu, embora sendo excluídos aqui abate mais essa palavra, inclusão com exclusão. Acho que a palavra inclusão abate mais a palavra exclusão que é mais forte.*

*E8 Aqui é um lugar que eles se sentem bem, (...) não sentem mais a palavra forte que é a exclusão.*

*E8 Eles estando aqui estão mais livres (...) da exclusão social, embora eles estão incluídos na exclusão social por estar aqui, é uma coisa muito difícil de entender, não é?*

A inclusão pela exclusão, ou seja, os usuários estão incluídos em um lugar, o CAPS, por serem excluídos de outro, da vida em sociedade. Será essa a única inclusão possível de ser realizada pelo serviço? O CAPS também é

visto como uma estratégia para impulsionar a inclusão social ao enfrentar a cultura estigmatizante, ao buscar construir rede social, ao estimular a autonomia do usuário, ao evitar internações e por possibilitar outras formas de tratar o sujeito:

*E1 Então se o CAPS não atingir essa meta [proporcionar autonomia] eu acho que ele não está atingindo muito o objetivo dele não.*

*E2 [Possibilidades para inclusão social a partir do CAPS] O fato das pessoas estarem aqui com a disposição de fazer alguma coisa diferente. O fato de criar um obstáculo às internações desnecessárias...*

*E4 Tudo isso é trabalho que precisa estar ampliando porque ninguém está acostumado a lidar, temos que fazer isso, o CAPS tem esse papel (...) Não adianta as pessoas não aceitarem, eles têm o direito, agora por outro lado o outro não sabe como estar lidando com essa realidade nova, então a gente tem esse papel sim de estar buscando ampliar essa rede, estar informando.*

*E10 As possibilidades do CAPS são muitas porque quando vai pensar em tudo o que o CAPS se propõe, do que a gente consegue ler e algumas experiências que conhece, que são bem-sucedidas, percebe que esse equipamento, que vem para substituir, tem inúmeras possibilidades para a inclusão.*

Assim, se o CAPS não executar seu projeto institucional de acordo com os princípios que a Reforma Psiquiátrica lhe atribui, rumo à inclusão social, a mudança de modelo fica comprometida, atravancada, reproduzindo a lógica baseada na exclusão, não mais pela contenção física ou química, mas sim pela não viabilização de ações imprescindíveis a esse processo.

Para tanto, as frases temáticas apontam que os CAPS precisam de investimentos, caso contrário, exercerão o papel de meros reprodutores de ações assistencialistas:

*E2 Eu faço uma coisa que começou lá com Getúlio Vargas, que é a situação paternalista do Estado em relação ao cidadão. O Brasil começou por aí, não acho que é de todo errado, mas é completamente atrasado, anacrônico...*

*E9 A tendência se continuar do jeito que está é a transformação do CAPS em pequenos manicômios. A verdade nua e crua, se não der verbas, se não se transformar isso em prioridade e se não se encontrar formas de comunicar, mostrar para a população que isso existe, isso é real, isso é legal, é bom.*

No Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em 2004, foi constatado que esse equipamento tem sido alvo de críticas por parte de alguns militantes do movimento da Reforma Psiquiátrica, assim como de trabalhadores e

gestores que pedem a atenção para o risco de “manicomialização” desses serviços. Diante desse quadro, é preciso um mecanismo de avaliação interdisciplinar, a fim de compreender e analisar os processos de gestão e assistência dos CAPS. Um instrumental metodológico de avaliação deve contemplar a constituição plural e interdisciplinar desses serviços, e nesse intuito defende-se que esse instrumento seja construído a partir da esfera da saúde coletiva, juntamente com a saúde mental (Onocko-Campos, Furtado, 2006).

Assim, a avaliação é um dos pontos importantes para certificar que não haja reprodução da lógica manicomial nesses serviços, já que isso compromete a mudança de modelo de atenção à saúde mental e implica estar:

*“construindo mecanismos de exclusão e medicalização mais sutis do que aqueles vigentes nos asilos. A ressignificação do campo da Saúde Mental nos remete a uma discussão complexa na qual se colocam questões políticas, éticas, culturais, sociais e psicológicas”* (Koda, 2003, p. 85).

Quanto à estrutura física, o espaço onde funciona o CAPS foi um dos temas dos discursos, que assinalam a necessidade de ser este um lugar mais amplo, com mais salas e também com mais “tranqüilidade”.

O CAPS em questão funciona num casarão antigo, no centro, próximo à principal rua de comércio da cidade. A implantação do serviço num bairro, junto aos recursos comunitários, é uma inversão visível do modelo hegemônico, pois os dispositivos hospitalocêntricos funcionam geralmente em lugares afastados, onde os seus internos mantêm-se alheios ao que acontece na cidade.

A instalação dos CAPS em “casas” possibilita que os usuários ao terem acesso à vizinhança e aos estabelecimentos comerciais – “irem e virem da padaria, comprarem guloseimas no baleiro do ponto do ônibus, enfim, vivenciarem a rotina do lugar – desenvolvam em si e na comunidade o sentimento de pertencimento” (Guljor, 2003, p. 138).



Contraditoriamente a esta proposição, mas de acordo com a lógica manicomial, é referida nas frases temáticas a necessidade de um lugar mais afastado:

*E9 Um espaço mais amplo, térreo, uma chácara, onde o pessoal tenha um espaço, onde possa ter uma quadra. Um espaço fundamental porque nós temos pacientes que ficam andando o dia todo, esquizofrênicos.*

*E9 Eles se sentem muito melhor quando eles têm contato com a terra, com o chão, com grama pra sentar.*

Este discurso traz à memória imagens de pessoas internadas no hospital psiquiátrico, com os seus comportamentos “indesejados” (sobretudo, pela direção da instituição, cuja preocupação era acentuada às vésperas da visita do PNASH) de andar sem rumo e permanecer sentadas ou deitadas no chão.

Basaglia (2005) descreve as pessoas institucionalizadas, cujos sintomas apresentados são confundidos muitas vezes com a própria doença e constituem uma síndrome: “a apatia, o desinteresse e o lento e monótono caminhar de cabeça baixa, sem rumo, pelos corredores ou pelos pátios fechados” (p. 50).

Os CAPS têm a possibilidade de romper com essa lógica, a partir do momento em que concretamente “promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida” (Brasil, 2004a, p.18).

### 3.3.2.3 Projeto terapêutico

O CAPS tem por objetivo a reconstrução dos vínculos sociais, familiares e comunitários, e para tanto deve estimular a autonomia, gradativamente, para que o usuário não desenvolva dependência ao tratamento e ao espaço do serviço. A alta, nesse sentido, é conseqüência da estruturação dessa rede social, da condição psíquica e do projeto terapêutico desenvolvido com o usuário (Brasil, 2004a).

A alta do usuário do CAPS, bem como a sua permanência e o aparente conforto ao estar no serviço, foram aspectos abordados nos discursos.

A alta desse serviço refere-se ao desligamento do usuário para a continuidade do tratamento na Unidade Básica de Saúde e, de forma gradativa, também é estimulada essa saída com os familiares:

*E3 A alta aqui a gente vai construindo com eles (...) O que é a alta? Eles são encaminhados para dar continuidade ao tratamento na região, no posto de saúde do seu bairro, onde eles vão ter o acompanhamento medicamentoso.*

*E3 Então eles podem ir pra casa, voltar às atividades de vida diária, nem sempre estão aptos para o trabalho...*

*E3 Nós vamos sentir como que é essa ida dele, esse ficar lá, que automaticamente ele vai refletir, quando vem para os atendimentos ele reflete, a família também reflete.*

Pode-se inferir que a alta tem sido realizada sem suporte efetivo da rede social, apenas com alguma atenção fornecida aos familiares com o intuito de prepará-los para a permanência do usuário em casa por períodos maiores do que se estivesse freqüentando o CAPS. Para o trabalho, são considerados indivíduos incapazes e, portanto, improdutivos e inadaptados, reiterando a representação do senso comum.

Assim, quando a pessoa é desligada do CAPS, o tratamento continua de forma medicamentosa, o que está de acordo com o modelo de atenção psiquiátrico, em que o enfoque é dado ao aspecto clínico biológico e a resposta para as demais situações da vida é farmacológica.

As frases expressam a dificuldade para “dar” alta, pois nada está sendo construído no território:

*E1 Passou por aqui um momento, estabilizou, melhorou, precisava ter uma continuação do CAPS lá fora, um projeto ligado que você pudesse estar trabalhando com essa pessoa num espaço diferente, que não fosse como o CAPS, eu acho que isso ajudaria também na inclusão.*

*E1 Não criar outras coisas lá fora, que vai ser uma extensão do nosso serviço, fica meio que “vou nadar, nadar, nadar e vou morrer na praia” porque eu não tenho para onde enviar essa pessoa.*

*E11 Estamos precisando ter alta e não queremos simplesmente dar alta, queremos construir rede.*

*E11 Temos essa preocupação de saber que ele vai estar engajado em alguma coisa porque se não, não faz diferença, se não, estamos só fingindo que é CAPS.*

*E11 Se não tivermos essa preocupação é ambulatório. Ambulatório dá alta e você não está nem um pouco preocupado com o que ele vai fazer lá fora.*

*E11 Temos cuidado bastante pessoas aqui por enquanto não avançamos nesses projetos de geração de renda, de estrutura lá fora.*

Entretanto, o não “dar alta” não é compreendido como um cuidado, uma forma de dar sustentação ao indivíduo enquanto não há suporte de rede, ao contrário, traz a representação de que o próprio usuário é quem “quer” manter esse vínculo com o serviço.

