



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

**MILENA BLUMETTI DA SILVA**

**TRAJETÓRIA DE SUJEITOS COM TRANSTORNOS  
MENTAIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR, BAHIA:  
ACESSIBILIDADE?**

Salvador  
2016

**MILENA BLUMETTI DA SILVA**

**TRAJETÓRIA DE SUJEITOS COM TRANSTORNOS  
MENTAIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR, BAHIA:  
ACESSIBILIDADE?**

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós-graduação em  
Políticas Sociais e Cidadania, da  
Universidade Católica do Salvador,  
como requisito para obtenção do título  
de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria  
Fernandes Pitta

Salvador  
2016

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

S586 Silva, Milena Blumetti da.  
Trajetória de sujeitos com transtornos mentais na rede de atenção  
psicossocial no centro histórico de salvador, Bahia: acessibilidade?/  
Milena Blumetti da Silva. – Salvador, 2016.  
119 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas  
Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

1. Políticas de saúde mental 2. Rede de atenção psicossocial  
3. Acessibilidade – Barreiras 4. Centros de atenção psicossocial  
I. Título.

CDU 364.444:616.89

**TERMO DE APROVAÇÃO**

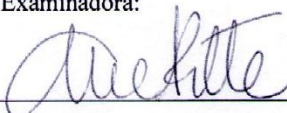
**MILENA BLUMETTI DA SILVA**

**“TRAJETÓRIA DE SUJEITOS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA REDE DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR, BAHIA:  
ACESSIBILIDADE?”**

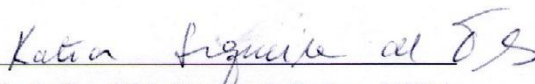
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas  
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 29 de março de 2016.

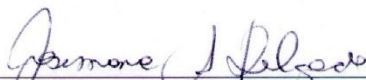
Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta – Orientadora/UCSal

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Kátia Siqueira de Freitas – UCSal

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Josimara Aparecida Delgado - UFBA

  
\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Marco José Duarte - UERJ

## **Dedicatória**

Aos sujeitos com transtornos mentais.  
Aos que não sobreviveram ao modelo  
médico-hegemônico e aos que  
continuam lutando por melhores  
formas de cuidados.

## AGRADECIMENTOS

A minha família, por estar sempre presente, pelo amor e incentivos constantes.

Ao meu esposo, Romay, pelo otimismo contagiante, tranquilidade e força em todos os momentos.

A minha orientadora Ana Pitta, pelas orientações, ensinamentos valiosos e cuidados constantes.

A Rejane minha amiga do mestrado pelo companheirismo e amizade.

Mário, amigo do mestrado, pela força solidária. E a todos que compartilharam esses anos de estudos e desafios.

A todos os professores do mestrado, com os quais tive ótimas oportunidades de reflexão.

A professora Isabel pela generosidade nos ensinamentos.

A professora Josimara Delgado e a professora Katia Siqueira pelo gentil e pronto aceite ao convite para participação na banca de defesa desta dissertação.

Aos usuários e trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS onde realizei a pesquisa.

A todos que estiveram presentes nessa trajetória.

SILVA, Milena Blumetti da. **Trajetória de sujeitos com transtornos mentais na rede de atenção psicossocial no centro histórico de Salvador, Bahia: acessibilidade?** 119 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, 2016.

## RESUMO

A pesquisa fez uma análise, a partir da ótica do sujeito com transtorno mental, de suas vivências pelas trajetórias de acesso a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Tem por referência o novo modelo em Saúde Mental instituído pela Reforma Psiquiátrica Brasileira de 2001. O problema é pautado da seguinte forma: Como o sujeito com transtorno mental vivencia a sua trajetória para o acesso à RAPS? Assim, o estudo objetivou compreender de que forma o sujeito com transtorno mental acessa os serviços da RAPS; como se dão os acessos e se existem barreiras postas em seu caminho que dificultem ou mesmo retardem a sua trajetória na busca de cuidados. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, a partir de uma combinação de estratégias metodológicas, utilizando pesquisa documental por meio de consultas aos arquivos de prontuários de usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, da observação direta a algumas trajetórias por meio da pesquisa etnográfica e de relatos de trajetórias e entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontam que os participantes apresentam dificuldades em acessar a rede de cuidados, principalmente por não termos uma rede de serviços bem constituída e que o CAPS não tem conseguido fazer uma articulação em rede, assumindo hegemonicamente os cuidados com a saúde mental, o que não tem favorecido a complexidade de respostas às necessidades sentidas e ao fortalecimento dos exercícios de cidadania ativa dos sujeitos com transtorno mental na busca de direitos legalmente conquistados.

Palavras-chave: Políticas de Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial, Acessibilidade, Barreiras, Centros de Atenção Psicossocial.

SILVA, Milena Blumetti da. **Trajectory of subjects with mental disorders in psychosocial care network in the historic center of Salvador, Bahia: accessibility?** 119 f. Thesis (MA) - MA in Social Policy and Citizenship, Catholic University of Salvador (UCSAL), Salvador, 2016.

### **ABSTRACT**

The research is an analysis from the perspective of the individuals with mental illness, their experiences by trajectories of access to Psychosocial Care Network (RAPS). The reference is the new model on Mental Health established by the Brazilian Psychiatric Reform. The problem is guided as follows: How does the subject with mental disorder experiences his/her trajectory to access the Psychosocial Care Network (RAPS)? Thus, the study aims to understand how the subject with mental disorders access the services of RAPS; how to offer access and whether there are barriers put in their way that impede or even slow this trajectory for care seeking. It is a study of qualitative, descriptive and exploratory approach, from a combination of methodological strategies, using documentary research through consultations to CAPS user records files, direct observation to some paths through ethnographic research and trajectories and semi-structured interviews reports. The results show that participants have difficulties in accessing the network care, especially for not having a well-formed service network and CAPS has not been able to make a network joint, assuming hegemonically the care of mental health, which has not favored the complexity of answers to the needs and strengthening of active citizenship exercises of individuals with mental illness in the search for legal rights achieved.

Keywords: Mental Health Policies; Psychosocial Care Network: Accessibility; Barriers; Psychosocial Care Centers.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde.
AMEA	Associação Metamorfose Ambulante.
BPC	Benefício de Prestação Continuada.
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente.
C.F	Constituição da República Federativa do Brasil.
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde.
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social.
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social.
ISC	Instituto de Saúde Coletiva.
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social.
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial.
NOB	Norma Operacional Básica.
ONGs	Organizações Não Governamentais.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PSF	Programa de Saúde da Família.
PTS	Plano Terapêutico Singular.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial.
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira.
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO/</b> .....	<b>11</b>
<b>Capítulo I</b>	
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE MENTAL: DO MODELO ASILAR AO MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.</b> .....	<b>14</b>
1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA FORMA DE COMPREENDER E TRATAR À LOUCURA. ....	14
1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA. ....	21
1.3 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA: A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA ORDEM LEGAL. ....	27
<b>Capítulo II</b>	
<b>NOVAS GARANTIAS LEGAIS PARA O SUJEITO COM TRANSTORNO MENTAL: DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA</b> .....	<b>32</b>
<b>Capítulo III</b>	
<b>REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): POLÍTICA PÚBLICA E ATUAÇÃO TERRITORIAL.</b> .....	<b>43</b>
3.1 RAPS: POSSIBILIDADES E FRAGILIDADES PARA O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. ....	49
3.2 AS RELAÇÕES ENTRE O CAPS E A RAPS: TRABALHO EM REDE E A AÇÃO NO TERRITÓRIO. ....	56
<b>Capítulo IV</b>	
<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>62</b>
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO .....	62
4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	70
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA. ....	71
4.4 COLETA DE DADOS .....	73
4.5 ANÁLISE DE DADOS .....	74
4.6 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO .....	76
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>77</b>
5.1 CONHECENDO AS HISTÓRIAS DOS USUÁRIOS. ....	77
5.1.1 Caso 1.....	77
5.1.2 Caso 2.....	79
5.1.3 Caso 3.....	81

<b>5.1.4 Caso 4</b> .....	82
<b>5.1.5 Caso 5</b> .....	84
5.2 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	86
5.3 CATEGORIA DE ANÁLISE 1: POLÍTICAS PÚBLICAS.....	87
5.4 CATEGORIA DE ANÁLISE 2: CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS. ....	93
5.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ARTICULAÇÕES.....	97
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>108</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	108
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	111
<b>ANEXOS</b> .....	<b>115</b>
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PREFEITURA DE SALVADOR.....	115
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	116

## INTRODUÇÃO

Novas práticas de cuidados na saúde mental demandaram além de serviços que se contrapõem ao modelo hospitalocêntrico, uma mudança de paradigma manicomial, a fim de garantir um tratamento digno e humano, necessários aos cuidados em liberdade do sujeito com sofrimento psíquico. O modelo hospitalar manteve-se hegemônico por muitos anos, bastante questionado a partir dos anos setenta, através dos primeiros movimentos que deram início ao que se consolidou chamar de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, talvez seja o serviço mais conhecido, e, portanto, caracterizado, em alguns momentos, como o único responsável pela atenção em saúde mental no território. Entretanto, sabe-se que o CAPS não é o único serviço responsável pela atenção e cuidados à saúde mental, uma vez que, o modelo atual, busca romper com a forma antiga, que dava exclusividade ao tratamento do sujeito, a um único serviço.

A nova forma de cuidados traz uma abordagem psicossocial, sendo o sujeito visto em todas as suas necessidades e protagonista da sua própria história. Para tanto, faz-se necessário uma articulação com outros serviços do território, através da participação de outros atores e sujeitos sociais, consolidados através da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Diante deste novo cenário, busca-se analisar a trajetória do sujeito com transtorno mental ao acesso a esses serviços oferecidos pela RAPS e como é a qualidade desse acesso, a partir da perspectiva do próprio sujeito, o que se constitui no objetivo maior deste trabalho.

O problema que norteia este estudo está formulado da seguinte forma: Como o sujeito com transtorno mental vivencia a sua trajetória para o acesso a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?

Parto da hipótese de que o sujeito encontra em sua trajetória muitas barreiras, pelo próprio formato restritivo das políticas públicas que vem fragilizando as intervenções dos serviços de saúde, bem como também dos serviços vinculados a outras políticas públicas. O que seguramente vem inviabilizando a consolidação de uma rede bem tecida, que promova os cuidados necessários ao sujeito que busca os serviços.

Além de que, ainda existe um forte estigma quanto à forma de compreender e tratar a loucura e que são definidos em uma história de saberes e práticas, construídos dentro de um espaço coletivo. Desta forma, a condição social de cidadania e qualidade de vida não está atrelada unicamente a esse indivíduo por razões políticas e assistenciais de ordem conjuntural, mas, também, por razões de ordem estrutural, instituídas no processo histórico da doença mental. A questão social, política e econômica de cada momento histórico definem a conduta da sociedade em relação à loucura.

Esse tema é relevante para a política de saúde mental, pois mostra a perspectiva do sujeito com transtorno mental em sua trajetória para o acesso aos serviços ofertados pelo modelo substitutivo de saúde mental e outros serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

Quanto à relevância que circunda a órbita pessoal da escolha desse objeto de pesquisa e dissertação, justifica-se pela trajetória profissional da pesquisadora na área da saúde mental, nos modelos médico-hegemônico (manicomial) e de atenção psicossocial (comunitário/territorial). A fim de compreender como os sujeitos vêm lidando com as novas formas de cuidados em liberdade e se existe de fato um rompimento com o modelo anterior.

A dissertação está estruturada da seguinte forma:

No primeiro capítulo, introduzo o estudo, apresentando os objetivos, o problema de pesquisa, hipótese, justificativa e estrutura do trabalho.

O capítulo 2, de revisão de literatura, traz uma discussão sobre as Políticas Públicas na Saúde Mental, fazendo uma retrospectiva que parte do modelo asilar ao modelo de atenção psicossocial, com enfoque nas formas de compreender e tratar a loucura, a partir de um contexto econômico e político de Estado que influenciam nas formas das políticas públicas. O objetivo foi promover uma reflexão que favoreça o entendimento das políticas públicas atuais, no que se refere aos direitos dos sujeitos com transtorno mental em seus acessos a rede. Os diálogos estão respaldados nas ideias de Resende (1994) sobre a conjuntura que balizou o enclausuramento da loucura. Do vasto Estado da Arte especializado recorri a autores referências, tais como Pitta (1984), Amarante (1994,2015), Yasui (2010), Pitta (2011), Ferreira (2007).