*E8 Acho que eles estão incluídos, mas eles fazem por onde ficar mais um pouco, a gente vê isso em uns (...) que podiam entrar na sociedade.*

*E8 Eles gostam daqui, ficam até feliz de ficar aqui, (...) não se importam mais de ficar aqui com a exclusão social, eles acham que estão num lugar bom...*

*E8 Tem que haver uma mudança no CAPS, uma coisa mais, não severa, mas mais radical.(...) Os excluídos e incluídos, dar uma chance pra eles ver o que eles são lá fora...*

As frases temáticas indicam uma retomada do senso comum, representado no entendimento de que os usuários se acomodam, que são responsáveis pelo comportamento de dependência do espaço institucional:

*E1 Não ficar tão dependente desse espaço aqui do CAPS, porque eles começam a ver o CAPS como a vida que vão ter.*

*E1 A gente também trabalha com a dificuldade deles se desligarem daqui porque acaba se tornando um hábito...*

*E1 Eles ficam presos aqui, às vezes esse espaço já não é mais o adequado...*

*E1 Criou aquele vínculo ruim, ao meu ver, porque não se liberta daquilo, ela ficou apegada naquilo, então o CAPS tem esse lado ruim. É uma visão minha, pode ser que não seja de nenhum outro profissional, mas é uma coisa particular, eu acho que você criar um vínculo assim é ruim.*

A representação dos profissionais, direcionada pelo senso comum, qualifica como comportamento “ruim” do usuário no CAPS o “sentir-se mais à vontade do que em casa”. Esse aspecto, aliado ao fornecimento de alimentação, é interpretado como fator que contribui para a dependência do espaço institucional.

*E1 Eles não querem ir embora, a gente não consegue estabelecer horários com eles porque estão sempre bem antes...*

*E1 Tem pessoas que vem aqui porque tem o café, o almoço, é um exemplo, e o café da tarde...*

*E6 Eu acho que aqui é a segunda casa deles, mas que eles consideram a primeira, como aqui fosse a casa e lá fosse o lugar que eles fizessem tratamento...*

*E7 Eu fico com dó porque eu sei que lá em casa é diferente, aqui eles têm liberdade de colocar no programa que eles querem na televisão, (...) em casa não...*

*E8 Eles são livres e essa liberdade faz com que eles gostem do ambiente, essa liberdade faz com que eles pensem: "ah aqui tá bom (...) eu estou comendo, bebendo, tudo, não quero mais nada e liberdade que eu tenho acesso em tudo".*

*E8 Eles já se apegaram a isso e a gente não pode nem pedir porque se pedir faz cara feia, aí surta, porque o ambiente é deles, desse ponto de vista é um CAPS diferente...*

Podemos entender este olhar, que desqualifica essa "liberdade" do usuário no serviço, como uma dificuldade do profissional em compreender o modelo de atenção psicossocial no que diz respeito a uma de suas dimensões essenciais, a concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e a população em geral, em que no serviço "é livre o trânsito de todos, a instituição não é interioridade e espaço de clausura dos usuários e da população como no Modo Asilar; as relações devem ser de interlocução e não do tipo entre 'loucos e são'" (Costa-Rosa, Yasui, Luzio, 2003, p. 38). Isso traz alguns conflitos para os profissionais que não estão acostumados a lidar com o sofrimento mental nesse outro paradigma.

O caminho para a transformação do modelo de atenção exige recursos financeiros, políticos e quebra de barreiras sócio-culturais dos próprios funcionários do serviço, das famílias e da sociedade em geral acerca do desafio de conviver com a diferença. É um processo lento, complexo, repleto de limites, todavia indispensável. Não é admissível continuar a responder de forma excludente àquilo que faz parte da condição humana. As bases conceituais, teóricas, bem como diretrizes políticas, estão postas. A realidade demanda outra práxis nos serviços de saúde mental.

Nesse sentido, há o reconhecimento de que o CAPS faz parte de um modelo em construção e que as práticas realizadas também são alvos de críticas.

*E11 Temos sérias críticas do nosso trabalho, temos diversas coisas que achamos que não estamos fazendo, o que não é legal, mas que não tivemos perna para desmontar ainda.*

Ainda assim, os CAPS apresentam resultados, alguns observados nesta pesquisa, os quais certificam as possibilidades de persistir e continuar por esse percurso em consonância com o que é proposto pelo paradigma psicossocial.

#### 3.3.2.4 Grau de resolutividade

De acordo com os discursos analisados, um dos resultados do trabalho desenvolvido no CAPS é a diminuição do número de encaminhamentos para internação, bem como a estabilização dos períodos de crises. As frases temáticas apontam para o reconhecimento desse indicador pelas famílias.

*E11 Nós temos uma redução de setenta por cento de internação psiquiátrica desde que começamos a lidar e discutir com a população a questão: “olha, não interna mais, temos que abrir um espaço para ele conviver na comunidade, como vamos lidar com isso?”.*

*E11 Conseguimos fazer com que a população se conscientizasse da importância do usuário conviver na comunidade e diminuiu em muito a incidência de internação...*

*E11 Tenho o número de redução de internação, tenho o número de casos de estabilizar, pacientes que internavam duas a três vezes no mês...*

*E11 Tem paciente que está aqui há três anos e não internou mais, então isso a família tem isso como um ganho pra ela.*

*E11 Foi feito uma pesquisa da Universidade, a professora Selma, éramos o segundo ou terceiro município do Estado de maior internação.*

Em estudo realizado em 1990, por Selma Lancman (1997), sobre a demanda de internações ante a presença dos hospitais psiquiátricos em determinadas regiões do Estado de São Paulo, as cidades de Araraquara, São Carlos, Franco da Rocha e Ferraz de Vasconcelos foram escolhidas para uma

pesquisa comparativa. Foi constatado neste estudo que São Carlos, dentre as outras três cidades, apresentava naquela década o menor número de internações hospitalares: “Em relação às internações, encontramos em São Carlos números inferiores em relação aos sugeridos pelo Ministério para o Estado de São Paulo. Araraquara, Ferraz de Vasconcelos e Franco da Rocha apresentaram números bem maiores” (p. 101).

Verifica-se que São Carlos não tinha um índice alto de internações anteriormente à implantação do CAPS. Isso aponta para o pouco contato dos profissionais com a literatura científica produzida em torno das ações nos equipamentos de saúde mental.

A redução das internações psiquiátricas é um dos reflexos das ações do serviço, pois os mesmos objetivam oferecer tratamento substitutivo às hospitalizações. Em pesquisa realizada no CAPS de Santos, adotando um cenário hipotético de necessidades de internação e por meio de uma estimativa baseada em resultados de estudos epidemiológicos, os autores concluíram que aquele serviço tem cumprido esse objetivo (Andreoli et al., 2004).

Por outro lado, a redução do número de internações também pode ser compreendida como desospitalização e não como desinstitucionalização na perspectiva de mudança do paradigma da psiquiatria, cujas ações devem estar voltadas para a reconstrução e o aumento do poder contratual da pessoa, o que resulta na sua inclusão social.

Outro aspecto citado diz respeito à inserção do usuário em outro lugar onde ele tenha relação com os acontecimentos do mundo e no qual ele possa se expressar e exercer alguma autonomia. Isto foi possível com a realização da oficina de jornal que, conforme frases temáticas anteriores, não teve continuidade.

*E10 Falava não só do que estava acontecendo no mundo dos esportes como também (...) do time de futebol do CAPS, do que eles estavam fazendo nessa questão...*

*E10 Era um projeto que envolvia a cooperação deles, o desejo.*

O estabelecimento de relações com as pessoas da comunidade por meio desse jornal, como foi mencionado, e do uso de outros recursos do bairro também foi enfatizado nos discursos como uma vivência de projetos ou ações de inclusão social.

*E10 Quando citei que a oficina era uma das coisas que fazia, que mais eu conseguia enxergar essa questão da inclusão era isso, essa troca que acabou existindo entre o serviço e a sociedade e vice-versa...*

*E10 Levamos o pessoal pra ter as aulas que algumas vezes eram ministradas aqui, na própria academia, junto com alunos da academia e (...) foi muito interessante porque, além de mudar do espaço físico, também conseguimos incluir essas pessoas numa atividade que outras estavam fazendo na academia...*

*E10 A festa junina envolvendo a comunidade de quarteirão foi feita aqui na rua e (...) os usuários fizeram os convites, levaram nas casas das pessoas e envolveram essas pessoas na organização da festa.*

*E10 Foi uma festa pra todo mundo do quarteirão, foi muito legal. O envolvimento é importante para a inclusão social, essa troca real mesmo, uma troca que produza significados para eles, sentido. Isso é uma possibilidade, uma coisa que almejamos.*

Essas situações são oportunidades para produção de sentido e construção de laços sociais por meio da “convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica” (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001, p. 30).

Foi atribuído, nos discursos, como reflexo do desenvolvimento da oficina de jornal o retorno à escola, a alfabetização, por meio da vinculação dos usuários ao programa Movimento de Alfabetização de Adultos (MOVA) da Secretaria da Educação. O próximo estágio após o MOVA é o programa Escola de Jovens e Adultos (EJA). Nesta direção, compreendemos que uma oficina pode gerar estímulos que efetivamente resultem em possibilidades de inclusão social quando a atividade realizada possui significados reais para os usuários envolvidos.