O capítulo 3 tratou da discussão que envolve a Cidadania e os Direitos Humanos, no contexto dos sujeitos com transtornos mentais. Quais as novas

garantias para a realidade da saúde mental e a influência política pela qual passa a cidadania, e o que a diferencia dos direitos humanos, tendo por finalidade problematizar tais conceitos, a fim de compreender os conflitos e desafios contemporâneos inerentes a esses temas no que tange ao cotidiano do sujeito com transtorno mental. Na construção desse capítulo teórico, a interlocução aconteceu com autores como Marshall (1967), Vasconcelos (2010), Benevides (1998), Bobbio (2004), dentre outros especialistas.

No capítulo 4 apresento uma discussão sobre a política atual, no que concerne a Rede de Atenção Psicossocial e cuidados ao sujeito com transtorno mental, enfocando as possibilidades e fragilidades para o modelo de atenção psicossocial e as relações que o CAPS mantém no território ao qual está inserido. Nesta parte faço interlocução com Amarante (1994), Yasui (2010), Pitta (2011), Ferreira (2007).

No capítulo 5 explicito o método da pesquisa: abordagem metodológica, contexto do estudo, participantes, instrumentos de produção de dados, cuidados éticos, procedimentos de coletas de dados e procedimentos de análise de dados.

No capítulo 6 apresento os resultados e a discussão dos dados coletados nas entrevistas, através da observação direta e dos prontuários.

Na sequência, no capítulo 7, elaboro as considerações finais do presente estudo.

O trabalho contribuiu para uma análise do cenário das políticas públicas de forma geral e em específico à realidade dos sujeitos com transtornos mentais que se veem cerceados em suas trajetórias para o alcance dos serviços públicos que necessitam, em decorrência do sucateamento das políticas e serviços, restrição de direitos e estigmas em relação ao transtorno mental na sociedade.

## *Capítulo I*

# **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE MENTAL: DO MODELO ASILAR AO MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.**

### 1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA FORMA DE COMPREENDER E TRATAR À LOUCURA.

Sempre existiu uma forma diferenciada de olhar, compreender e tratar a pessoa com transtorno mental. A evolução conceitual de Estado, Políticas Públicas e Cidadania sempre estiveram atreladas a interesses econômicos. Assim, a pessoa com transtorno mental, ou mesmo aquelas que não atendiam aos interesses do sistema, do ponto de vista econômico, eram segregadas das relações sociais, econômicas e políticas.

Segundo Desviat (1999), no século XVII, na Europa, determinou-se o enclausuramento em asilos, de mendigos, desempregados e pessoas sem teto, em resposta à desorganização social e à crise econômica, resultado das mudanças no modo de produção.

Essa realidade, respeitando as devidas marcas históricas e especificidades de cada momento, não difere do contexto vivenciado pela sociedade brasileira, no intervalo de tempo entre o Brasil Império (1882-1889) e a República Velha (1889-1930), no que diz respeito à institucionalização da pobreza e da loucura nos asilos recém-construídos (RESENDE, 1994).

Apesar do movimento da reforma psiquiátrica se constituir a partir dos anos 70, dando seguimento nos anos 80, aos dias atuais, ainda se almeja a sua consolidação. É perceptível a exclusão social daqueles que como antes, não despertam o interesse do sistema, no que se refere a sua inclusão. A ideia é analisar o processo evolutivo da loucura, a partir do modelo asilo-manicomial, seguidas das intervenções médico-hegemônicas que estavam vinculadas ao Estado e as políticas públicas. Mesmo com formas de tratamentos diversas das de outrora, é real a segregação social daqueles que ainda são vistos como improdutivos para o sistema. As ordens sociais

estabelecidas criam e determinam as formas de atendimento aos mais vulneráveis, através de políticas restritivas.

No Estado brasileiro, a loucura passou a ser olhada com pretensões interventivas por parte do poder público, a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX. Naquele cenário, com iminentes mudanças sociais e econômicas, seria impossível organizar as cidades que cresciam, tanto em espaço geográfico, quanto pelo aumento das populações. Assim, com a pretensa missão de organizar o espaço urbano, a medicina construiu um projeto responsável pelo surgimento da psiquiatria brasileira (RESENDE, 1994).

A loucura inicia nesse contexto, a sua trajetória rumo ao enclausuramento, onde permaneceria por décadas. O modelo que se consolidou a partir de então, foi pautado por um processo continuado de asilamento, de medicalização social, imperando a ordem psiquiátrica, modelo instituído para contribuir com a organização da sociedade, através da disciplina e da ordem em uma questão visivelmente de saúde. Estava explícito o que motivou a construção de instituições para as pessoas que viviam em sofrimento psíquico, o seu afastamento social (AMARANTE, 1994).

A ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira, nos primeiros anos do século XX, em consonância com os objetivos do poder público e da sociedade da época, promovia ações com o intuito claro de remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar os doentes mentais, embora dentre os objetivos mostrados, os dois primeiros assumiram o direcionamento dos hospitais psiquiátricos. Os outros objetivos que estavam mais associados aos cuidados da vida diária, se quer foram colocados em prática, nem mesmo para garantir a efetivação dos primeiros de remover e excluir. Pelo contrário, o caráter excludente e segregador do Hospital Psiquiátrico manteve-se inalterado por muitos anos (RESENDE, 1994).

Os modelos de Estado, o modo de produção e as políticas públicas instituídas, determinam à condução da vida de todos que fazem parte do sistema. O tratamento dispensado ao sujeito com transtorno mental também será norteado pelos interesses subjacentes a essa realidade econômica e social.

Com o surgimento do capitalismo mercantil, o feudalismo foi deixado para trás, o que contribuiu para que emergisse a necessidade de um modelo de homem que atendesse aos interesses do novo mercado. O trabalho, categoria atrelada às



características do modo de produção ao qual está vinculado, no modelo anterior, expressava a liberdade do seu tempo, fosse desenvolvido na zona rural ou nas cidades, imperava as diferenças individuais, valorizadas, consideradas importantes. No trabalho agrícola o ritmo era ditado pela natureza, o que facilmente acabava por respeitar a individualidade e o tempo de cada trabalhador (RESENDE, 1994).

Com a relativa liberdade em expressar-se através do trabalho, o homem não era aprisionado aos requisitos impostos pelo modo de produção ao qual estava vinculado, o que seguramente também favorecia o sujeito com transtorno mental. Não sendo considerada coincidência, que nos dias atuais, atividades ligadas às artes, ao artesanato e ao campo fazem parte de atividades terapêuticas dos serviços de saúde mental, exatamente por conta de seu caráter livre de expressão, onde a individualidade é respeitada e valorizada, com o objetivo de trabalhar a autonomia e fortalecimento da autoestima.

A nova concepção de trabalho, onde prevaleceria a subordinação em um processo de trabalho vigiado e racionalizado, que até aquele momento era instituído em casas de correção e presídios, não atraía uma parcela importante da sociedade, que permanecia na mendicância, ao passo em que ocorria uma escassez de mão-de obra. A profilaxia social inicia a sua prática nesse cenário e o doente mental que não se adaptaria a essa nova ordem, gradativamente vai sendo retirado de sua liberdade, até então tolerada (RESENDE, 1994).

Alguns aspectos são relevantes para o entendimento dessa pretensa liberdade, e o que de fato mudou para que o sujeito com transtorno mental tivesse cerceado o seu direito de ir e vir. Analisando o contexto que antecedeu ao processo de institucionalização da loucura na sociedade brasileira verifica-se que, a liberdade então gozada pelo sujeito com transtorno mental, não era uma liberdade de convivência harmônica e respeitosa, com direitos garantidos, ao contrário, a loucura passava despercebida devido ao número ainda pouco significativo de doentes mentais, o que não trazia incômodos para a sociedade, relacionado à expectativa de vida que não era de muitos anos e no caso de algumas doenças mentais ao se manifestarem na idade adulta, não havia tempo para o seu surgimento devido a mortes prematuras (DESVIAT, 1999).

A loucura passou a ser vista como uma das causas de desencadeamento de problemas sociais, e, não poderia tornar-se obstáculo para o projeto de

desenvolvimento das cidades. Com o entendimento de que o indivíduo era responsável pelos seus infortúnios e vitórias, ao doente mental, não foi concedida outra interpretação, logo sendo, também, incluído entre os indivíduos culpabilizados por suas derrotas socioeconômicas e incapacidades de acompanhar a nova ordem que se avizinhava, saldando a sua culpa com o compulsório afastamento social.

Para a sociedade da época, a figura do louco era muito associada às classes menos favorecidas, ou seja, aos pobres e todos que, segundo a ordem que imperava naquele momento fossem considerados empecilhos para o crescimento e desenvolvimento urbano (AMARANTE, 1994). A criação de uma estrutura segregadora era iminente e a ameaça provocada pelo incômodo das classes vulneráveis estava próxima ao seu enclausuramento. A construção de uma instituição com o intuito de afastar e distanciar a figura do louco da sociedade teve como estratégia para a sua implementação lugares geograficamente distantes dos centros urbanos, como a Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, com a intenção de segregar o sujeito das relações sociais e do meio urbano. Percebe-se que as trajetórias do sujeito com transtorno mental já foram iniciadas com muitos obstáculos e exclusões.

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais REfletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores (RESENDE, 1994, p. 36).

A loucura passou a ser excluída, tornando-se um objeto, inicialmente da Igreja, para em seguida, institucionalizar-se a partir do poder médico.

A medicina torna-se hegemônica, na história da loucura, a partir do intervalo entre a criação do Hospício de Pedro II até a Proclamação da República, momento em que a direção do Hospício estava nas mãos do clero e das Santas Casas de Misericórdia. As críticas, feitas pelos médicos, eram pela ausência de um projeto assistencial científico, no cuidado da loucura, o que viria garantir o status de doença a loucura e os cuidados específicos. Assim, com a elaboração de um projeto direcionado aos cuidados da loucura, constitui-se, segundo Amarante (1994) a Primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Com a constituição da República no território nacional, uma nova ordem social e econômica era iniciada, com medidas que transformaram o cenário brasileiro. Uma dessas medidas, específicas à realidade do sujeito com transtorno mental, foi à criação das colônias, inspiradas em experiências europeias. Quanto a esse modelo:

(...) modelo asilar de colônias inspira-se em experiências europeias que, por sua vez, são baseadas numa prática natural de uma pequena aldeia belga, Geel, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa, patrocinada pela Santa Dymfna, a padroeira dos insanos (AMARANTE, 1994, p.76).

As colônias tinham a pretensão de tornar o sujeito funcional ao sistema, desta forma, respondendo aos interesses do novo modo de produção que carecia de trabalhadores para acelerar o incipiente sistema capitalista, além de solucionar o problema, ao retirar de cena os indesejáveis.

A função das colônias era tornar a convivência dos doentes mentais e da comunidade, em qualquer espaço ocupacional, seja em casa ou no ambiente de trabalho, o mais natural e harmônica possível. O trabalho, como elemento estruturante, importante para a nova sociedade baseada em princípios burgueses, ocuparia uma função terapêutica nesse modelo (RESENDE, 1994).

Entretanto, contraditoriamente, o que aconteceu foi uma ampliação do espaço asilar, persistindo a segregação e o enclausuramento do doente mental. O processo terapêutico ora introduzido, não favoreceu uma ampliação do debate em relação a questões pertinentes aos direitos dos envolvidos, ou seja, o doente mental continuava sendo desconsiderado em seus direitos, impossibilitado em manifestar-se e a posicionar-se quanto ao tratamento e a própria vida.

Nos anos vinte, a psiquiatria aliou-se ao Estado em uma ação de controle social, através da eugenia, fortalecendo um processo notório de profilaxia social. Pretendia a recuperação de raças; o objetivo da psiquiatria não era mais somente o individual, mas atingir um maior número, a fim de constituir coletividades sadias. Com essa prática o asilo fortalece-se ainda mais, enquanto modelo hegemônico, pois se torna um espaço onde o que se pretende é a aceção, a normalidade, a eugenia. (AMARANTE, 1994, p.78).

Em relação ao papel do hospital psiquiátrico, Saraceno (2001) analisa ser o lugar concreto, o laboratório onde ocorreram experiências para descobertas de

práticas reabilitativas. No Brasil, esse laboratório tornou-se mais evidente na década de 30, quando a psiquiatria, finalmente acreditava ter encontrado a cura para as doenças mentais, através do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. O empirismo é substituído por técnicas novas, respaldadas por estudos científicos (AMARANTE, 1994).

O poder médico era inquestionável e as várias formas de tratamentos que foram surgindo fortaleciam o binômio saber/poder. Muitas experiências, através dos novos procedimentos foram desenvolvidas, sem critérios ético nem humano. O cientificismo, na loucura, representava o sofrimento daqueles que estavam completamente nas mãos insanas dos detentores do poder.

Seguindo a lógica do processo evolutivo das formas de enxergar, compreender e tratar a loucura observa-se que, quanto mais se desenvolvem formas de tratamentos, mais enclausurados, sem poder e sem autonomia ficam os doentes mentais, ao tempo em que, aumentam os asilos, e, conseqüentemente, o número de internos.

Os sujeitos internados em asilos são homens sem direitos, submetidos às normas do hospital, em uma relação de passividade frente ao poder institucional, onde prevalece à exclusão, deflagrada por aqueles, socialmente eleitos para realizarem essa segregação, os médicos, delegados da sociedade, os que desempenham a função de enclausurar as pessoas com sofrimento psíquico. (BASAGLIA, 1985).

Com o surgimento dos neurolépticos nos anos 50, no Brasil, não houve uma diminuição no número de internamentos, ao contrário, as novas medicações tornaram-se ferramentas de controle da loucura nas instituições asilares. Embora relevante, não se deve desconsiderar que as mais importantes inovações que aconteceram no campo das reformas psiquiátricas, foram realizadas antes do advento dos psicotrópicos (comunidades terapêuticas, terapia ocupacional, atividades de grupos). A postura profissional em relação ao uso dos psicotrópicos, inicialmente foi de entusiasmo, que infelizmente não pode ser traduzida pelo uso bem orientado e correto das medicações, visto que, em alguns momentos, as medicações tornaram-se instrumentos de punição e opressão daquela parcela que ainda permanecia à mercê das novas informações (AMARANTE, 1994).

A evolução e descobertas de alternativas para o tratamento da loucura continuavam mantendo o sujeito alienado do seu processo, não sendo respeitado em

sua completude, reduzido a sintomas, ficando mais claro esta afirmativa através da introdução do uso dos neurolépticos, que beneficiou a ampliação quantitativa de consumidores, trazendo para a realidade brasileira, outros interesses para a administração da loucura. Agora, como algo rentável, do ponto de vista econômico. Conseqüentemente, não favoreceu a desinstitucionalização, não diminuiu o número de internamentos, ao contrário, trouxe outros atores para a cena social, produzindo novos clientes que viriam aumentar e fortalecer a assistência privada e, por conseguinte o modelo psiquiátrico asilar.

A partir do final da Segunda Guerra Mundial, serviços alternativos, com ideologias diversas ao do modelo asilar, surgiram em outras sociedades. Na realidade brasileira foram implantados alguns serviços, mas de forma isolada e sem grande ressonância, visto que aconteciam perifericamente, ou seja, desenvolviam-se em um ou outro serviço, direcionando-se a um ou a outro grupo, sem contar com os investimentos do poder público. O fortalecimento do setor privado, no Brasil, inibiu formas alternativas de experiências de reformas psiquiátricas. Em relação às experiências brasileiras, Amarante analisa que: “Tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos, que suas memórias são de difícil, senão impossível, resgate.” (AMARANTE, 1994, p.79).

A partir da privatização da saúde na década de 60, mudanças foram estabelecidas por parte do Estado, aumentando consideravelmente o número de hospícios no Brasil. As reformas na saúde e na previdência social, dirigidas pela ditadura militar, tinham o modelo focado na administração centralizada, com atendimento médico privatizado. E, quanto aos serviços psiquiátricos, o Estado passa a comprar esses serviços do setor privado, o que possibilitou a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada, viabilizando a abertura de várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo Instituto Nacional da Previdência Social - INPS. Essa iniciativa torna a doença mental um objeto de lucro, favorecendo o enriquecimento de muitos empresários. O que contribuiu para o aumento do número de vagas, e, conseqüentemente, internações em hospitais psiquiátricos privados. Todas as ideias e propostas de um modelo alternativo para a saúde mental encontraram barreiras intransponíveis, levantadas pelos empresários e seus representantes no aparelho do Estado. (AUGUSTO BISNETO, 2011).

O modelo privatizante, no setor saúde, termina por contribuir com uma crise na Previdência Social no início dos anos 80. A crise leva o Estado a fazer algumas mudanças, instituindo medidas no setor privado, que durante muitos anos usufruiu das benesses e garantias deste modelo. Assim, o setor público passou a ocupar uma parcela até então delegada aos serviços privados.

Os movimentos sociais já vinham desde os anos 70, com algumas pautas de reivindicações, dentre essas, uma política de saúde pública e universal consagrada na 8ª Conferência Nacional de Saúde/1986 e assegurada na Carta Magna de 1988. O movimento da luta antimanicomial inicia as suas reivindicações, por uma sociedade sem manicômios, junto a esse movimento. Discussões oportunas naquele momento em que a sociedade estava a caminho de um processo de (re) construção da sua democracia.

## 1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.

Ainda que pese ter sido discutido por vários autores os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, faz-se importante trazer a sua discussão teórica para um melhor entendimento e direcionamento da política de saúde mental atual.

O contexto econômico nos últimos anos de governo militar contribuiu de forma significativa para o surgimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. O cenário econômico era extremamente desfavorável, e os problemas sociais inumeráveis, o que impulsionou o surgimento e fortalecimento das mobilizações sociais. Os serviços psiquiátricos tinham como modelo básico de intervenção a medicalização. O hospital psiquiátrico estava em seu auge máximo de poder, mantendo elevado índice de internações em estruturas desumanas. Paralelo a este contexto, inexistiam investimentos em políticas públicas, o que acentuava ainda mais a precariedade do trabalho e o alarmante índice de miséria, o que trazia impactos cada vez maiores a saúde pública. (FERREIRA, 2007).

Os desdobramentos, a partir dos movimentos sociais nos anos 80 contribuíram de forma significativa para o processo de redemocratização que estava na iminência de acontecer.

Nessa realidade emergiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, dentre tantos outros movimentos que surgiram, traduzindo o posicionamento contrário à ditadura militar. A causa específica dos trabalhadores de saúde mental emergiu sustentada pelas articulações e debates ocorridos em Congressos de Psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, fortalecendo-se ainda mais com a visita de militantes de outros países, que tinham como eixo político a psiquiatria crítica, tendo sido um dos grandes inspiradores, Franco Basaglia, da Psiquiatria Democrática italiana, que após a Lei 180, fechou as portas dos hospitais psiquiátricos na Itália. (VASCONCELOS, 2010).

As pressões sociais foram surgindo, fortalecendo-se e o poder público, na tentativa de contenção das pressões sociais, criou uma Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975, o Sistema Nacional de Saúde. Esta lei definia a responsabilidade da saúde de forma dicotomizada, tendo a participação do Ministério da Saúde, o qual ficava responsável pelas campanhas sanitárias e às práticas de saúde pública, e ao Ministério da Previdência e Assistência Social competia à assistência médica, restrita aos trabalhadores formais da Previdência Social. (VASCONCELOS, 2010).

Essa forma de gerenciamento expressava o pensamento dos gestores em saúde, que investiam no modelo curativo em detrimento do preventivo. O que viria a reforçar ainda mais um modelo contrário a práticas integralizadas, que, obviamente não atendiam as demandas da população.

Com o enfraquecimento da ditadura militar e o aumento da força dos movimentos sociais, inicia-se um período de consolidação de algumas agendas para a Política de Saúde. Com a grave crise deflagrada e o fortalecimento dos movimentos sociais, houve por parte do governo militar, uma tentativa de mudança do sistema global de saúde no Brasil, buscando alternativas como o Plano Prev-Saúde, que segundo Yasui (2010) “[...] incorporou teses e propostas do Movimento Sanitário, tais como descentralização, hierarquização, regionalização e ênfase aos serviços básicos de saúde”. Esse plano não se consolidou, entretanto, o que de fato considerou-se relevante, foi à absorção de alguns representantes do Movimento Sanitário na burocracia estatal, com a finalidade de solucionar a crise instalada. (YASUI, 2010, p.39).

O terreno para a implementação de um novo sistema já estava sendo construído e com a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), houve uma reorientação no Sistema de Saúde

institucionalizado, que objetivou a reversão do modelo assistencial privatizante, com a melhoria dos serviços, a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federal, estaduais e municipais, na cobertura assistencial da população (YASUI, 2010).

Foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham como objetivo expandir e formalizar o modelo sanitário. O início para a criação de um sistema descentralizado, com a divisão de responsabilidades, quanto ao repasse financeiro. Yasui pontua que: “[...] foi um importante instrumento de descentralização e articulação institucional, possibilitando o repasse de recursos financeiros da União para os Estados e prefeituras [...]” (YASUI, 2010, p. 40).

Desta forma, as AIS foram se concretizando, através de convênios, e a conjuntura política, com a eleição de partidos opositores, foi extremamente positiva para a implementação de diversas experiências e a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que serviriam como laboratório para elaboração do projeto do SUS. (YASUI, 2010).

Um ator importante desse processo foi o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), organizado por sanitários e intelectuais que, através do meio acadêmico, começam a manifestar o ideário da Reforma Sanitária. A referida instituição apresentou um documento na Câmara dos Deputados, onde era abordada a questão democrática na área da saúde. O enfoque era trazer a saúde para o campo do direito, com a criação de um sistema único de saúde, sendo papel do Estado, gerir esta política de forma descentralizada. Esse documento ganhou um peso relevante dentro da construção da história da política de saúde no Brasil, visto que se transformou na bandeira de propostas e discussões da Reforma Sanitária Brasileira, seguindo uma trajetória que levaria a sua efetivação em alguns artigos da Constituição Federal do Brasil de 1988. (AMARANTE, 2015).

A reivindicação por uma Política Pública de Saúde e democrática, no território brasileiro formalizou-se em uma agenda que foi discutida em uma das mais importantes Conferências de Saúde realizadas na sociedade brasileira.

A VIII Conferência Nacional de Saúde concretizou-se em resposta a necessidade de um Estado presente, voltado à implementação de Políticas Sociais. Houve uma ampliação do espaço de participação, tendo sido incluído na agenda do



Estado propostas que transformaram o contexto social brasileiro. Esta Conferência de Saúde causou efeitos na política de saúde mental, visto que iniciou as bases para a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Neste momento baseada em denúncias de maus-tratos dos internos de hospitais psiquiátricos, exigia-se a Reforma Psiquiátrica e em um primeiro momento, a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos. A realização dessas duas conferências e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi importante para a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (FERREIRA, 2007).

Embora o movimento em prol de mudanças na Política de Saúde já estivesse com os seus contornos bem definidos, somente em 1992 a Reforma Psiquiátrica conseguiu definir-se mais no campo sociopolítico. A II Conferência, conforme mostra Ferreira (2007) demonstrou uma participação efetiva de representantes de usuários dos serviços em saúde mental, os quais questionaram o saber psiquiátrico, clamando pelo fim dos manicômios e a criação de espaços onde as práticas manicomial não tivessem participação, bem como fossem implementados outros equipamentos, tais como: centros de atenção diária, residências terapêuticas e cooperativas de trabalho na rede pública de assistência à saúde.

Desviat (1999) alude sobre a expressiva mobilização e participação dos movimentos sociais na II Conferência Nacional de Saúde Mental:

O total de participantes – profissionais, políticos, associações de usuários e de familiares de pacientes, e movimentos sociais da área de saúde mental vindos de todos os rincões deste imenso País – havia ultrapassado 1.500 pessoas. Muitos deles partiram sem mais delongas, pois os motoristas dos ônibus estavam fartos da longa espera e temiam viagens de volta que poderiam durar até 35 horas. Mas aqueles momentos de júbilo puseram fim a alguns dias de encontro e inauguravam um caminho esperançoso de participação democrática no futuro da atenção psiquiátrica brasileira e, talvez, da América Latina. (DESVIAT, 1999, p. 143).

Em meio a questionamentos, reivindicações e propostas para uma nova atenção à saúde mental brasileira, balizados por direitos e respeito à dignidade humana, avança-se rumo a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Um passo importante para a história, uma vez que de fato ocorreu à participação dos atores principais deste cenário histórico, o sujeito com transtorno mental. Naquele momento reivindicando um

reconhecimento social, quando exigia do poder público o fim das práticas excludentes e contrárias a cidadania do sujeito com sofrimento psíquico.