*E2 Tem uma professora, os pacientes saem daqui vão ter aula. É difícil, é um grupo pequeno, mas no que diz respeito à questão embrionária está colocada.*

*E2 O MOVA é uma questão bellissima. (...) [A professora] luta com dificuldades muito grandes, mas ela é o embrião de alguma coisa que sim, vai existir no futuro, mostra que é possível.*

*E10 Tem a questão do MOVA que é fundamental também para a inclusão social, eles têm a aula todos os dias, meio período, em outro espaço, também acabam tendo contato com outros alunos.*

*E10 Teve dois usuários que voltaram para a escola depois que vivenciaram a questão da oficina de jornal, da produção, de escrever e aí esses dois usuários começaram a alfabetização no MOVA, mas voltaram para escola regular depois.*

*E10 Saiu da alfabetização [do MOVA] e vai pra esse outro projeto [o EJA]. Superinteressante isso, é uma das coisas que fazemos mesmo voltada para a inclusão.*

*E11 Estamos com dezesseis de manhã e doze à tarde, por volta de trinta alunos que são usuários do CAPS freqüentando o MOVA. Essa sala é fora do CAPS, também se tornou um espaço de inclusão e acreditamos que eles possam, desses daqui, uns já retornam do MOVA vão para o EJA...*

No que diz respeito às parcerias intersecretariais e intersetoriais, o CAPS estabeleceu relações com a Secretaria de Educação, a Secretaria da Cidadania e a Secretaria de Transporte, bem como com a empresa de ônibus do município, a fim de que fornecessem acesso respectivamente, aos programas educacionais, aos centros comunitários e ao transporte gratuito por meio das carteirinhas de ônibus.

*E4 Não temos convênios firmados, mas a gente tenta buscar, por exemplo, a questão do transporte que conseguimos pra eles poderem ter maior autonomia, estar garantindo o tratamento.*

*E10 Nós conseguimos a carteirinha que foi um superavanço, é uma coisa que tentamos há um bom tempo. A carteirinha de ônibus é fundamental para a questão da inclusão.*

*E11 Foi todo um processo de discussão com (...) a empresa de ônibus da cidade, de sensibilizar que não fazíamos parte da Lei, mas que era importante que tivéssemos a carteirinha e que esta não fosse limitada só à ida e vinda do CAPS, fosse aberta...*

O retorno ao mercado produtivo foi outro destaque dado às ações desenvolvidas nesse trabalho intersecretarias, juntamente com os centros comunitários e as cooperativas do município.

*E7 Nós temos uma usuária que (...) quando teve alta foi para o centro comunitário do bairro dela, aonde participou fazendo pães, salgadinhos, ela mesma fazia, aprendeu a fazer, depois vendia, então isso para ela foi muito bom.*



*E11 Já tivemos algumas experiências muito positivas, que é a parceria com as cooperativas de trabalho, com a cooperativa de reciclagem do Município. Nós tivemos uma usuária, a segunda usuária do CAPS, que foi lá, aprendeu o serviço, voltou para a cidade dela (...) montou esse serviço, hoje está bem...*

Segundo as representações dos profissionais entrevistados, algumas das possibilidades desse CAPS para promover a inclusão social são: proporcionar o acesso aos recursos comunitários e ao exercício de direitos – a escola, o ônibus; a retomada de projetos, nos quais está implícita a realização de desejos – o estudo, o fazer produtivo; estimular relacionamentos – interagir com as pessoas usando espaços sociais diferentes da instituição; oportunizar o desenvolvimento de uma consciência mais crítica sobre o estar no mundo – a oficina de jornal; e ainda o fato de não internar.

### 3.3.3 Recursos Humanos

Os recursos humanos são um dos temas das discussões no processo da Reforma Psiquiátrica, quando a questão que se coloca é a reorientação do modelo de atenção. O financiamento para a formação e a capacitação de recursos humanos em saúde mental, bem como a formulação de uma política para esta área, foi uma das exigências tratadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001. Assim, consta do relatório final a necessidade de que nos âmbitos federal, estadual e municipal,

*“haja destinação de recursos financeiros para o desenvolvimento de programas de treinamento, capacitação, formação continuada e cursos de especialização, além da promoção de pesquisas, visando o aprimoramento de tecnologias e práticas de atenção, promoção e avaliação da qualidade dos serviços” (Brasil, 2002, p. 102).*

Os recursos humanos em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial demandam mudanças de postura, as quais dependem da formação técnica. Assim, “a reformulação da assistência aos portadores de transtornos

mentais pressupõe a reorientação da formação dos profissionais com vistas ao alinhamento da prática ao novo paradigma” (Abuhab et al., 2005, p. 371).

Para que seja efetivada a mudança paradigmática e não apenas a reformulação de antigos princípios, é necessário estabelecer rupturas nas questões conceituais e práticas que envolvem os profissionais nos novos serviços de atenção à saúde mental (Amarante, Torre, 2001).

Assim, os discursos apontam para a necessidade da desconstrução de representações do modelo anterior, dentro da equipe do CAPS:

*E11 Essa mudança de modelo está na cabeça do profissional também porque trabalhamos com uma equipe que tem os manicômios internos...*

*E11 Você não desconstrói essa imagem [do modelo antigo] de uma hora para outra porque essa imagem ainda está muito incrustada nos próprios profissionais de saúde.*

De acordo com Pitta (2001), a capacitação faz parte de um dos itens do decálogo proposto por ela para a reorientação das práticas assistenciais, chamando a atenção para a necessidade de esforço das Universidades, Conselhos e associações de classe em criar formas de capacitação.

Nesta direção, as frases temáticas revelam que os profissionais identificam dificuldades em seu cotidiano devido à ausência de maior conhecimento tanto no que se refere ao aspecto clínico quanto às questões psicossociais, no sentido de realizar ações com os usuários que, de fato, sejam promotoras de inclusão social. Assim, reproduzem em seus discursos a necessidade de formação e aperfeiçoamento.

*E2 Pouco conhecimento, pouco estudo continuado sobre o que é a doença mental.*

*E3 Eu entendo alguma coisa, aceito outras e a gente está sempre estudando porque é difícil de entender, muitas vezes você que está aqui se questiona...*

*E7 Sinto essa dificuldade agora de saber o que poderíamos fazer para estar pondo eles para fora. Eu não sei como agir.*

*E7 É estranho pra mim, qual é o momento que eles estão simulando ou sendo eles mesmos? Eu não sei, tenho essa dificuldade, deveríamos ter um preparo, um curso bem especializado.*

Os discursos mostram que em atenção à essa necessidade de formação foi realizado um curso pela UFSCar sobre oficinas em saúde mental, num projeto de Extensão Universitária. À época das entrevistas foi proposto dar continuidade a este projeto em outro semestre, com a finalidade de tratar da temática de atuação com as famílias.

*E11 No primeiro semestre nós discutimos oficinas em parceria com a Universidade fizemos esses seis meses de estudo, de capacitação, do que era oficina de geração de renda, do que era oficina terapêutica, o que a gente entendia por oficina.*

*E11 Nesse semestre, no Curso de Extensão discutiremos isso: como que vamos estar atingindo, como que é essa família, como que essa família vai ser convidada a nos ajudar porque hoje a família é nossa parceira.*

Ainda quanto à formação de recursos humanos, a abertura do serviço, para estágios nas mais diversas áreas, é afirmada nas frases temáticas como um ponto positivo para a transformação do modelo de atenção, tendo em vista a promoção, ainda na graduação, de uma nova mentalidade para o trabalho em saúde mental.

*E11 Temos trabalho de estágio que é curricular e também o trabalho de estagiário voluntário de todos os anos e cursos, entendendo também que temos que começar que a pessoa vivencie o outro modelo.*

*E11 Eles [os estagiários] vão fazer uma visita lá e vêm fazer o estágio aqui, já estamos conseguindo reverter isso, que também é uma das preocupações que temos com a inclusão.*

*E11 Eles [os estagiários] vão ver o modelo aberto, o modelo de reabilitação diferente do hospital fechado.*

Consideramos que a capacitação e a supervisão dos recursos humanos em saúde mental é que afirmarão uma nova abordagem de prática assistencial, tendo em vista que “prédios novos e portas abertas não garantem projetos terapêuticos que respeitem a autonomia de sujeitos portadores de transtornos mentais” (Oliveira, Alessi, 2003, p. 38), nem a sua inclusão social.

Um dos pontos problemáticos, apreendido por meio das frases temáticas, refere-se à transferência involuntária de funcionários alocados em outros setores da Secretaria da Saúde para o CAPS. Estes trabalhadores, em geral, não atendem ao perfil necessário para atuação no campo da saúde

mental. O trabalho em áreas que não condizem com as expectativas e disponibilidade do funcionário é uma questão importante a ser discutida no âmbito da gestão municipal, junto ao serviço substitutivo.

*E1 Tem muita transferência, quando você vem para essa unidade, a maioria das pessoas não quer estar aqui...*

*E3 Trabalhar com doença mental, vou só te falar um negócio, a pessoa precisa gostar... Se ela não gostar, se tiver qualquer receio, qualquer medo, qualquer dúvida assim (...) Não é para qualquer pessoa, não é, porque se não você surta, essa que é a verdade.*

*E5 Quem consegue trabalhar bem com psiquiatria é quem realmente está na área porque até os profissionais da saúde, envolvidos numa outra área não têm o conhecimento...*

*E9 Tem que ser gente que conheça, tenha afinidade pelo menos e não é, nunca foi. Teria que ter uma certa prioridade não só no poder público, mas na própria sociedade que é quem compõe o Conselho Municipal de Saúde.*

Outro entrave na área de recursos humanos assinalado foi a insuficiência do número de funcionários existentes, bem como a necessidade de inclusão de voluntários e outros profissionais para a realização de oficinas, visitas domiciliares, abordagem com as famílias e resolução de situações jurídicas.