A trajetória do sujeito com transtorno mental na sociedade brasileira, sempre foi pautada pela exclusão, maus-tratos e negligência, ou seja, uma realidade criada que negava participações, reflexões e discussões sobre condutas referentes ao tratamento e a sua própria existência, corroborando com uma total ausência de respeito à dignidade do ser humano.

Fazendo uma analogia entre o conceito de cidadania em Marshall (1967) e os direitos do sujeito com transtorno mental, constata-se que os direitos civis do sujeito com transtorno mental, a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica, foram expressos através de reivindicações da liberdade individual, representadas pelo direito de ir e vir, a fim de colocar-se livremente, questionando o direito à justiça. O direito político ficou bem caracterizado na participação da vida pública, como sujeito, investido da autonomia que lhe garantiria a autoridade política para reivindicar um novo modelo de atenção à saúde mental. E, finalmente, a síntese, o resultado de todas essas garantias legais, que são os direitos sociais, expressos por políticas sociais, responsáveis pela efetivação de uma melhor qualidade de vida.

Ferreira (2007) em relação à Reforma Psiquiátrica a coloca como um instrumento democrático, tendo por palco de sua atuação o espaço público favorecido pela participação da sociedade na discussão sobre os conflitos do seu cotidiano, expressos na vida de quem ainda suporta os impactos de uma política desumana. Além de reconhecer na sociedade uma parcela importante para o fortalecimento ideológico da Reforma Psiquiátrica, não desconsidera, ao contrário, percebe a influência de outras implicações que fortalecem o campo político e estimulam mudanças na política de saúde mental, sendo um destes, o meio acadêmico, que com todas as transformações ocorridas, a partir dos anos 70, em relação à pesquisa, valorizou a investigação qualitativa, criando oportunidades para a construção de uma ciência social crítica.

Outro ponto de extrema importância e que merece destaque para a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira foram às visitas de personalidades importantes como Basaglia, Goffman e Foucault, ao trazerem as suas próprias experiências e fazerem denúncias ao modelo nosocomial, como um lugar de exclusão, propiciaram, um novo olhar sobre a assistência psiquiátrica, tendo gerado um ambiente favorável à produção

intelectual a respeito de experiências de fora. E ainda o intercâmbio de profissionais brasileiros e italianos que trouxe muita contribuição, a partir de um olhar sobre a experiência da Psiquiatria Democrática na Itália, através da formulação da Lei 180, que manifesta a exigência pelo fim dos manicômios e a construção de outros dispositivos em saúde, onde prevalece à inclusão social dos sujeitos com transtornos mentais. (FERREIRA, 2007).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi instituída legalmente através da Lei 10.216 de 2001. Esta lei direciona e redireciona a atenção à saúde mental no território brasileiro. Em alguns espaços vem sendo compreendida como uma substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo onde impera os serviços em meio aberto. Serviços oferecidos como residências terapêuticas, centros de atenção psicossocial e direitos reconhecidos aos sujeitos com transtorno mental, entre outros.

Contudo, não se pode sintetizar um movimento com tamanha magnitude, como é o movimento da Reforma Psiquiátrica, a uma simples substituição de serviços. Ao contrário, questiona-se uma mudança de paradigma, que envolve novas formas de olhar e de cuidar da loucura. (AMARANTE, 2015). E será esta, a concepção que norteará as reflexões neste trabalho.

De forma equivocada constroem-se pensamentos em relação ao processo da Reforma Psiquiátrica, colocando-o, simplificada e, como uma reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, através da modernização de técnicas utilizadas na saúde mental. A terminologia utilizada para designar esse movimento, contribui para a formação das ideias acerca deste processo, reforçando a concepção de transformações superestruturais, sem profundidade ou consistência. A Reforma Psiquiátrica é um processo, desta forma não é estático, sendo, portanto, inaceitável tomá-lo por concluído, pois faz parte de uma realidade que está em constante movimento e, que, exige intervenções constantes.

Amarante define uma nova conceituação para a Reforma Psiquiátrica, a partir de sua compreensão processual: “[...] algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objeto último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução histórica”. (AMARANTE, 2015, p.112).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que se iniciou nos anos 70, emergindo dos diversos movimentos sociais que nasceram naquele período, principalmente o movimento da Reforma Sanitária. O que deve permanecer como definitivo em sua conceituação é o caráter permanente de transformação, uma vez que, é um movimento que ainda está em construção, e, como todo processo, segue o curso das transformações sociais, exigindo permanentes (re) invenções.

Os princípios que caracterizam a Reforma Psiquiátrica estão respaldados no indivíduo e não na doença, o que exige uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, visando à integralidade no atendimento ao usuário. (VASCONCELOS, 2010).

### 1.3 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA: A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA ORDEM LEGAL.

A consolidação de uma Constituição Federal pautada nas garantias à proteção social, quando delega ao Estado, a responsabilidade e o compromisso com as políticas públicas foi um passo determinante para a democracia brasileira, restituída após longos anos de ditadura militar. A nova Carta Constitucional foi um pacto ético, extremamente avançado no país.

As transformações ocorridas a partir do que se denominou redemocratização da sociedade brasileira foram fortemente atingidas por um projeto de desresponsabilização do Estado, através de práticas reducionistas no âmbito social. Houve um desinvestimento em políticas sociais públicas e, o que estava sendo reivindicado para a política de saúde mental, no que se refere a práticas desinstitucionalizantes, favoreceu geração de processos provocados por negligências, aumentando a população de pessoas com transtornos mentais em vias públicas. O Estado deixou de investir nos hospitais psiquiátricos, que apesar de não oferecerem tratamentos e estadas de qualidade, constituía-se em um item extremamente caro para o aparelho estatal. Em contrapartida, os investimentos em serviços substitutivos não acompanharam com a mesma intensidade a necessidade da saúde mental. (VASCONCELOS, 2010).

O processo de desinstitucionalização brasileira não aconteceu de forma uniforme, o que significa que os seus avanços não vêm acontecendo de forma igual. Em alguns estados brasileiros o movimento foi pioneiro e em outros tantos, demoraram anos para que surgisse a primeira iniciativa de transformação da realidade da saúde mental local.

Embora a Reforma Psiquiátrica seja resultado de uma discussão nacional, e apesar de sua consolidação legal, os resultados obedecem às marcas regionais e aos interesses políticos dos estados por onde acontece, alternando entre movimentos de expansão, estagnação ou mesmo de retração.

Na realidade baiana, soteropolitana, três hospitais psiquiátricos de uma mesma rede, que durante décadas tiveram a hegemonia psiquiátrica em número de leitos e internamentos, fecharam as portas nos anos 2000. Os fechamentos dos hospitais ocorreram em curto espaço cronológico, entre um e outro, demonstrando com isso, uma total falta de sintonia com o processo de desinstitucionalização e, sobretudo, desrespeito aos sujeitos que durante anos permaneceram hospitalizados, e que tinham perdido toda a referência familiar e social. A maioria desses moradores não tinha nenhuma referência familiar e foi encaminhado para outras unidades de saúde, de modelo hospitalar fechado, no aguardo da construção de residências terapêuticas.

A manutenção dos hospitais psiquiátricos com os seus numerosos leitos, enquanto era lucrativo, sempre foi uma bandeira defendida pelos donos dos hospitais psiquiátricos privados, junto com o seu aliado, o poder público. Analisando essa realidade, Vasconcelos aduz que:

Paradoxalmente, políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas em geral induzem a processos de desospitalização, já que a manutenção das instituições psiquiátricas convencionais constitui item de custo elevado para o Estado. Nessa modalidade, a tendência é gerar processos sem garantia de assistência na comunidade, provocando negligência social e aumento da população de rua, incluindo portadores de transtorno mental [...] (VASCONCELOS, 2010, p.21).

Assim, pode-se inferir que o processo de desinstitucionalização não se efetiva meramente pela via da desocupação. Não é a transferência de um hospital, que está fechando porque não obtém mais lucros, em uma visão meramente capitalista, para

outro local, onde o sujeito não é respeitado em sua integralidade, mantendo as mesmas formas de tratar e pensar o sujeito, que se efetiva a desinstitucionalização.

Desinstitucionalizar significa múltiplas formas de tratar o sujeito, em relação a sua própria existência, com vistas a romper com os anos de institucionalização, relacionando com as condições que a vida oferece, em permanente articulação com as relações sociais. (AMARANTE, 2015). Ou seja, constrói-se uma realidade pós-asilar, articulada às relações sociais naturais à vida humana.

Contudo, o processo de desinstitucionalização, em várias oportunidades, não acontece de forma articulada às políticas públicas, base importante para que o sujeito vincule-se socialmente, o que torna a desinstitucionalização uma mera desocupação. Ainda quanto às políticas públicas, essas, mesmo fazendo-se presentes, com o formato que apresentam, não oportunizam ao sujeito uma inclusão social verdadeira.

O sujeito deve ser visto em sua singularidade, ao contrário do que faz a política pública, que desqualifica a individualidade humana, favorecendo as práticas massificantes, que não contribuem para o alcance da tão proclamada cidadania. A desinstitucionalização responsável é a perda da hegemonia do hospital, ao deixar de ser um fim em si mesmo, no que se refere ao tratamento, sendo substituído por espaços onde ocorre uma interação social entre o sujeito e o meio que o cerca, tornando-o responsável pela sua vida, por seu tratamento. (PITTA, 2011).

Em relação a experiências de desinstitucionalização, algumas aconteceram nos anos 70, entretanto, distantes geograficamente umas das outras. No Rio Grande do Sul aconteceu uma experiência pioneira em saúde mental na atenção primária, com a formação de pessoas para desenvolverem essa nova prática. Na cidade de Campinas, interior paulista, também nos anos 70, foi implantado um programa de Saúde Mental nas unidades básicas de saúde, tendo sido desenvolvido e aperfeiçoado em outras gestões posteriores. Em 1973 em São Paulo ocorreu à implantação de um projeto experimental de Saúde Mental na Atenção Primária em alguns distritos da capital paulista, o que repercutiu, influenciando a futura consolidação da política pública.

Este programa contou com 91 equipes de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais trabalhando em centros de saúde do estado. Esse movimento levou a uma modernização dos ambulatórios, transformando-os em unidades modernas de centros

comunitários de saúde. Considerado a protoforma do modelo futuramente instituído, que hoje é o CAPS, inclusive muitos dos centros comunitários foram lentamente transformando-se e cadastrados como CAPS. (PITTA, 2011).

Muitas iniciativas foram acontecendo nas diversas localidades, tornando o processo de desinstitucionalização concreto e amplo. Neste cenário nasce o CAPS Luiz Cerqueira em 1987, tendo sido considerado o divisor de águas no que se refere aos cuidados do sujeito com transtorno mental, quando considera o tratamento articulado ao seu território, negando o enclausuramento como espaço de cuidados. Tinha por objetivo, de acordo com Pitta: “[...] um modo de cuidar, de pessoas psicóticas, não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda [...] no território.” (PITTA, 2011, p. 10).

O grande legado desse serviço, mesmo não tendo atingido o que pleiteou em sua criação, funcionar todos os dias, nos dois turnos, foi o de promover encontros e discussões que se tornaram frutíferas para a promulgação de uma legislação que instituiria formalmente a implementação dos CAPS no Brasil, através das portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, sendo elevada a condição de Política Pública através da Portaria Ministerial 336/01. Os anos 2000 foram profícuos no que se refere à expansão, ao que se convencionou chamar Reforma Psiquiátrica, com ampliação do processo de desinstitucionalização. (PITTA, 2011).

A nova ordem legal, pautada em uma base normativa que favorece a expansão dos serviços substitutivos, e que controlou a ampliação dos hospitais, surgiu com a expansão dos CAPS, através das portarias 336/01 e 189/91 e de outras portarias, estas dos anos 2000, as quais instituíram as residências terapêuticas, com a finalidade de através destes espaços, viabilizar o retorno à convivência social, daqueles que estiveram por longos anos segregados, bem como também, o Programa de Volta para Casa, garantindo o recebimento de metade do salário mínimo vigente, como ajuda financeira para o retorno do sujeito que se encontrava por muitos anos internado e afastado das relações sociofamiliares. (PITTA, 2011).