*E1 Não tem tempo para pegar mais uma oficina e fazer, acho que precisaria de mais terapeutas, de mais psicólogos...*

*E2 Como que você forma alguém que trabalha numa oficina que ensina um ofício a alguém?*

*E2 [Para promover a inclusão social] Gente especializada em fazer avaliação domiciliar, isso ia avançar muito o trabalho da gente...*

*E2 Inatividade forçada, ou seja, não tem o recurso, não tem oficina, não tem o que possa fazer, não se adaptou às oficinas disponíveis.*

*E2 A família tem que ser assistida, (...) a coisa mais difícil é ter um terapeuta de família trabalhando no serviço público...*

*E2 Pouco recurso do CAPS, ou seja, poucas oficinas, profissionais especializados nas oficinas, oficinairo, terapeuta ocupacional, terapeuta de família, psicólogo, enfermeiro.*

*E2 Advogado porque os pacientes têm questões com a Previdência, com a família, questões de herança, de gestão da vida civil.*

*E6 O advogado cuidava disso. Esse problema jurídico também ajuda, às vezes a pessoa está afastada, mas não está recebendo.*

*E11 Uma fala que marca muito é a fala de desconstrução do Tika [Roberto Tykanori Kinoshita] na abertura do Anchieta: você substitui o muro por profissional, você só abre e cria saúde mental na comunidade se tiver gente também.*

Mas para isso são necessários investimentos:

*E2 Mão-de-obra, recursos, é uma coisa cara, é muito mais caro do que o hospital psiquiátrico, não tenha dúvida, fazer a coisa direito é mais caro.*

O cuidado em saúde mental exige do profissional algumas condições, como paciência, dedicação, responsabilidade, criatividade e atenção, sem que o mesmo tenha expectativa de resultados imediatos em relação ao portador de transtorno mental, que, por sua vez, dificilmente se reconhece como uma pessoa doente e não aceita de forma fácil o cuidado oferecido. O profissional nessa relação está sujeito à síndrome de Burnout ou síndrome da desistência que se manifesta por meio do desgaste subjetivo do trabalhador em relação ao seu trabalho e também pela perda de energia (Rosa, 2001).

A síndrome de Burnout acomete os trabalhadores das áreas da saúde, educação e segurança. É uma espécie de estresse de caráter contínuo e de intenso envolvimento emocional com as pessoas por longo período de tempo. Como resultado, o profissional apresenta exaustão emocional, despersonalização da atenção e a quase ausência de realização com o trabalho. Seu comportamento passa a ser de ansiedade, irritação ou tristeza, bem como há a somatização das frustrações. Os profissionais da área de saúde mental estão sujeitos a essa síndrome, mas não a reconhecem em razão de seu surgimento progressivo, que pode demorar anos ou décadas (Rosa, 2001; Carlotto, 2002).

Nesse sentido, os discursos dos entrevistados indicam a desmotivação no trabalho no CAPS:

*E2 É muito ruim, cria desesperança, desânimo.*

*E2 Trabalhar com doença mental é um problema gravíssimo, os trabalhadores de saúde mental sofrem muito.*

*E2 A frustração é muito grande, intensa, você lida com o desconhecido o tempo todo, não é de vez em quando.*

*E2 Essa é uma questão que tem que ser levada em consideração, o trabalhador de saúde mental desiste com facilidade.*

*E2 Quando começa a trabalhar você tem um ânimo, vinte anos depois você tem outro, não que você não trabalhe, mas começa a cansar ver o mesmo filme sempre, só muda o nome? Um chamava co-gestão, outro é derrubar os muros do Brasil, agora é desinstitucionalização, tá bom, o próximo vai ter que nome?*

*E3 Ao mesmo tempo em que a gente acredita, mas também em alguns momentos se questiona: será? Passam-se um, dois, três meses...*

*E3 E tem hora, como todo mundo, a gente também desanima, falar que não, também, nossa, você nada, nada, você está investindo ali seis meses no fulano, de repente ele surta...*

*E10 [Sobre o término da oficina de jornal] Tem essas questões que, às vezes, não sei se desanimam, mas tiram um pouco daquela energia que você tem para propor...*

*E10 Então quando acontecem essas questões que fogem da nossa prática, que são mais macro mesmo, (...) a energia vai ficando um pouco reduzida...*

Porém, observa-se pelas frases temáticas que, ao mesmo, tempo os profissionais procuram meios para continuar acreditando no trabalho que realizam e nas possibilidades para a promoção da inclusão social dos usuários do CAPS:

*E3 São dificuldades que nos motivam na verdade, motivam porque tem que persistir e acreditar, se você não acredita, uma instituição que nem CAPS não existiria, Reforma Psiquiátrica não teria sido feito.*

*E3 Alguém acreditou e hoje quem está trabalhando com isso acredita que é possível sim (...) é uma coisa lenta, mas que tem toda possibilidade.*

*E3 Olhamos pra frente o que a gente vê? Nada? Não, não é possível, se eu estou aqui e temos uma proposta, a gente acredita nela, tanto que está aqui, abraçou, você acaba abraçando essa causa: não, vamos trabalhar e vai dar certo, vamos fazer, tem que dar alguma coisa!*

*E10 A inclusão em tudo que fazemos tem que ter sempre em mente, tem que ser assim, a primeira coisa tem que estar pensando sempre na inclusão...*

*E10 Mas temos que estar sempre de alguma maneira arrumando e só de olhar para os usuários você já consegue essa energia de volta, pra estar no seu dia-a-dia, em tudo o que faz, tentando procurar isso e tentando mostrar pra eles a importância disso também.*

Manter a crença no trabalho, lutando contra o “pessimismo da razão” diante dos limites encontrados, é imprescindível aos profissionais, sendo importante “jamais pensar que as coisas vão terminar mal e que mais do que aquilo não se pode fazer. O novo técnico deve ter um objetivo bem preciso: conduzir seu trabalho no otimismo da prática. Se isso não acontecer, não há remédio” (Basaglia, 1982, p. 89).

De acordo com Rosa (2001), a atuação na prevenção da síndrome da desistência é uma das pautas de reivindicação dos movimentos sociais em saúde, no âmbito da luta pela humanização dos serviços. Outras medidas que podem ser tomadas são os grupos de apoio aos cuidadores, bem como o

desenvolvimento de supervisões e reuniões de equipe. Nesta direção, o Programa de Qualificação dos CAPS, instituído em 2005, o qual prevê a supervisão clínica institucional, constitui uma ferramenta importante para essa prevenção.

Assim, acreditamos que está inserida uma estratégia para a qualificação das ações nos serviços substitutivos. Essas são medidas importantes ao considerarmos que a mudança de modelo demanda vários desafios. O espaço para o cuidado de quem cuida e a oportunidade para discussões em torno da busca de soluções amparada por uma política fazem parte de uma nova concepção de atenção à saúde mental.

Um dos fatores que contribuem para a descrença dos profissionais é a falta de autonomia e também da discussão da equipe multiprofissional, tendo assim, que se submeter ao que é imposto, como pode ser aferido pelos discursos:

*E9 As coisas não são suficientemente bem discutidas com os profissionais da área.*

*E9 A gente não pode fazer absolutamente nada sem o consentimento da chefia.*

*E10 As dificuldades foram de ordem institucional mesmo, não foi um desejo meu e acho que nem dos usuários que isso acontecesse [término da oficina de jornal].*

Contraditoriamente, as frases temáticas seguintes sugerem que a equipe está em sintonia quanto aos objetivos do serviço e as ações necessárias para alcançá-los:

*E11 Estamos num momento mais estável, de construção e estamos caminhando pra fora. Você só consegue avançar se internamente está mais tranqüilo.*

*E11 Todos têm esse pensamento de avançar, mesmo de uma forma bastante limitada dos profissionais, eles têm essa preocupação, começaram a ter essa preocupação.*

Mello (2005) afirma que, em decorrência da formação profissional, bem como devido ao acúmulo de funções e ausência de condições para realizar as tarefas propostas, o “profissional cria mecanismos que muitas vezes obscurecem seu principal objetivo, que é ajudar o sujeito com transtorno mental severo a ter condições de vida dignas” (p. 220).

Para que um modelo de atenção seja bem sucedido é preciso um equilíbrio dialético entre o grau de autonomia e a responsabilidade dos trabalhadores nas equipes dos serviços (Campos, 1992).

Consideramos que a promoção da inclusão social dos usuários do CAPS esbarra, nesse sentido, no desafio de suprir essas demandas dos funcionários, bem como na necessidade de reuniões de equipe em que sejam discutidos os conflitos surgidos diante dos limites para as práticas.

### 3.3.4 Concepção de doença mental

De acordo com Minayo (1998), as representações de saúde/doença “manifesta de forma específica as concepções de uma dada sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, que corresponde a coerência ou as contradições de sua visão de mundo” refletindo na estruturação social (p. 176).

As representações sociais dos profissionais sobre o transtorno mental apresenta-se relevante neste contexto de mudança de modelo assistencial ao compreendermos que a concepção que temos de um dado objeto determina a maneira como lidamos com ele.

Esse tema surgiu, nos discursos, com considerações em torno das características do transtorno mental, algumas possíveis causas, as dificuldades decorrentes, a questão da cura, da relação de normalidade e da impossibilidade para estar no mercado produtivo.

O transtorno mental é concebido nos discursos como uma doença que não se expressa no corpo, portanto, não pode ser visto pelas pessoas, assim, é julgado da ordem do incompreensível. Contudo, são percebidos os comportamentos manifestados como desorganização do indivíduo.

O desencadeamento das crises é atribuído ao descontrole impulsionado pela vontade ou insatisfação de alguma necessidade, como a de ser ouvido.



Além disso, a incurabilidade do usuário é percebida como falta de vontade da pessoa, como se a resolução ou a cura para o transtorno mental fosse apenas a mudança de direção dos pensamentos.

Essa compreensão de doença mental remonta aos primeiros escritos brasileiros em torno da alienação mental, no século XIX, cujas influências têm origem na obra do francês Esquirol. Para esse autor, a loucura tinha como base de existência o comportamento moral e social do indivíduo com reflexo nos hábitos, no caráter, nas ações e nas paixões. Como consequência, restituir a condição normal significa sintonizar a razão e a vontade (Barros, Egry, 2001).