Como já referido, o processo legal para implementação dos serviços que se tornariam suporte para uma desinstitucionalização responsável, não aconteceu de forma consonante, em algumas localidades, aos interesses dos sujeitos com sofrimento psíquico. Alguns processos foram mera desocupação, mais para atenderem aos interesses econômicos, dos proprietários dos hospitais, que não

tenham mais o financiamento do Estado como outrora, e que, portanto, não era mais lucrativo do ponto de vista econômico, como sempre foi.

Vale ressaltar que o cenário em que se consolidava esta mudança de paradigma no cuidado e atenção a saúde mental no Brasil, mantém-se permeado por contradições, que merecem um olhar apurado e um debate reflexivo, no que concerne ao entendimento das condições sociohistóricas que explicam os direitos enquanto conquistas/ e ou concessões do poder.

Não seria completamente equivocados defendermos que neste duelo histórico de garantia dos direitos, entre concessões e conquistas, creditarmos o fato de que muitas das conquistas, no que se refere à Política da Saúde Mental ter sido, seguramente, resultado de lutas travadas pela emancipação do sujeito com sofrimento psíquico, este inclusive fazendo parte, sendo protagonista desta história. Entretanto, não se pode deixar de fora que concessões e interesses políticos fazem parte também desta história e figuram em um mesmo lado.



## *Capítulo II*

# **NOVAS GARANTIAS LEGAIS PARA O SUJEITO COM TRANSTORNO MENTAL: DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA**

O entendimento sobre cidadania na sociedade brasileira foi construído no decorrer do processo histórico e de formação do Estado, de modo a garantir e consolidar a hegemonia da classe política, seus interesses e o modo de produção capitalista. Assim sendo, durante muitos anos, no Brasil, a concepção de cidadania esteve atrelada a concepção de benefícios concedidos pelo Estado à classe trabalhadora, com o interesse claro de manter o status quo. É o que se entende por cidadania regulada, que é aquela definida por uma estratificação ocupacional, sustentada por normas legais e não por valores políticos. (BENEVIDES, 1998).

Desta forma, a garantia de direitos e deveres pelos cidadãos e sua concessão pelo Estado estão subordinadas à regulamentação profissional de cada um, sendo concedidos para aquelas pessoas da sociedade que ocupam um determinado local no processo produtivo, e negados aos que não possuíam uma profissão reconhecida legalmente, portanto à margem da sociedade e excluídos de seus direitos.

O acesso aos direitos era restrito a classe trabalhadora, e, aos demais sujeitos que não estavam vinculados ao mercado de trabalho, restava à indiferença e em alguns momentos à punição, quando a situação exigia controle. E, no caso dos sujeitos com sofrimento psíquico, à segregação, o afastamento compulsório das relações sociais.

Contudo, este passado de exclusão ao acesso aos benefícios sociais, em todas as políticas públicas, e em particular na política de saúde, trouxe inquietações, que se traduziram em uma crise no próprio Estado. A partir de movimentos sociais e de discussões mais gerais, buscou-se uma transformação social, no que se refere aos direitos e a ampliação da cidadania. A Constituição Federal de 1988 é resultado desta construção social e a cidadania deve ser vista como um conceito de construção social e não apenas como direito à assistência.

Quanto ao fundamento de um direito, a reflexão que se faz leva a dois questionamentos. O primeiro refere-se ao direito que se tem e a segunda questão ao direito que se gostaria de ter, ou seja, no primeiro caso o direito já existe, já está prescrito no ordenamento jurídico do país, enquanto que ao direito que se gostaria de ter, busca-se “boas razões para defender a legitimidade do direito em questão.” (BOBBIO, 2004, p. 15).

O que nos leva a refletir que a legalização de um documento de tamanha importância como tem a Constituição Federal brasileira, por si só, não garante a população a sua participação efetiva nas várias facetas da vida. Entretanto, é a própria participação da população que efetiva as transformações e garante a legitimidade dos direitos.

São vários os fatores que subjazem à ausência da participação da população, no que se refere à busca pela transformação da sua própria realidade. Estes fatores estão fortemente arraigados à tradição histórica da escravidão moral, social e intelectual, que reforça uma alienação social, onde não prevalece uma cidadania ativa. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011).

A trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil vem sendo alicerçada por garantias legais, conquistadas através de lutas e de reivindicações ao longo dos anos. Alternando entre momentos de avanços, estagnações e retrocessos, mas, indiscutivelmente, com alguns progressos. Contudo, são fortes os resquícios da cidadania dentro de uma lógica restritiva, o que a torna contrária à concepção de direitos, favorecendo acessos limitados e trajetórias interrompidas, desconsiderando reiteradamente os direitos desses sujeitos.

Assim, para uma melhor compreensão dessas transformações, baseadas em novas legislações, faz-se necessário discutir os conceitos de direitos humanos e de cidadania, dentro deste panorama social, e, de como o sujeito com transtorno mental vem exercendo a sua cidadania.

Desde os movimentos iniciados nos anos 70, até o momento atual, a história mostra algumas conquistas, no que se referem aos direitos daqueles que, historicamente, nunca tiveram reconhecimento social, sendo tutelados pelo Estado e pela psiquiatria.

É importante destacar que direitos humanos e cidadania são temas interdependentes, não há que se falar em cidadania sem que seja feita referência aos direitos humanos. A palavra cidadania é usualmente mais popular, está cotidianamente no vocabulário dos sujeitos, o que não significa que esteja materialmente presente, por meio de ações transformadoras. Quanto aos direitos humanos ainda permanecem mais distantes das relações humanas, algumas vezes sugerindo interpretações pejorativas.

Os direitos humanos muitas vezes carregam um estigma que os deturpam, ao associá-los, exclusivamente, aos direitos de sujeitos que, para o senso comum não deveriam tê-los, como é o caso de pessoas que cometeram crimes e/ou delitos. Os direitos humanos não são compreendidos como direitos dos cidadãos, de todos os seres humanos, indistintamente. Os países onde mais se violam os direitos humanos, através de práticas discriminatórias e preconceituosas, mais tem fortalecido um conceito ambíguo e deturpado sobre os direitos humanos. (BENEVIDES, 1998).

De acordo com Zimmermann (2004), professor de Direito Constitucional, os direitos fundamentais passaram a integrar o rol dos documentos institucionais, tendo sido iniciado na Europa nos séculos XVII e XVIII, como forma de limitar a autoridade governamental e garantir ao sujeito determinados direitos perante o poder potencialmente opressor do Estado.

Na realidade brasileira, a partir da nova Carta Constitucional, de 1988, com as necessárias reformas para o projeto de redemocratização, postularam-se duas diretrizes importantes, no que concernem aos direitos fundamentais, quais são: preservar e garantir estes direitos. Ressalta-se que os direitos fundamentais são equivalentes aos direitos humanos e foram elencados na Constituição Federal, a partir do artigo 5º até o artigo 17º. Estes são os artigos relacionados aos direitos humanos, catalogados, existindo outros espalhados pelo texto constitucional, também relacionado aos direitos humanos, como os artigos que falam sobre o meio ambiente ecologicamente equilibrado e os artigos relacionados ao bem de uso comum do povo.

No Capítulo I DA C.F./88, referente aos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, são favorecidas discussões importantes acerca dos direitos dos vulneráveis, incluindo aqui os direitos do sujeito com sofrimento psíquico. Voltando ao artigo 5º da Constituição Federal do Brasil, este informa em seu caput, que todos são iguais perante a lei, não fazendo distinção do ponto de vista formal, entretanto, sabe-

se que existem diferenças e que estas diferenças precisam ser respeitadas, dentro de uma visão cidadã, não estigmatizante, a fim de que não se reforcem as diferenças como defeitos e incapacidades. Ou seja, como é dito pela lei, é preciso tratar os desiguais de maneira desigual, na medida de suas desigualdades. O artigo 5º, em seu inciso III postula que: “Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante.” E o inciso III, do artigo 1º, faz referência à dignidade da pessoa humana, sendo um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito.

A Lei 10.216/01 prescreve os direitos do sujeito com sofrimento psíquico e está em consonância com o que informa o artigo 1º da Constituição Federal, que em seu inciso III estabelece o respeito à dignidade da pessoa humana. O que nos garante a compreensão de que ninguém, independente das diferenças que guardam, podem ser discriminados e desrespeitados. Ratificando o que institui a aludida lei, o artigo 2º da Constituição Federal, nos incisos I, II e III, determina que o acesso a um melhor tratamento no sistema de saúde, deve seguir as necessidades dos sujeitos, devendo ser o tratamento realizado com humanidade e respeito, constituindo-se como principal objetivo, o benefício à saúde. A recuperação deve ser através de práticas de inserção sócio familiar e de proteção a qualquer forma de abuso e de exploração, confirmando-se a garantia de um tratamento humano e igualitário a todos, indistintamente. Embora não se possa desconsiderar nesta discussão que o Estado apesar de ser o protetor e o garantidor dos direitos sociais, também é o principal adversário dos Direitos Fundamentais.

Vasconcelos (2010) faz algumas considerações fundamentais sobre os direitos de cidadania no campo da saúde mental. O autor analisa que a conquista dos direitos de cidadania nesta área, está fortemente imbricada a algumas características estruturais, arraigadas nos contextos social, familiar e político da sociedade a qual faz parte. Em análise a cultura das sociedades latino-americanas, infere que entre os indivíduos, de forma geral, o sentimento de pertencimento a um grupo é um traço forte no entendimento deste em se reconhecer, enquanto sujeito. Neste caso, a dependência pessoal é reconhecida e muitas vezes bastante estimulada, em contrapartida algumas situações que favorecem a independência e a autonomia passam a ser desvalorizados.

Outro fator importante para esta reflexão é o formato das políticas sociais, com uma concepção restritiva e focalizadora, segmentada em traços nítidos de reforço a

exploração e a manutenção da desigualdade social, o que sugere o seu caráter fortemente estatal. Embora nos últimos anos, especialmente nos anos 90, o terceiro setor tenha se constituído em locais que programam serviços sociais, para grupos específicos de pessoas e necessitados, o que possibilitou organizações de usuários em instâncias não governamentais financiáveis pelo Estado, para a provisão de serviços de suporte em saúde mental.

Em relação aos profissionais de saúde e de saúde mental, em alguns dos principais países latino-americanos, apresentam uma tendência em focalizar a sua prática profissional no binômio tratamento/cura, desmerecendo outras perspectivas pautadas na participação do usuário mais ativa em seu próprio tratamento.

As desigualdades sociais, fortemente manifestadas nestas sociedades, com traços hierárquicos que favorecem a classe média a ter uma tendência mais elitista, leva ao distanciamento espontâneo da loucura, uma vez que não existe a identificação com a luta que também é dela. Desta forma, o movimento é carente de lideranças com níveis educacionais formais e níveis de renda mais elevados e mais articulados.

Conforme pontuado por Vasconcelos, existe uma carência de representantes nos movimentos de saúde mental, com exceção dos profissionais, com um nível de escolaridade favorável aos movimentos, no que diz respeito às discussões e articulações. Entretanto, não se pode acreditar nem creditar, que boas reflexões e articulações somente possam emergir de sujeitos diplomados. O que pode contribuir também para o florescimento de discussões articuladas é o engajamento de todos os sujeitos que direta ou indiretamente fazem parte desta política, com a missão de pensar a realidade a partir do seu próprio cotidiano, que, aliás, fornece instrumentos para tal exercício de uma forma bastante apropriada.

É no contexto dos recém-formados serviços de atenção psicossocial que emergem os grupos e as lideranças mais ativos dos movimentos de usuários. Fazendo um contraponto ao entendimento de Vasconcelos acerca dos serviços, observa-se que, embora alguns serviços não sejam tão recentes, do ponto de vista cronológico, poderiam estar em outro patamar de autonomia e de desenvolvimento, exatamente por fazerem parte de um processo, que é a Reforma Psiquiátrica. Contudo, estão imersos a precarização e ao sucateamento, marcas das políticas públicas que invadiram o cotidiano dos serviços de saúde, o que reforça a

dependência do próprio usuário aos serviços, que também não se emancipa, visto não haver uma realidade favorável.

Esta caracterização, segundo Vasconcelos leva a algumas implicações para a dinâmica do movimento de usuários e, conseqüentemente, para a conquista de direitos.