*E6 Às vezes dependendo de alguma coisa que eles perguntam pra gente, o que aconteceu na casa deles ninguém dá atenção, é essa hora que a pessoa pira.*

*E6 Aquele momento que dá aquela vontade de fazer aquilo e faz mesmo, tanto tomar bastante comprimido ou se jogar na frente de um carro, na hora faz, se você não prestar atenção...*

*E7 A partir do momento que eles colocam na cabeça: “eu posso fazer”, para eles é um crescimento (...) A partir do momento que você fala: “não posso, não quero, não dá, não consigo”, aí não tem jeito.*

*E8 Eles tinham que pensar, refletir o CAPS, refletir neles mesmos, usar a autoridade deles mesmos a favor deles, para dizer assim: “eu sou uma pessoa que eu posso, eu tô aqui, tô sendo incluído junto com os excluídos que estão piores”.*

*E8 Se pensasse dava um pulo, todos nós temos uma força interior contra os males. (...) Não precisava estar aí à toa, pra lá, pra cá, assistindo televisão, assistindo filme, jogo...*

Contraditoriamente, outras frases temáticas indicam que o descontrole das vontades não é percebido como o problema e que a realização dos desejos é uma necessidade para restituir a condição de igualdade em relação às outras pessoas. Neste sentido, a moral e as paixões desvirtuadas não são a causa da doença, mas sim aquilo que é da ordem do imprevisível e mais uma vez do incompreensível.

*E6 Doente fica assim da noite para o dia, este tipo de coisa da mente é da noite para o dia, então eles não têm culpa, aí perde o emprego, a família separa, eles ficam ali sozinhos...*

*E6 Acho que eles têm tudo que nós temos, vontade de namorar, de casar...*

*E6 Eles têm vontade e não têm culpa de ter ficado doente...*

Por outro lado, a representação da família como causadora da crise também é uma das concepções a cerca da doença que está ligada aos discursos da psiquiatria e da psicanálise que, ao serem “utilizados como instrumentos de normatização social, conectaram intimamente família e doença mental, atribuindo, muitas vezes, a gênese dos transtornos psíquicos aos problemas nas relações familiares” (Melman, 2006).

*E7 Ela ficou mais de um ano ali trabalhando, aí foi por causa da família ela teve uma outra crise e precisou sair, mas para ela era muito bom o centro comunitário.*

Outro tema depreendido dos discursos refere-se ao aspecto da cura para os transtornos mentais severos e persistentes, o qual é recorrente quando se trata da concepção de doença mental. Para a medicina, a cura significa a solução definitiva dos problemas de saúde, a restituição do funcionamento regular do organismo. Deste modo, não poderia ser diferente no caso da psiquiatria, que tem como objeto de intervenção a doença mental.

De acordo com Jucá (2005), o quadro de esquizofrenia representa a incurabilidade e, conseqüentemente, a falência da psiquiatria quanto ao restabelecimento da saúde mental de forma plena (Jucá, 2005). Nesse caso, o que se alcança é um estado de “quase normalidade”, em que há uma imposição permanente de limites.

*E1 Não é porque estabilizou que a pessoa está pronta para ser jogada lá na rotina da sociedade e fazer tudo que uma pessoa dita normal faz, ele vai ter sempre as barreiras dele, do que pode e do que ele não pode...*

*E5 Depende muito de patologia, de como a pessoa consegue viver porque, às vezes, dependendo do quadro, o esquizofrênico não consegue ter uma vida muito normal, depende de como ele estiver também.*

*E5 Tem esquizofrênico que consegue ter uma vida quase normal, consegue trabalhar, consegue fazer as coisas que tem que fazer sozinho, são poucos os casos que eu estou falando, agora tem uns que são mais complicados.*

Jucá (2005), consultando o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV), relata que a palavra cura não é em nenhum momento utilizada nas classificações do curso dessa patologia, no entanto, o conceito que se aproxima desse termo é o de “episódio único com remissão

completa dos sintomas”, o que não impede a ocorrência de outras crises e, dessa forma, representa uma “cura instável”. Nesta perspectiva, os demais casos tendem ao reaparecimento de sintomatologias e a expectativa é sempre de recaídas.

Como consequência dessas afirmações, tem-se a concepção de que a esquizofrenia, dado a seu prognóstico desfavorável, é uma doença que tende à cronificação. Assim, o transtorno mental severo e persistente é abordado sob o paradigma da incurabilidade, no qual está presente “o caráter irreversível das alterações patológicas, o cuidado por tempo indeterminado e a idéia de treino no processo de reabilitação” (Jucá, 2005, p. 777).

Essa característica de instabilidade no curso da doença e de cronificação tem repercussão no discurso dos entrevistados e, no que diz respeito à inclusão social, isto é assinalado como um dos agravantes para o retorno ao mercado de trabalho, permanecendo a população-alvo do CAPS sob a insígnia da incapacidade e da improdutividade, bem como sendo marcada a desvalorização do seu poder contratual.

*E3 Eu não tenho os números para dizer se tantos voltaram para vida mesmo, se continua tomando medicamento. É um negócio que não tem cura...*

*E3 A doença mental é ingrata nesse sentido, você resgata, mas nada impede que a qualquer momento perca de novo, aí volta e vai de novo, começa tudo de novo, é um processo de começo, começo, começo...*

*E3 Normalmente, doença mental severa se afasta, depois com o tempo aposenta, não retoma, por causa do próprio diagnóstico, é uma coisa muito instável, então é difícil dele voltar...*

*E4 Têm períodos que eles estão estáveis, que conseguem, tem o período da crise, mas também tem aquele período que eles conseguem estar mais estabilizado. Eu acho difícil essa questão [da inclusão social].*

*E8 Eles ficam pior porque a tendência é piorar.*

*E9 A partir do segundo surto a tendência é a cronificação e a pessoa, não adianta a gente se iludir que vai voltar a ser produtiva como era antes, a ser aceita numa empresa, não vai.*

*E9 Mas é um doente mental, não dá para aceitar aquilo que ele assinou lá como um contrato de compra, não existe isso.*

*E9 Não tenho muitas ilusões também não. Muitas não, na verdade eu não tenho quase nenhuma (riso), de que vão ter uma inclusão social plena, que são seres produtivos. Não são. Não adianta a gente ficar sonhando que vai porque não vai.*

*E9 Não credito isso à doença em si, mas aos meios que a gente tem para tratar hoje em dia, talvez um dia até tenha uma cura para isso, nesse momento a gente não tem.*

Nesta situação, tendo em vista que, segundo alguns discursos, a produção efetiva não é um horizonte para essas pessoas, o trabalho adquire valor de entretenimento, e quando muito há possibilidade de algum retorno econômico, ainda que simbólico, ou a inclusão via assistência social. Essa compreensão é desvelada nas frases a seguir.

*E7 Eles deveriam trabalhar, mas em coisas que eles pudessem fazer sem se estressar (...) tem que ser coisas mais fáceis em que eles ocupem o tempo...*

*E7 A partir do momento que você incentiva eles a participar de alguma coisa, fazer um crochê, um tricô ou mexer com algo assim eles ficam bem felizes, eles gostam de participar daquilo lá, eu acho que é uma forma também deles ficarem melhores da crise...*

*E9 No máximo esses cursos em centros comunitários, alguma coisinha para conseguir um trabalhozinho, um artesanato, uma bijuteria, uma coisa assim para conseguir um dinheirinho e ajudar a família, fora isso é aposentadoria da Previdência mesmo.*

Considerar a problemática dos transtornos mentais apenas por esse ângulo, perseguindo o paradigma da cura ou aceitando o da incurabilidade, limita as ações voltadas para a inclusão social.

Temos conhecimento de que o paradigma dominante na saúde mental, o do modelo médico, encontra-se em crise por uma série de fatores, como a “assistência precária e insuficiente para a grande maioria da população, consubstanciada por uma prática repressiva, cronificadora e estigmatizante, que não atende as necessidades do doente” (Vietta, Kodato, Furlan, 2001, p. 99). Como resultado vive-se uma transição paradigmática em que são necessários novos discursos, assim como práticas inovadoras para tratar a questão da loucura sob outra lógica (Barros, 2004).

Nesse contexto, começar a conceber a doença mental como uma “patologia da liberdade”, cujo indivíduo acometido perde os direitos de ir e vir, de ter opinião e credibilidade, de ser respeitado em seus desejos e de ter trabalho (Osinaga, 2004, p. 10), direciona o olhar para o sujeito que sofre.

Para Basaglia (2005), o cuidado a esse indivíduo insere-se numa perspectiva de “reconquista de uma liberdade perdida, de uma individualidade subjugada: o que é exatamente o oposto daquilo que significa o conceito de tutela, defesa, separação, segregação, implícito nas regras das nossas instituições” (p. 49).

O movimento, dessa forma, tem de ser em busca de uma terapêutica que tenha por objetivo ampliar a capacidade de autonomia, pois isto é representativo e sinônimo de cura. A construção dessa autonomia exigirá do serviço de saúde mental um “apoio crônico” (Campos, 1992, p. 17).

A existência da doença, assim como a necessidade de tratamento, não é negada, o que se coloca em discussão são as formas de lidar com a pessoa em sua “existência-sofrimento”. Nesse caso, a desinstitucionalização a ser perseguida nos serviços substitutivos é aquela que considera que o problema a ser solucionado é a remoção de barreiras para a reprodução de sentidos, de vida e de sociabilidade, o que significa um processo de singularização e ressingularização das pessoas. Assim,

*“a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado “a solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento”* (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001, p. 33).

Nesta perspectiva, aparecem timidamente nos discursos as possibilidades, apesar da doença, que passa a ser compreendida como uma limitação aceitável quando há condições de entender que o caminho e o tratamento a serem oferecidos fazem parte de outra abordagem, na qual está presente também a tolerância para a aceitação da diferença, como expresso nestas frases:

*E7 É o jeito dele se expressar, é o jeito dele ver, encarar a vida...*

*E11 Lógico que não tem cura, ele vai tomar remédio, é um transtorno mental severo e tal, mas ele lida com essa realidade com muita tranquilidade porque*

*tem a questão do valor social, do reconhecimento da família e da sociedade, da própria auto-estima dele que tudo contribui positivamente.*

Construir ações pautadas na perspectiva da inclusão social demanda a desconstrução da desesperança e, dessa forma, a substituição da “profecia sobre o futuro centrada na doença pelo reconhecimento das diferenças individuais, da variedade de tipos de rede de pertinência dos sujeitos” (Valentini Júnior, Vicente, 2001, p. 51).