O movimento tem fortes características de dependência e de falta de autonomia, dada à cultura hierárquica e a tendência de seus representantes se restringirem a usuários, familiares e profissionais. O que influencia os usuários e os movimentos a tornarem-se dependentes dos profissionais e especialistas. Reforçando a tendência de mobilizar os membros, entre os grupos mais pobres e subalternizados da sociedade e menos educados do ponto de vista formal, o que dificulta ainda mais a formação de lideranças mais bem preparadas para enfrentar os desafios complexos da militância do movimento e das funções organizacionais em serviços de ajuda mútua. Uma dinâmica mais dependente da vida dos serviços de atenção diária, pelo menos no curto prazo.

O autor analisa que essas tendências são confirmadas no atual formato dos movimentos, embora coloque como relevante, o fato dos movimentos ainda serem recentes no Brasil, sendo possível tomar outros direcionamentos, uma vez que chama a atenção para a relativa autonomia política que todos os movimentos sociais têm para reivindicarem as suas atuações.

É preciso sujeitos envolvidos nestes movimentos, sabendo exatamente o que estão reivindicando. Esta percepção se estende também aos profissionais. É importante que todos saibam realmente o que estão buscando. Algumas reivindicações podem ratificar o enfraquecimento dos movimentos, por não garantirem direitos, mas reforçarem práticas estigmatizantes e assistencialistas.

A mobilização diária pelos direitos básicos, efetivadas através de lutas pela sobrevivência, redireciona os movimentos para caminhos que o distanciam das conquistas pelos direitos de igualdade e contra a exclusão e estigmatização do sujeito com transtorno mental.

Marshall (1967) inicia os seus estudos sobre cidadania, colocando-a em três níveis de direitos, com enfoque processual, a partir do desenvolvimento das políticas de bem-estar social em seu país de origem, a Inglaterra. Traçou uma ordem

cronológica para o surgimento dos direitos de cidadania, sendo estes, direitos civis, direitos políticos e direitos sociais.

Algumas críticas são feitas quanto a esta linearidade, pois que, essa evolução processual não seguiu essa ordem em todos os países, inclusive não aconteceu desta forma no Brasil. Embora a contribuição esteja exatamente em seu caráter evolutivo, conforme prescreve Coutinho (2000)

“[...] tem o mérito não só de ter indicado essa três determinações modernas da cidadania (civil, política e social), mas também de ter insistido na dimensão histórica- processual tanto do conceito quanto da prática da cidadania no mundo moderno.” (COUTINHO, 2000, p. 55).

Vasconcelos (2010) analisa que esta visão de Marshall favorece a uma concepção reducionista do processo, quando se credita a sua ocorrência a esta ordem. Alude ainda ao fato de que os direitos sociais guardam diferenças em relação aos direitos civis e políticos, pois enquanto estes estão na órbita da ação legislativa e do judiciário, os direitos civis estão mais diretamente ligados à estrutura de produção e distribuição dos bens econômicos e sociais.

Em relação aos direitos civis BeHring e Boschetti (2011) analisam o momento em que prevaleceu o individualismo, em resposta a incipiente sociedade capitalista do século XVIII, quando com o retraimento do Estado, enquanto implementador e garantidor das políticas sociais emergiu outra concepção de sujeito, agora detentor de direitos individuais, como o direito de ir e vir, de adquirir e comercializar propriedades, entre outros direitos reconhecidos neste momento, para que fosse instituída a sociedade de classe, por meio dos direitos civis, como garantidores de uma nova ordem econômica e social. A mobilidade e a organização da classe trabalhadora foram elementos indispensáveis para o novo modo de produção que surgia.

No que se refere aos direitos constituintes da cidadania, Marshall não fez menção as contradições inerentes nas estruturas dos direitos, ou seja, a garantia de direitos sociais podem gerar conflitos, sendo incompatíveis com a conquista ou manutenção de alguns direitos civis. (VASCONCELOS, 2010).

Em se tratando dos direitos do sujeito com transtorno mental, como foi convencionalizado nominar historicamente, vê-se claramente a negação de alguns direitos, para que outros sejam alcançados. Quando o sujeito com transtorno mental

solicita o Benefício de Prestação Continuada (BPC), benefício assistencial, previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o beneficiário precisa negar-se enquanto sujeito de alguns direitos, a fim de conquistar um direito garantido por uma política que dita algumas regras para a sua inclusão, mas que, contraditoriamente, reforça a exclusão social. Precisa assumir-se como louco e incapaz para o exercício da vida diária e laborativa, em nome da necessidade, traduzida pela pobreza material, a qual reforça o estigma social do louco incapaz, ainda bastante arraigado em nossa sociedade.

Os movimentos dos sujeitos com transtorno mental, profissionais e familiares enfatizam em suas lutas a conquista pelos direitos sociais, impelidos pelo próprio contexto mais agressivo de pobreza, diminuindo a força e o fôlego pela luta por uma condição de igualdade, caracterizada ainda pela exclusão. Quando o movimento de usuários de serviços de saúde mental luta contra a segregação e a estigmatização do louco e pela sua capacidade de autogestão, o faz em nome do princípio da igualdade, o qual deveria ser norteador da vida de todos, devendo ser incluído no rol dos direitos civis. Por outro lado, ainda assiste-se em várias localidades do mundo, movimentos sociais reivindicando por direitos sociais especiais. Ao reivindicar tais direitos, entra-se em um permanente processo de confirmação de que o sujeito com transtorno mental deve ser tratado de forma diferente, com direitos específicos, o que o fragiliza e o coloca em outra esfera no que diz respeito aos direitos civis, alimentando o estigma e as formas diferentes de tratamento. Vê-se que as orientações e direcionamentos dos movimentos dos usuários não estão em sintonia com as formulações clássicas dos direitos humanos e de cidadania, mas, contraditoriamente, estão afinados com o modelo fragmentado das políticas públicas. Além desta constatação, percebe-se que a cidadania está intimamente relacionada ao poder legalizado, e, portanto, pode ser modificada a depender dos interesses que estejam permeando as relações sociais. (VASCONCELOS, 2010).

No Brasil, os movimentos que lutam por uma melhor qualidade de vida para o sujeito com sofrimento psíquico voltou-se a discussões que foram travadas nas décadas de 70 e 80, quando se protestavam contra os hospitais psiquiátricos e a forma de cuidados dispensados ao sujeito. Estamos vivendo um aparente retrocesso de reivindicações, mas que se tornam pertinentes e necessárias em uma realidade de precarizações das políticas públicas. O cenário é de indefinições quanto ao



direcionamento da Política de Saúde Mental brasileira e de temor, de que a cidadania e os direitos humanos do sujeito com sofrimento psíquico estejam sendo ameaçados.

Em alguns estados brasileiros, inclusive nesta capital, vem acontecendo manifestações de protestos contra o novo nome do coordenador nacional de saúde mental, que tem um currículo que não está em consonância com o processo da Reforma Psiquiátrica. O atual coordenador foi gestor, por muitos anos, de um dos maiores hospitais psiquiátricos privado da América Latina, onde as práticas de violação aos direitos humanos eram cotidianas, não demonstrando nenhum traço de simpatia ao processo da Reforma Psiquiátrica. Assim, faz-se importante e necessário a coesão dos grupos envolvidos e mais ainda, o que pontua Vasconcelos, um maior envolvimento da sociedade, devendo ser este movimento assumido por todos. (VASCONCELOS, 2010). Contudo, o que se presenciou em uma manifestação em espaço público desta capital baiana, no dia 18 de janeiro do ano em curso, foi uma pequena e inexpressiva participação, tanto de usuários e familiares, quanto de profissionais de saúde mental e de outros serviços que compõem a RAPS, não tendo tido uma representação quantitativa importante dos serviços de saúde mental do município. Vários podem ter sido os motivos das ausências, desde o desconhecimento, embora tenha sido publicizado através dos meios de comunicação, principalmente a internet, ou até mesmo, por janeiro ser um mês que muitas pessoas se ausentam, tanto dos serviços, quanto da cidade, ou ainda a falta de identidade com o movimento.

Esse distanciamento espontâneo da loucura ocorre também entre os sujeitos com sofrimento psíquico de classes mais abastadas, que não se reconhecem nessa luta que também é deles. (VASCONCELOS, 2010). Não é uma realidade exclusiva dos movimentos dos sujeitos com transtornos mentais, mas está presente em todas as relações sociais e sociedades onde imperam os ditames do mercado.

O afastamento da sociedade é entendido como uma ausência de consciência de sua própria realidade, (fetiche do capital), como um ritual da modernidade que mantém os sujeitos alienados, mas em consonância com as regras paradoxais do sistema produtor de mercadorias. O sujeito histórico não participa da sua própria vida com vistas à transformação da realidade, mas torna-se um mero contemplador da sua existência, acreditando ser um sujeito participante. (CAVALCANTE; SILVA, 2011).

A concepção de cidadania está fortemente vinculada ao poder de compra, imperando as ideologias do mercado. O sujeito que tem poder aquisitivo para contratar um plano de saúde, o que lhe dará cobertura nas consultas médicas e em crises, possibilidade de internações em clínicas particulares, não se sentirá identificado com o movimento em prol de uma política de atenção a saúde mental pública e de qualidade. A emancipação social está fortemente abalada, o que fragiliza e inviabiliza práticas cidadãs.

A ideia de cidadania é totalmente política e não está ligada a valores universais, mas a decisões políticas. A depender dos interesses, um dirigente pode fazer alterações, que acredite ou não, ser pertinentes para adequações aos interesses do Estado ou da nação. (BENEVIDES, 1998).

O que nos leva a constatação que os direitos relacionados à cidadania, por não serem universais e seguirem muitas vezes aos desígnios de quem os comanda estão à mercê de um jogo de interesses.

Ao contrário estão os direitos humanos, que por terem um caráter universal e serem comuns a todos os seres humanos podem ser reconhecidos em qualquer lugar do mundo, sendo atemporal. Apesar disso, podem ser tão manipulados quanto os direitos relacionados à cidadania. Existe uma tendência a compreenderem-se os conceitos de cidadania e de direitos humanos como sendo sinônimos.

Tal como Benevides (1998) que discute o significado de direitos humanos atrelado à ideia concebida de democracia, Bobbio (2004) analisa que os Direitos do Homem, a Democracia e a Paz, constituem-se elementos interdependentes, e, que, dentro do curso da história irão determinar a pacificação dos conflitos, reforçando e garantindo a democracia e conseqüentemente, o respeito aos direitos de cidadania de todos. Entretanto, acreditamos que sem o reconhecimento dos direitos como algo universal e sem distinções, não se poderá falar em uma verdadeira democracia. Sem a efetiva participação dos sujeitos não se poderá falar em verdadeiras democracia e cidadania.

Referindo-se a tolerância, Bobbio (2004) a entende em dois momentos históricos diversos e, portanto, devem ser percebidas conforme o contexto que a subjaz. O primeiro sentido está atrelado à ideia da tolerância religiosa, que discute a verdade. O segundo leva a uma discussão do preconceito direcionado as minorias. Bobbio dá mais ênfase em seu trabalho à intolerância religiosa, embora alguns

aspectos sejam pertinentes a nossa discussão, devido à universalidade que este tema alcança. Segundo Bobbio (2004, p. 193) “[...] tolerância em sentido positivo se opõe a intolerância (religiosa, política, racial), ou seja, à indevida exclusão do diferente.”

A intolerância disfarçada em aceitação pode favorecer alguns direitos, equivocadamente reconhecidos como viabilizadores da cidadania. Algumas aprovações legais para o sujeito com transtorno mental se efetivam nesta tendência. Benevides (1998) pontua que devemos ter direito a diferenças, porque somos diferentes, não sendo uma contradição ao direito à igualdade. Semanticamente, diferença não significa desigualdade, assim como igualdade não significa uniformidade. Contudo, a reivindicação por direitos que atendam as diferenças podem também reforçar práticas segregadora e preconceituosas.

### *Capítulo III*

## **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): POLÍTICA PÚBLICA E ATUAÇÃO TERRITORIAL.**

O redirecionamento nos cuidados em saúde mental, através de paradigmas que substituíram o modelo asilar, implementadas pela desinstitucionalização ocorreu em vários países de origem ocidental. Com o advento da globalização houve um favorecimento para que essa nova forma de lidar com a saúde mental se proliferasse em vários países. (DESVIAT,1999).

Os contextos onde tais mudanças ocorrem apresentam um caráter diferente, guardando pontos distintos em suas legislações, nas políticas sociais e nas políticas de saúde, especificamente.

A RAPS, no Brasil foi instituída através da Portaria (MS 3088/2011) e tem por premissa uma articulação da rede de cuidados, no atendimento aos usuários. Após tantos anos decorridos, constata-se que não existe consonância entre o prescrito e a realidade. A intersetorialidade, não fez jus a IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial. Esta foi realizada no ano de 2010, sob o lema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Organizou-se a partir de três eixos.

O primeiro eixo tratou da Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais (financiamentos, recursos humanos, modelo de gestão e o protagonismo social). Sendo decisivo para uma reorientação do modelo instituído, ou seja, transformar o modo de cuidar na saúde mental, convocando uma intersetorialidade entre as políticas públicas para a formação de uma rede bem tecida para a garantia de direitos.

Sabe-se que para uma transformação de paradigma é fundamental o fortalecimento e o envolvimento da sociedade, que se manifesta através dos movimentos sociais, no exercício do controle social, acionado como princípio constitucional que envolve a participação dos usuários, familiares e trabalhadores, fundamentação do segundo eixo de discussão.

Os planos e programas das políticas públicas, pertinentes ao modelo intersetorial, que deveriam estar articulados a RAPS, mantêm-se em um total distanciamento e estranhamento, o que ratifica o entendimento de que esta rede ainda não foi tecida, faltando os atores principais que são os trabalhadores das políticas públicas aceitarem essa nova forma ética de cuidar e acreditar que a saúde mental não é um campo restrito a uma única área, mas que deve fazer parte dos cuidados de todas as políticas.

O professor Silvio Yasui em palestra, no II Seminário de Atenção Psicossocial - Amplitude do conceito da Atenção Psicossocial – avanços ou retrocessos na direção da integralidade, realizado pelo Conselho Regional de Psicologia 12ª Região, em agosto do ano de 2014, na cidade de Florianópolis/SC, enfoca a importância da integralidade no cotidiano das instituições como uma ética que oriente a prática profissional. Yasui exemplifica esta prática ao ilustrar que uma cidade com cinco mil habitantes pode ter uma Atenção Psicossocial sem precisar de um CAPS, porque uma cidade com este porte haverá de ter uma Equipe de Saúde da Família, uma Unidade Básica de Saúde, Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, ou seja, equipamentos sociais que podem dar conta do cuidado, muitas vezes com mais eficiência e eficácia, do que o sujeito cair nas malhas de um serviço que vai diagnosticá-lo e tratá-lo como um doente. Mais produtivo do ponto de vista da saúde e da cidadania, do que levá-lo a uma unidade de tratamento onde ele iniciará uma carreira psiquiátrica. O cuidado deve seguir na perspectiva da cidadania, tomando por referência os avanços na integralidade, olhando mais para o sofrimento, para a vida e menos para o diagnóstico, como bem postula o terceiro eixo da IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial, que discutiu os direitos humanos e a cidadania como desafio ético e intersetorial.

Os problemas que dificultam a intersetorialidade entre as políticas públicas, não podem ser vistos exclusivamente como responsabilidade dos trabalhadores, porque muitos desses trabalhadores foram formados dentro de um modelo de políticas públicas, restritivos e focalizados, o que naturalmente favorece práticas isoladas e fragmentadas. Desta forma, é importante uma leitura histórica das condições socioeconômicas subjacentes ao projeto neoliberal, iniciado no Brasil nos anos 90, a fim de compreendermos o efeito da contrarreforma em uma realidade que começava

um processo de ampliação das políticas públicas e as consequências que trouxeram para o modelo da Seguridade Social.

O panorama brasileiro, de um modo geral, e no que tange as políticas sociais, não vem apresentando condições favoráveis ao seu processo de garantia de direitos. Behring e Boschetti (2011) mostram este cenário, consolidado no Estado brasileiro, que se convencionou chamar de contrarreforma, o qual é caracterizado por obstáculos às conquistas de 1988. Iniciamos os anos 90, do século XX, com uma campanha agressiva, intitulada de reformas. Estas tinham um viés de atenderem aos interesses do mercado econômico, o que indicava a necessidade urgente de investimentos que trouxessem e garantissem o crescimento econômico. Diante desta realidade, desprezaram-se as conquistas de 1988, direcionando-se para as privatizações, principalmente em relação à Previdência Social, abandonando as ideias que foram idealizadas para a implementação da Seguridade Social brasileira, abrindo o caminho para um novo projeto de modernidade.

As autoras analisam o que se convencionou chamar reforma, pelo projeto que vigorou nos anos 90 no Brasil, identificando como um termo inadequado para a realidade que se instaurava a partir daquele momento. A ideologia reformista tem um caráter de cunho redistributivo, alicerçado por princípios socialdemocrata, e, ao ser, equivocadamente utilizado por esse novo projeto, enseja imprimir uma ideologia de que qualquer mudança significa uma reforma, não interessando em quais direções seguirão, ou seja, consequências sociais e direção sociohistórica. O termo reformismo ganhou sentido nos diversos movimentos operários socialista, e, mesmo que caibam críticas as suas estratégias, é um patrimônio da esquerda. (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Ainda em análise ao pensamento das autoras, a história do século XX, no contexto mundial, é considerada uma reforma, quando ocorreu uma mudança na legislação social e a construção do Welfare State. Foram reformas que emergiram da contradição capital/trabalho, sob a pressão dos trabalhadores, com uma ampliação do papel do Estado, o que provocou medidas Keynesianas, a fim de garantirem a sustentabilidade da acumulação, ao lado da proteção ao emprego e do atendimento de algumas demandas dos trabalhadores. As políticas sociais implementadas como instrumentos que emergem desta relação, são historicamente determinadas para produzir e reproduzir a força de trabalho. Legitimam a classe dominante e resultam de interesses específicos e contraditórios que se alteram na história. Esses

procedimentos foram garantidos pelo Estado de Direito, e, algumas vezes sob a condução da social democracia, que em sua trajetória afastou-se da luta e da tradição marxista, traindo, a partir do neoliberalismo, as suas próprias reformas, ao adotar políticas neoliberais em vários países a partir dos anos 80.

Assim, os padrões universalistas e redistributivos de proteção social, característicos das políticas sociais foram fortemente sucateados em nome de uma ordem econômica que incluía privatizações e a minimização da atuação de Estado, e como aduzem Behring e Boschetti (2011, p. 155): “[...] e pelo desprezo burguês para com o pacto social dos anos de crescimento, configurando um ambiente ideológico individualista, comunista e hedonista ao extremo.”

Todo este cenário estava alicerçado em um terreno contrário aos interesses da classe trabalhadora, com inúmeras fragilidades traduzidas por fragmentações, principalmente do movimento dos trabalhadores, em decorrência do desemprego, precarização e flexibilização das relações de trabalho e dos direitos. Diante deste contexto as políticas sociais seguiram uma direção contrária, no que concerne a garantir direitos e elevar o sujeito à categoria de cidadão, tornando-se a depender da correlação de forças, da consolidação da democracia e do próprio formato das políticas sociais nos países que estão inseridas, ações pontuais, compensatórias, com o objetivo de sanar os efeitos drásticos causados pela crise.

No Brasil, apenas a partir da Constituição Federal de 1988, constrói-se um padrão público universal de proteção social, alicerçado por este contexto desfavorável à implementação dos direitos sociais, estes estabelecidos no artigo 6º da Constituição Federal. Os direitos previstos no referido artigo constitucional são: educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência social. Esse foi um ponto bastante elogiado, a recepção da Seguridade Social como proteção social, através da garantia de direitos, embora que tardiamente, representava um resgate histórico, de um passado não tão distante, de um total descaso aos direitos sociais.

Bravo e Matos (2012) em análise a política de saúde dentro do cenário neoliberal, mostram que o papel do Estado, nesse projeto, é o de garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. De acordo com as autoras a contenção dos gastos com a

racionalização da oferta, a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central e a focalização pautam a política de ajuste neoliberal.

É evidente o direcionamento que a política de saúde seguiu a partir das normatizações consolidadas em meados da década de 90. A Norma Operacional Básica (NOB-96) teve a função de regulamentar os planos e seguros de saúde e os preços dos medicamentos, incluindo o estabelecimento dos genéricos. Ao dar ênfase aos Programas de Saúde da Família - PSF e Agentes Comunitários de Saúde - PACS, percebe-se uma clara intenção de prioridade a atenção básica, desarticulada da atenção secundária e terciária.

A década de 90 trouxe uma mudança no que se refere ao formato dos movimentos, ou seja, houve uma substituição das lutas coletivas, característica da década de 1980, por lutas corporativas em defesa de interesses particulares e imediatos dos trabalhadores. (BRAVO; MATOS, 2012).

O cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado. (BRAVO; MATTOS, 2012, p. 216).

Vê-se o quão distante nos encontramos dos objetivos da Reforma Sanitária e, por conseguinte também dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, uma vez que estes dois movimentos nasceram em um mesmo contexto e tinham princípios convergentes, tendendo para objetivos comuns. Esta dicotomização identificada por Bravo revela a realidade também do sujeito com sofrimento psíquico que procura os serviços de saúde da rede privada, uma vez que não encontra suporte na rede de atenção para outras demandas, diversas da saúde mental.

Entretanto, é importante pontuarmos que nos anos 90, especificamente na Política de Saúde Mental, houve um aparente paradoxo, pois apesar de todo contexto desfavorável, uma vez que o interesse não era nas políticas sociais, mas, sim, em facilitar os negócios econômicos, houve um avanço e um crescimento na política de saúde mental. Contudo, tal avanço não ocorreu por espontaneísmo, mas pelo estabelecimento de táticas e estratégias. Alguns representantes importantes ingressaram no governo de Fernando Henrique Cardoso, que mesmo não sendo próximo dos fundamentos da Reforma Psiquiátrica, nomearam como coordenador nacional de Saúde Mental Domingo Sávio, responsável pelas portarias 189/91 e



224/92 do Ministério da Saúde, realçada como política pública no país através da Portaria Ministerial 336/2001 e instrumentos normativos subsequentes, já na gestão de Pedro Gabriel. (PITTA, 2011).

A Política de Saúde Mental se manteve organizada, com representantes dos usuários, profissionais e familiares convocando encontros e clamando por discussões na sociedade. Apesar de algumas fragilidades, típico a qualquer movimento social, ao compararmos com outros movimentos, principalmente nos anos 90, com os novos direcionamentos político, econômico e social no Brasil, foi perceptível o esvaziamento de representantes de usuários, o que não se configurou nos movimentos de saúde mental. Outro ponto estratégico foi o financiamento para a política, e como o discurso era de não ter dinheiro para investimentos na Política de Seguridade Social e havia a necessidade de financiamento para os novos serviços, reivindicou-se o redirecionamento do dinheiro dos leitos psiquiátricos que estavam sendo fechados para a construção de novos serviços em saúde mental.

Dois projetos, antagônicos entre si, compartilham o palco social brasileiro, o Projeto Reformista, aliado a Reforma Sanitária brasileira com sinais acentuados de retrocesso, e o Projeto Privatista que vem ganhando espaço na sociedade com as suas marcas antidemocráticas em uma acentuada contracorrente. (BRAVO; 2013).

A autora pontua a necessidade da construção de uma agenda de discussão onde diversos sujeitos sociais que tenham interesse na política pública de saúde possam resgatar os princípios da Reforma Sanitária, como bandeira única de reivindicação e que, por conseguinte leve a transformações, saindo de discussões mais restritas, o que confirma o caráter de movimentos mais corporativos, tirando o foco do SUS, pois este é apenas um instrumento de um projeto muito maior para a garantia e efetividade dos direitos sociais, direcionando-se a democracia, através de uma participação efetiva. Somente com o aprofundamento da democracia e a mobilização dos movimentos organizados da sociedade brasileira ocorrerá uma contraposição ao neoliberalismo que responde a questão social de forma individual, personalizada e focalista.

Alguns itens são importantes para a proposta de uma agenda política em defesa da saúde, e segundo a autora, pode-se iniciar com o estabelecimento de vínculos com os setores dominados e com a massa da população excluída e a luta em defesa da saúde, na perspectiva da Seguridade Social, como direito social do

cidadão. O que nos remete a perceber que a saúde se bifurca em dois movimentos, caminhando em direções opostas, saúde em uma direção e saúde mental em outro caminho, com trajetórias distintas, quando na verdade fazem parte de um mesmo tecido. Equidade e justiça social devem ser princípios reforçadores da organização dos serviços de saúde, reorientando as práticas dos profissionais.