Assim, a mudança de modelo assistencial é um imperativo, e não deve ser entendida, apenas, como a diminuição dos leitos psiquiátricos e a construção de serviços substitutivos. Portanto, a desconstrução do paradigma da psiquiatria nos CAPS mostra-se imprescindível e é um dos aspectos complexos da realidade.

O risco maior para o processo de transformação do modelo assistencial é a reprodução nos serviços substitutivos das “bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico, que fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, que fundou o manicômio como lugar de cura e que fundou a cura como ortopedia e normalização” (Amarante, Torre, 2001, p. 33).

Nos discursos analisados foi possível observar alguns conceitos e afirmações que estão de acordo com a proposição de um novo modelo assistencial. Entretanto, também são desveladas nas frases temáticas concepções representativas do modo tradicional psiquiátrico. Temos a convivência de diferentes visões de mundo acerca da doença e dos meios de lidar com ela, que certamente se expressam na prática cotidiana do serviço.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No serviço de saúde mental substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional, e que assim se propõe a uma outra lógica de atenção aos usuários, os profissionais consideraram a inclusão social um processo que contempla a cidadania enquanto exercício dos direitos básicos, no que se refere a uma assistência adequada, ao acesso ao lazer e a uma atividade produtiva com reconhecimento social. Compreendemos, por outro lado, a cidadania não apenas como a restituição desses direitos, mas a possibilidade de construir conjuntamente com os usuários o aumento do poder contratual e a autonomia nos âmbitos afetivo, relacional, produtivo e habitacional.

Devemos considerar que a construção de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais não terá sucesso se não houver avanço no desenvolvimento da cidadania de todos os outros grupos populacionais (Marsiglia, 1987). Entretanto, para aqueles que vivem a experiência do sofrimento mental, esse processo demanda ações específicas que partem do âmbito da saúde, lugar a partir do qual é possível estimular o desenvolvimento do poder de contratualidade dessa clientela.

A mudança de comportamentos, como, por exemplo, por meio do resgate ou desenvolvimento de habilidades dos usuários para que possam realizar atividades cotidianas, como cuidar de si mesmo, usar o transporte público e estabelecer relações de convivência sócio-familiar, da mesma forma como as outras pessoas, também apareceu nos discursos como uma condição para estar incluído. Dessa forma, a concepção de inclusão está também atrelada à ideologia da normalidade social.

Nesse sentido, atividades de passeio são consideradas experiências de inclusão social, pois o estar com outras pessoas “normais”, em ambiente diferente da instituição e mantendo comportamento socialmente aceito, dilui as diferenças. Porém, realizar essas atividades utilizando ônibus particular é

observado como uma ação que produz exclusão, pois diferencia o usuário das outras pessoas nos espaços sociais em que chegam.

Contraditoriamente, é mencionado nos discursos que a inclusão social é o acolhimento da pessoa com suas singularidades.

Deixar de ser diferente não é uma condição para incluir. As práticas de inclusão social são direcionadas aos portadores de sofrimento psíquico exatamente em função da existência das diversidades e da predominância da cultura manicomial e excludente no imaginário social. Sendo assim, os profissionais dos serviços de saúde mental devem compreender que a dimensão sócio-cultural é o lugar capaz de produzir novas formas de relação com as diferenças e de transformar as relações entre sociedade e loucura (Amarante, 2003).

O tratamento que objetiva a restituição da normalidade ainda parece ser perseguido. Tanto que as representações sociais sobre as pessoas com esquizofrenia ainda correspondem ao paradigma da psiquiatria organicista: incurabilidade e cronificação.

Além disso, a análise dos discursos apreende uma percepção da doença mental como falta de vontade dos usuários para melhorar, sendo uma simples questão de mudar o pensamento; essas são representações do senso comum influenciadas pelas concepções propostas por Esquirol, no século XIX.

No caminho da desinstitucionalização, a noção de terapêuticidade dos transtornos mentais parte de outra concepção de doença mental e implica a aceitação do “desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, não reduzindo o sujeito à doença ou à comunicação ‘perturbada’ ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social” (Rotelli, 2001, p. 98).

A inclusão social como bandeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui um desafio para os serviços de saúde mental, visto que o enfrentamento da exclusão abrange os aspectos referentes à desagregação sócio-familiar e também à precarização do emprego.



A inserção no mercado de trabalho foi considerada, nos discursos dos entrevistados, como uma das dimensões da inclusão social, o que está de acordo com alguns autores que tratam desse tema, como Demo (2002) e Castel (1989).

A temática do trabalho é recorrente nos discursos analisados que, envolvendo a sua importância para a Reabilitação Psicossocial, descrevem os limites e as possibilidades encontrados, sendo quase unânimes as considerações em torno da necessidade de estruturar melhor esta questão.

Apesar do reconhecimento da importância do trabalho para os usuários, como uma forma de incluí-los, as frases temáticas revelam contradições quanto ao papel do profissional neste serviço. Alguns discursos expressam o desejo de envolvimento com a criação de uma cooperativa, assim, propostas são vislumbradas, como o projeto de incubadoras em parceria com a UFSCar e, ainda, a retomada da associação de usuários e familiares.

Contraditoriamente, frases temáticas indicam que os profissionais ainda não se sentem agentes de inclusão social, por deparar-se com limites que envolvem o mercado produtivo, que consideram além do alcance de suas possibilidades práticas. Nesse sentido, expressam que o enfrentamento às barreiras impostas pela estigmatização torna-se mais viável.

De acordo com as diretrizes do CAPS, o trabalho é uma das dimensões na construção da rede social que pode ser contemplada, visto que o papel do serviço é o de estimular usuários e familiares a criarem cooperativas, bem como oferecer oficinas geradoras de renda e estabelecer parcerias intersetoriais.

Observamos, assim, que o projeto institucional do CAPS não se apresenta de forma clara para todos os profissionais, trazendo considerações que distanciam as proposições das práticas realizadas.

Assim, a “prática do entretenimento”, como é definido por Saraceno (1999), está presente no CAPS quando atividades de lazer são consideradas experiências de inclusão social e quando as frases temáticas desvelam que, sendo o transtorno mental severo e persistente, resta apenas atividades

“fáceis” para ocupar o tempo. Em outra perspectiva, o entretenimento também permeia as práticas no momento em que ocorre a interrupção de uma oficina com atividades que demandavam o envolvimento do usuário, o estabelecimento da comunicação entre o serviço e o contexto comunitário, o respeito à sua subjetividade e singularidade na presença do sofrimento psíquico, sendo proposta a substituição por outra atividade com caráter alienante.

Por meio dos discursos foi possível apreender que a representação sobre estar incluído socialmente é aceitar, acolher, compreender o sujeito acometido pelo transtorno mental e sua participação do contexto social, em contraposição à rejeição, à incompreensão e ao isolamento. Esta representação está de acordo com o que é concebido acerca da exclusão social, como uma situação marcada pelo fato de “não encontrar nenhum lugar social, o não pertencimento a nenhum *topos* social, uma existência limitada à sobrevivência singular e diária” (Escorel, 1999, p. 81).

O tratamento hospitalar psiquiátrico traz a imagem de exclusão social em alguns dos textos analisados. Essa concepção é reafirmada nos discursos que avaliam a existência do CAPS por si só como inclusão social. Por outro lado, considera-se que não é a internação a produtora do processo de exclusão social e que as ações realizadas no CAPS têm por finalidade a inclusão social, acreditando-se nas possibilidades deste serviço.

O CAPS, como o principal serviço de saúde mental capaz de reverter o modelo de atenção manicomial e excludente, apresenta proposições que vão ao encontro do que é preconizado pela OMS (2001) quanto às práticas de Reabilitação Psicossocial. Contrariamente, a instituição hospitalocêntrica apresenta-se como uma das faces da exclusão social, pois simboliza o “lugar zero da troca” (Rotelli, 2001, p. 61), seqüestrando, assim, as oportunidades de convivência e intercâmbios sociais do indivíduo com o seu contexto.

Contraditoriamente ao que propõe o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira – a diminuição dos leitos hospitalares –, os discursos apontam para a defesa do hospital na rede assistencial, apoiados na concepção de que é

possível realizar a terapêutica desse espaço, desconsiderando as reflexões necessárias em torno da função social dessa instituição.

Assim, afirmar que a intervenção ao usuário numa crise apenas dessa forma é mais segura está igualmente de acordo com as representações do modelo estabelecido pela psiquiatria.

A desinstitucionalização necessária nos serviços de saúde mental não se refere à diminuição de leitos ou ao fechamento de hospitais psiquiátricos, é um processo sem finalização, “um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos” (Alverga, Dimenstein, 2005, p. 63).

A lógica manicomial ainda permeia os discursos quando grades são consideradas formas de proteção à vida do usuário de um serviço que representa outro modelo assistencial. São representações sociais do senso comum, cujas noções de imprevisibilidade e periculosidade estão presentes desde o século XVIII, pois quando a loucura passou a ser um objeto do saber médico, o indivíduo foi considerado perigoso e também inconveniente ante as normas sociais (Silveira, Braga, 2005). Nesse sentido, mostra-se contraditório aos discursos que apostam na liberdade, no direito de ir e vir, como uma concepção de inclusão social.

Ainda em conformidade com o modelo hospitalocêntrico, é indicado como necessidade para o trabalho do CAPS e o bem-estar dos usuários que o mesmo esteja localizado num espaço amplo, “afastado”, contrariamente ao que é colocado para a mudança de modelo: o espaço arquitetônico, quanto à localização e estrutura física, tem importância para o deslocamento da lógica de exclusão, visto que a aproximação da comunidade se opõe ao isolamento proporcionado pela distância das instituições hegemônicas (Guljor, 2003).

Outra temática recorrente nos discursos é a família. A intervenção familiar para a promoção da inclusão social da pessoa com transtorno mental é colocada como prioridade nas práticas com essa finalidade. Há o reconhecimento do sofrimento da família em decorrência do transtorno

mental. No entanto, contraditoriamente, está presente a culpabilização – pela falta de adesão dos familiares ao tratamento oferecido e pela crise do usuário –, representando os conceitos da psiquiatria e da psicanálise numa abordagem de normalidade social.

Nessa direção, as famílias são inseridas pelas frases temáticas numa situação de limite para as práticas de inclusão social e pólo de resistência para a mudança de modelo de atenção. Em contrapartida, outras frases revelam que o problema está na ausência efetiva de intervenções técnicas neste núcleo primário, o que ecoa de forma mais coerente com estudos realizados acerca da família de pessoas com transtornos mentais.

O trabalho territorial, ou seja, a estruturação de uma rede social capaz de apresentar vinculações suficientes para o desligamento do usuário do serviço, ainda não é uma realidade do CAPS. As frases desvelaram dificuldades neste contexto e apontam para a necessidade de mais trabalhos territoriais. Entretanto, os discursos analisados indicam que as ações intramuros, auxiliadas pelo saber profissional, têm prioridade perante as práticas no território.

Nessas condições, os usuários permanecem vinculados ao serviço, o que aparece nos discursos como um comportamento de dependência. Por outro lado, se são desligados do tratamento no CAPS, são considerados aptos para a retomada de atividades diárias, menos para o trabalho. Essas considerações reiteram as representações sociais do senso comum.

As práticas de inclusão social, segundo as frases temáticas, estão fundamentadas nos conceitos da Reabilitação Psicossocial e também na compreensão de núcleo e campo, ambiência e na idéia de “equipe ampliada”.

O conceito de que a reabilitação expressa uma nova forma de relação entre o profissional e o usuário, exigindo um olhar que inclui o sujeito em seu processo de tratamento, aparece em alguns discursos e é condizente com as proposições de um novo modelo de atenção. Do mesmo modo, está expressa a preocupação com a reestruturação do cotidiano do indivíduo, o qual se torna conturbado pelo transtorno mental.

Os textos revelaram que as possibilidades encontradas para a inclusão social, as quais se apresentam próximas aos conceitos da Reabilitação Psicossocial, referem-se às práticas voltadas ao estabelecimento de relações intersetoriais, cujos resultados observados foram: aquisição de carteirinha para gratuidade nas passagens de ônibus; projetos envolvendo a alfabetização; o retorno à atividade produtiva a partir de encaminhamentos para centros comunitários e cooperativas do município; o estabelecimento de relações, trocas afetivas com a comunidade por meio de festas ou eventos comemorativos e o uso dos recursos comuns à vizinhança do CAPS; o estímulo ao desenvolvimento de uma consciência mais crítica dos usuários; e a percepção de si, por meio de uma oficina.

Em virtude dessas ações, três casos de usuários são relatados como concretizações reais das práticas realizadas no CAPS que objetivam a inclusão social. Além disso, dentre as possibilidades apontadas, os projetos educacionais MOVA e EJA tiveram destaque nas frases temáticas.

Por outro lado, os textos analisados assinalaram como limites para as práticas de inclusão social aspectos da dimensão macroestrutural das políticas públicas de saúde mental. Nesse sentido, apontam que as verbas destinadas ao serviço de saúde mental são insuficientes diante das necessidades de compra de material e número de profissionais para atendimento intensivo ao usuário numa crise e também para a realização de mais oficinas. A qualificação dos recursos humanos para o desenvolvimento de práticas de inclusão social foi outra necessidade percebida nos discursos.

A denúncia da insuficiência de Políticas Sociais, que respondam às necessidades das pessoas com transtornos mentais, foi igualmente entendida para outras populações que se apresentam em condições de fragilização dos vínculos sociais, como os desempregados.

Também a realização de visitas domiciliares foi percebida como uma necessidade do serviço, o que indica a frágil relação do CAPS com os PSFs, na perspectiva da construção de rede assistencial.

O estigma da doença mental também foi visto como uma das barreiras para a inclusão social, entretanto, observa-se que algumas propostas e práticas direcionadas à mudança cultural são delineadas, apresentando possibilidades de enfrentamento.

Foi notada a ausência de discursos que remetam a discussões de equipe. Algumas vezes as frases temáticas apontaram para aspectos de forma conjunta, como, por exemplo, a preocupação com a questão do trabalho para o usuário foi expressa sempre no plural, mas não é observado nos textos que este tema seja debatido na rotina institucional.

Para que os serviços substitutivos de saúde mental cumpram seu objetivo de inclusão social de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, eles devem buscar ações que possibilitem e estimulem a realização de trocas sociais, principalmente em sua rede social nuclear – a família, que solicita dos profissionais sensibilidade para lidar com o seu sofrimento sem culpabilizações, o enfrentamento ao estigma e a produção de autonomia da pessoa acometida pelo transtorno mental, igualmente pela via do trabalho.

Isso demanda a construção de outro paradigma na assistência à saúde mental e “a transição paradigmática impõe fundamentos éticos, assistenciais, políticos, de produção de conhecimento e de formação de recursos humanos para um novo modo de cuidar” (Barros, 2004, p. 79).

Observa-se que o momento de transição paradigmática está refletido nos discursos por meio de compreensões das práticas representativas do modelo hegemônico psiquiátrico, juntamente com novas perspectivas de atenção baseadas no modelo psicossocial. Desse modo, as concepções acerca das práticas de inclusão social apresentam-se pouco claras e muitas vezes contraditórias.

A explicitação dessas contradições, revelando as ideologias presentes no contexto do serviço de saúde mental, pode contribuir positivamente para a avaliação e posterior transformação da realidade em que estão inseridos os atores envolvidos com o processo de inclusão social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

As práticas consideradas de inclusão social dentro do serviço substitutivo que são condizentes com as representações do modelo tradicional psiquiátrico podem ser superadas a partir de debates mais intensos dentro das equipes interdisciplinares. Neste contexto, o projeto institucional que sustenta as ações do CAPS deve apresentar clareza em suas diretrizes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaúcha Enferm. 2005;26(3):369-80.

Aguiar A. Tomada de responsabilidade no campo da Reforma Psiquiátrica. In: Albuquerque P, Libério M, organizadoras. O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental; 2004.

Alverga AR, Dimenstein M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: NAU; 2005. p. 45-66.

Alves CAT, Colvero LA. O estigma do portador de transtorno mental e sua influência na reinserção social. In: VI Mostra de Monografias de Conclusão de Curso da EEUSP. São Paulo: EEUSP; 2003. p. 68-70.

Amaral MA . Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev Saúde Pública. 1997;31(3):288-95.

Amarante P. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. Rev Ter Ocup USP. 1992;3(1/2):8-16.

Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil; p. 73-84.

Amarante P, organizador. Loucos pela vida: trajetórias da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.



Amarante P, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate*. 2001;25(58):26-34.

Amarante P, coordenador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU; 2003. A clínica e a reforma psiquiátrica; p. 45-65.

Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhães CCPB, Martin D, et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):836-44.

Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad Pesquisa*. 2002; (117):127-47.

Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice. Taubaté: Cabral; 2001.

Barroso AGC, Abreu LM, Bezerra MAA, Ibiapina SLD, Brito HB. Transtornos mentais: o significado para os familiares. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2004;17(3):99-108.

Basaglia F. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates; 1982.

Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Bertolote JM. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 155-8.

Bezerra Júnior B. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. In: Albuquerque P, Libério M, organizadoras. O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental; 2004.

Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p. 41-72.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF); 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. Brasília (DF); 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília (DF); 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório do Grupo Final de Trabalho: saúde mental e economia solidária. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária; 2006.

Brunello MIB. Loucura: um processo de desconstrução da existência. Rev Ter Ocup USP. 1998;9(1):14-9.

Cambráia M. Política de saúde mental no Estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos CMS. Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através dos hospitais dia: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde Debate*. 1992;(37):16-9.

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégicas para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública*. 1997;13(1):141-4.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1982.

Carlotto MS. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. *Psicol Estud*. 2002;7(1): 21-9.

Carretta RYD. Pessoa com deficiências organizando-se em cooperativas: uma alternativa de trabalho? [tese]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2005.

Castel R. Da indigência à exclusão, a desfiliação precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A, organizador. *Saudeloucura 1*. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 21-48.

Castel R. As armadilhas da exclusão. In: Bógus L, Yazbek MC, Belfiore-Wanderley M, organizadores. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: EDUC; 1997. p. 15-48.

Castro ED, Lima EMFA, Brunello MIB. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: Bartalotti CC, De Carlo MMRP, organizadores. *Terapia*

ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001. p. 41-59.

Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):197-205.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Biotética. 1996;4(2 Supl):15-25.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p. 13-44.

Delgado PG. Conferência de abertura: economia solidária e saúde mental. In: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília (DF); 2005.

Demo P. Charme da exclusão social. 2ª ed. Campinas: Autores Associados; 2002.

Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias da exclusão social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. Exclusão social: em busca de uma categoria; p. 23-81.

Figueiredo VV, Rodrigues MMP. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. Psicol Estud [periódico online]. 2004;9(2):173-81.

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722004000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000200004&lng=pt&nrm=iso). ISSN 1413-7372. [Acesso em 13 mar. 2005].

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 8ª ed. São Paulo: Ática; 2005.

Goffman E. Prisões, manicômios e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Goldberg J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial – CAPS. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 33-47.

Gradella Junior O. Hospital Psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. *Psicol Soc* [periódico online]. 2002;14(1):87-102. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01021822002000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01021822002000100006&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0102-7182. [Acesso em 13 fev. 2005].

Guljor APF. Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Jucá VJS. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):771-9.

Kinker ES. Trabalho como produção de vida. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 1997; 8(1):42-8.

Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FCB, Henrique CMP, organizadores. *Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Ed. Página Aberta; 1996. p. 39-49.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-9.

Koda MY. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: Amarante P, coordenador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p. 67-87.

Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(1):93-102.

Lappann-Botti NC. Oficinas em saúde mental: história e função [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Lopes RE. Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Educação da UNICAMP; 1999.

Mângia EF. Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade. Rev Ter Ocup USP. 1997;8(2/3):91-7.

Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. Rev Ter Ocup USP. 2002;13(3):127-34.

Mângia EF, Rosa CA. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2002;13(2):71-7.

Marsigliá RG. Os cidadãos e os loucos no Brasil : a cidadania como processo. In: Marsigliá RG, Dallari DA, Costa JF, Moura Neto FDM, Kinoshita RT, Lancetti A. Saúde mental e cidadania. 2ª ed. São Paulo: Mandacaru, 1987. p. 13-28.

Mateus MDML, Wagner LC, Busnello ED´A, Ballester DP. Redução do estigma da doença em portadores de transtornos psicóticos [online]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto S.O.eSq; 2005. Disponível em: [www.soesq.org.br](http://www.soesq.org.br) [Acesso em 13 mar. 2006].

Medeiros SM, Guimarães J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuições ao debate. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(3):571-9.

Mello R. Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2ª ed. São Paulo: Ed. Escrituras; 2006.

Melman J. Centro de atenção psicossocial: a metamorfose como estratégia. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 1992; 3(1/2):54-59.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.

Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Rev Lat Enferm. 2003;11(6):786-91.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2003.

Nicácio F, Amarante P, Barros DD. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: NAU; 2005. p. 195-214.

Oliveira AGB, Alessi NP. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. Rev Paul Enferm. 2003; 22(1):31-42.

Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(1):191-203.

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2006;22(5):1053-62.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

Osinaga VLM. Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Passos ICF, Beato MSF. Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da História da Loucura de Foucault para investigações etnográficas. *Psyché*. 2003;7(12):137-58.

Pitta A. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. Inclusão social: Brasil. In: Caderno de Textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Resende H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987. p. 15-73.

Ribeiro MBS. Estudo de característica de familiares de usuários de uma associação civil para a reabilitação psicossocial [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual de São Paulo; 2003.

Rosa LCS. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: Caderno de Textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Rotelli F. Re-habilita la re-habilitación. In: Rede Internacional das Práticas de Luta contra Exclusão Social [online] ; 1993. Disponível em: [http://www.exclusion.net/images/pdf/47\\_comoq\\_riabilitare\\_es.pdf](http://www.exclusion.net/images/pdf/47_comoq_riabilitare_es.pdf) [Acesso em 1 jun. 2005].

Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-99.

Rotelli F. O inventário das subtrações. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001a. p. 61-4.



Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.

Sadigursky D, Tavares JL. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. Rev Lat Am Enferm. 1998;6(2):23-7.

Salles M. Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para vivência do cotidiano e da inserção social [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Saraceno B, Asiofi F, Tognoni G. Manual de saúde mental. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Rev Ter Ocup da USP. 1998;9(1):26-31.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora; 1999.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta , organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-8.

Sawaia BB. Representação e ideologia: o encontro desfetichizador. In: Spink MJ, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993. p. 73-84.

Silva ALA. O projeto copadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(1):4-9.

Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Lat Am Enferm.* 2005;14(4):591-5.

Souto ACF. A diversidade nas empresas: onde estão as pessoas com doença mental? *Boletim SOESQ.* 2005 jul./set.:3-4.

Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad Saúde Publica.* 1993;9(3):300-8.

Tavares CMM, Barone AM, Fernandes JC, Muniz MA. Análise de implementação de tecnologias de cuidar em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2003;7(3):342-50.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Cienc Saúde manguinhos [periódico online].* 2002;9(1);25-29.  
Disponível em: <http://www.scielo.br> [Acesso em 13 mar. 2005].

Trivínos ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais.* São Paulo: Atlas; 1987.

Valentini WAH, Vicente CM. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: Pitta , organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec; 2001. p. 48-54.

Vianna PCM, Barros S. O processo saúde doença mental: a exclusão social. *REME Rev Min Enferm.* 2002;6(1/2):86-90.

Vianna PCM, Barros S. A análise do discurso: uma revisão teórica. *REME Rev Min Enferm.* 2003;7(1):56-60.

Vianna PCM, Barros S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. *REME Rev Min Enferm* 2004; 8(1):223-8.

Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estud Psicol (Natal)*. 2004;9(2): 373-9.

Vietta EP, Kodato S, Furlan R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(2):97-103.

Wanderley MB. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: Sawaia B, organizadora. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 16-26.

## ANEXOS

### Anexo A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP-EEUSP)



#### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213  
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 31 de agosto de 2005.

Ilm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup>  
**Adriana Leão**

Ref.: Processo nº 461/2005/CEP-EEUSP


Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "INCLUSÃO SOCIAL: OS DESAFIOS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS ASSISTIDAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dulce Maria Rosa Gualda  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

## Anexo B: Pedido de Autorização Institucional



### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Tel.: (011) 3066.7602 - Fax: (011) 3066.7615  
São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 09 de setembro de 2005

#### Pedido de autorização institucional

Prezada Senhora,

Vimos solicitar autorização para Adriana Leão, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizar a pesquisa intitulada *"Inclusão social: os desafios da Reabilitação Psicossocial de pessoas portadoras de transtornos mentais assistidas nos Centros de Atenção Psicossocial"* (título provisório), para a obtenção de título acadêmico, nível mestrado.

Na oportunidade, esclarecemos que a pesquisa será realizada com os profissionais que compõe a equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial de São Carlos "Amigos da Liberdade".

A pesquisa tem por finalidade identificar alguns dos limites e das potencialidades para fomentar a inclusão social no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, representado aqui pelos Centros de Atenção Psicossocial, os quais são considerados como um importante avanço no processo de transformação da assistência psiquiátrica brasileira.

Especificamente pretende-se: 1. Identificar as ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial que, de acordo com a equipe de saúde mental, tenham como finalidade a inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes. 2. Compreender a fundamentação teórico-prática que sustentam as ações e 3. Analisar a concepção de inclusão social dos projetos assistenciais, por meio da representação social dos trabalhadores.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Profª Drª Sônia Barros

Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ilmª Srª Yolanda C. Barderio  
Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial de São Carlos "Amigos da Liberdade"

**Anexo C: Declaração****Prefeitura Municipal de São Carlos**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
*Gabinete do Secretário*

Rua Cap. Adão Pereira de Souza Cabral, 457 – São Carlos-SP  
CEP: 13561-000 – Fone/Fax (16) 3362-1350  
e-mail: [saude@saocarlos.sp.gov.br](mailto:saude@saocarlos.sp.gov.br)


---

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins institucionais que a aluna do Programa de Pós-Graduação, ADRIANA LEÃO, está devidamente autorizada a desenvolver a pesquisa intitulada *“Inclusão social: os desafios da Reabilitação Psicossocial de pessoas portadoras de transtornos mentais assistidas nos Centros Psicossocial”* (título provisório) junto ao CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de São Carlos, com acompanhamento e supervisão da Profa. Dra. Sônia Barros.

São Carlos, 18 de Outubro de 2005

**MARCELO HENRIQUE DE PAULO**  
Secretário Municipal de Saúde



## Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### I – Dados de identificação:

Nome do entrevistado \_\_\_\_\_

#### II – Dados sobre a pesquisa:

**Título da Pesquisa:** *Inclusão social: os desafios da reabilitação psicossocial de pessoas portadoras de transtornos mentais assistidas nos Centros de Atenção Psicossocial.*

**Pesquisadora:** Adriana Leão (CREFITO 3/6737-TO)

Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, área de concentração Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP- SP.

Fone: (16) 3371-4207 e-mail: drileao@usp.br

#### III – Registro das explicações sobre a pesquisa ao participante:

Este estudo tem como objetivo identificar as ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial que tenham como finalidade a inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes. Além disso, buscará analisar a concepção de inclusão social dos projetos assistenciais, por meio da representação social dos profissionais que compõem a equipe do Centro de Atenção Psicossocial.

Você é livre para expressar suas idéias e poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre a sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado(a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos ou constrangimentos. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo.

#### IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

- 1- Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
- 2- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
- 3- Salvar da confidencialidade, sigilo e privacidade.
- 4- Não sofrerá qualquer prejuízo, caso se negue a participar do estudo ou interrompa sua participação.

#### V – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do colaborador da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## Anexo E: Roteiro de Entrevista

### Identificação:

Iniciais do colaborador:	_____
Sexo:	( <input type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> ) Feminino
Profissão:	_____
Idade:	_____
Formação (graduação, especialização, pós-graduação)	_____
Instituição:	_____
Funções exercidas na instituição:	_____
Tempo de experiência na área de saúde mental:	_____
Tempo de trabalho na instituição:	_____

### Questões abertas:

1. Na sua prática cotidiana o que você identifica como projetos ou ações de inclusão social?  
Relate uma vivência.
2. Uma das proposições da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a de promover a inclusão social de seus usuários. Quais as ações que podem ser feitas para atingir este objetivo?
3. Como você compreende a exclusão/inclusão social de pessoas com transtornos mentais?
4. Quais as possibilidades encontradas no território para o desenvolvimento das ações de inclusão social?
5. É possível promover a inclusão social das pessoas em situação de sofrimento psíquico?  
Liste possíveis facilidades e dificuldades para a promoção da inclusão social.