O mais importante para garantia do acesso aos cuidados em saúde mental em todos os pontos do Brasil, é que seja considerada a oferta dos serviços já organizados pelo SUS, como recursos que incluam verdadeiramente a saúde mental, reforçando desta forma as novas políticas, ou seja, garantindo a pessoa que sofre com transtorno mental o atendimento pelo SUS, mas que esta inclusão do cuidado à saúde mental não esteja permeada por preconceitos. (PITTA, 2001).

Os movimentos de saúde mental vêm seguindo um caminho afastado de uma discussão maior que envolve a política de saúde, e por outro lado também não encontra ressonância nestes movimentos. Saúde e Saúde Mental são dois processos que não devem ser cindidos, uma vez que denotam uma atenção e cuidados integralizados, corpo e mente fazem parte de um mesmo núcleo, são dependentes, tanto para a saúde, quanto para processos de adoecimento.

### 3.1 RAPS: POSSIBILIDADES E FRAGILIDADES PARA O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS é uma rede de saúde mental integrada e articulada nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e com demandas decorrentes de transtornos mentais e ainda do consumo de álcool, crack e outras drogas. Elenca-se como Eixos Estratégicos para a consolidação da rede:

Eixo 1 – Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental;

Eixo 2 – Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental;

Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação;

Eixo 4 – Ações de prevenção e redução de danos.

Apresenta como objetivos gerais:

Art. 3º, Portaria 3088/2011 - São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - **ampliar o acesso** à atenção psicossocial da população em geral;

II - **promover o acesso** das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias **aos pontos de atenção**; e

III - garantir a **articulação e integração** dos pontos de atenção das redes de saúde no território, **qualificando o cuidado** por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A pessoa que sofre de transtorno mental de qualquer natureza tem o direito de receber assistência a sua saúde através dos serviços oferecidos pela rede de atenção, não sendo exclusivo ao CAPS recepcionar este sujeito, mas outros serviços podem constituir-se em porta de entrada para a rede, tais como as Unidades Básicas de Saúde, as Equipes de Saúde da Família, as Urgências e Emergências, dentre outros.

As diretrizes que norteiam as suas ações estão associadas ao respeito aos direitos humanos; garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade; reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; acesso e qualidade dos serviços, com cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvendo estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária com a participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado e promoção de estratégias de educação permanente e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL. PORTARIA, MS 3088/2011).

É importante informar como a RAPS se constitui no território, com seus respectivos pontos de atenção:

**I – Atenção Básica em Saúde;**

- Unidade Básica de Saúde,
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família,
- Consultório na Rua,
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter

Transitório

- Centros de Convivência e Cultura

**II – Atenção Psicossocial Especializada;**

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

**III – Atenção de Urgência e Emergência;**

- SAMU 192,
- Sala de Estabilização,
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro,
- Unidades Básicas de Saúde;

**IV – Atenção Residencial em caráter transitório;**

- Unidade de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial

**V – Atenção Hospitalar;**

- Enfermaria especializada em Hospital Geral
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

**VI – Estratégias de desinstitucionalização;**

- Serviços Residenciais Terapêuticos

- Programa de Volta para Casa

## **VII – Reabilitação Profissional;**

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

A RAPS sintetiza a nova forma de cuidados em saúde mental, tendo como premissa a dimensão social, a qual favorece a inclusão, a reabilitação social, a inserção comunitária e a produção social da vida, integrando trabalho, lazer, cultura, educação e saúde. Regulamentou a rede, incorporando novos lugares, tais como Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento e os Lares Abrigados. A natureza da RAPS imprime a intersetorialidade como requisito indispensável para a produção de cuidados, uma vez que, não se produz cuidados, sem uma rede constituída que atenda o sujeito na dimensão de atenção integralizada.

O modelo ora instituído, redirecionou, através de legislações específicas, o processo de desinstitucionalização, iniciado oficialmente nos anos 90 do século XX. A lei 10.216/01 ofereceu uma nova realidade ao sujeito com sofrimento psíquico. Entretanto, sabemos que existem ainda algumas lacunas entre o que prescreve a lei e o que a realidade nos mostra. Inicialmente a lei prevê, a partir da sua publicação, o prazo de cinco anos para o fim dos leitos psiquiátricos, mas, apesar de muitos leitos psiquiátricos terem sido fechados, segundo Amarante (2015), em pouco mais de vinte anos de desinstitucionalização no Brasil, mais de quarenta mil leitos psiquiátricos foram fechados, mas ainda existem situações precárias, inclusive hospitais psiquiátricos pertencentes a políticos e a pessoas importantes, do ponto de vista financeiro, que mantém muitos leitos ativos, com recursos do SUS para a sua manutenção.

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo. Uma ousadia de inventar um novo modo de cuidar. Pertinente tal conceituação, pois se entende que reformar significa ruptura de um modelo epistemológico, não sendo restrita a uma reforma do modelo assistencial. Não se transforma uma realidade de mais de duzentos anos, somente através de mudanças na estrutura física, ou ainda nos instrumentos que o novo modelo imprime. Pode se tornar extremamente perigoso o entendimento de que através de novos instrumentos e de espaços de tratamento em

meio aberto, como os CAPS, instituiu-se uma verdadeira reforma, pronta e acabada. (AMARANTE, 2015).

Ainda seguindo a análise proposta por Amarante, dentro deste processo social complexo, o autor descreve quatro dimensões que precisam ser dinamizadas pelos profissionais que atuam nesta área, bem como também por todos os atores que fazem parte desta realidade, para se pensar a Reforma Psiquiátrica.

O primeiro diz respeito à dimensão teórico-conceitual, que se traduz em epistemologia. Dimensão teórica de produção de conhecimentos, epistêmica, que orienta as práticas. A Atenção Psicossocial está dentro desta dimensão, que é uma dimensão ética e que orienta as práticas. É um modo de compreender o sofrimento psíquico, com fundamentação do saber que sustenta as práticas de cuidados e de organização dos serviços. Segundo Amarante, é necessária a retomada da discussão do uso do saber psiquiátrico, que se constituiu durante toda a história da psiquiatria como um saber hegemônico. A aplicação do saber sem a crítica não deve mais fazer parte desta realidade. Durante todo o processo em que a psiquiatria reinava absoluta, o saber era utilizado como um instrumento hegemônico para garantir a ordem pública, a dominação, a normalização social e o controle social.

A discussão sobre o método de conhecimento da psiquiatria deve ser uma prática constante, caso contrário, o profissional reproduzirá no CAPS a mesma conduta profissional que desenvolvia no hospital.

A dimensão técnico-assistencial refere-se ao papel das instituições em relação ao sujeito com sofrimento psíquico. São os diferentes modos de fazer os cuidados. Modos de cuidar, a partir da clínica ampliada, ou seja, as ações devem ser exercidas no território e não mais em um único serviço. Organização, a partir deste novo paradigma, dentro do território. E o modo de gestão, que deve ser participativa e inclusiva. Todo este formato contrapõe-se ao modelo hegemônico que vigorou por tantos anos e que reforçava a ideia do sujeito com transtorno mental como alguém sem razão plena, sem a capacidade de controle de si, demandando uma vigilância constante, assim, as instituições tinham o papel de produzirem subjetividades, tomando por modelo de normalidade os sujeitos dóceis, adestrados, através do poder disciplinar. A vigilância e a disciplina faziam parte do cotidiano institucional.

É preciso fazer a crítica, sob o risco de reproduções de mecanismos e estratégias parecidas que conduzam ao mesmo dano. É necessário o entendimento de que não se trabalha mais com a perspectiva da cura, mas, com o paradigma de uma abordagem psicossocial, através da busca pelo equilíbrio, sendo o objetivo, a inserção social, respeitando as diferenças, resgatando os direitos humanos, através de novas estratégias de atendimento. (AMARANTE, 2015).

Em palestra, no I Seminário de Saúde Mental de Atenção Psicossocial, que teve por tema: Conjuntura da Atenção à Saúde Mental no Brasil: Retrocessos e enfrentamentos, realizado pelo Conselho de Psicologia, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2013, Amarante contou que um dia visitando um CAPS sentiu o cheiro característico dos hospícios. Respondendo ao amigo que havia lhe perguntado sobre o que a sua memória guardava como característica do modelo anterior, não teve dúvidas, o cheiro. Para ele remetia a uma situação de abandono e de maus tratos. Para a reprodução do espaço físico do CAPS usou um neologismo, fazendo a fusão entre CAPS e nosocômio, resultando em CAPSCOMIO. Não é uma crítica negativa ao modelo, mas uma contribuição para que as raízes do antigo serviço não ressurgam, ramificando-se e entrelaçando-se a nova forma de cuidar.

A dimensão jurídico- político está intimamente relacionada a perda dos direitos sociais, civis, ou seja, da própria cidadania. Diz respeito ao Estatuto Jurídico da loucura pautando a Política de Saúde. O conceito de alienação legitima instituições carcerárias que tiram do sujeito toda a sua singularidade. Corroborando com a legalização da negação do sujeito enquanto sujeito de direitos. Os profissionais dos serviços de atenção à saúde mental precisam rever as formas que conduzem as relações dentro dos espaços, a fim de não reforçarem condutas contrárias à cidadania. É muito sutil, mas em alguns momentos, quando se faz um atendimento para esclarecer algum direito do usuário, acerca de benefícios previdenciários ou mesmo assistenciais, corre-se o risco de reforçar posturas e condutas que se chocam ao entendimento do que se almeja para uma vida participativa e inclusiva.

Finalmente a dimensão sociocultural que está fortemente arraigada ao imaginário social. Constitui-se em um forte poder ideológico, que reforça um conjunto de imagens, a partir das representações sociais. As ideias formadas que figuram em torno do sujeito, de ser incapaz, do medo ao diferente e a própria ideia da negatividade. O CAPS tem um papel importante nesta desconstrução social, visto

estar em uma posição de articulador da rede de cuidados no território ao qual está inserido. Ou seja, a construção de um mundo melhor que a loucura possa habitar, transformando o lugar social do sujeito com transtorno mental.

[...] o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. A construção de novos espaços dentro da rede de atenção, que alimentem as trocas, a sociabilidade e a subjetivação, a partir das desconstruções de conceitos antigos com vistas à construção de novos conceitos são possibilidades que garantem a sustentação de um novo modelo de atendimento para a saúde mental. (YASUI, 2010, p.115).

O autor analisa que o novo modelo assistencial em saúde mental propõe transformações com impactos e consequências que ampliam os cuidados na rede, através de uma articulação entre os vários serviços e atores do território que compõem a RAPS. O contrário do que se vivenciou com a prática tradicional que era alicerçada nos princípios históricos do século XVIII, que tinha como objeto único e último, o domínio sobre a doença mental. Olhava-se para o diagnóstico e o sujeito era ignorado, sendo tratados os sintomas, através de atitudes prescritivas.

Diante de um novo formato, balizado por uma atenção psicossocial, onde se preconiza o respeito à diversidade, com vistas à inclusão social e a solidariedade, vê-se que para a sua garantia alguns pontos merecem ser discutidos. O novo paradigma exige habilidades dos profissionais, invenções constantes, e se a ordem é da diversidade, da complexidade da vida e da existência, não há prescrição possível que possa dar conta, assim um único serviço de saúde não responde a tanta diversidade, mas, sim, uma rede bem consolidada.

Não se pode pensar em atenção psicossocial, desvinculada da integralidade, ainda que tenhamos sido formados em um modelo anterior, onde se reforçava o modelo fragmentado, não se concebe mais esta forma, apesar de alguns profissionais ainda persistirem em práticas condizentes ao modelo que vigorou como hegemônico por tantos anos. (YASUI, 2010).

A RAPS é constituída não somente por serviços de saúde. Embora tenha um formato ampliado, o que poderia garantir o atendimento do usuário no sistema em diversas áreas, não exclusivamente através do ingresso em único serviço, de uma



única política, mas por qualquer outro que componha a rede, deixa algumas fragilidades em sua composição, quando não especifica, quais são os outros serviços e quais são as políticas públicas, além da política de saúde que compõem esta rede.

Esta aliança ainda não está fortalecida, o que fragiliza e inviabiliza os percursos dos usuários. O exemplo dos serviços representativos da Política de Assistência Social, como é o caso do Centro de Referência e Assistência Social - CRAS; do Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, bem como ainda dos recursos de outras instituições e políticas sociais que não aparecem claramente nesta rede. Essa ampla rede em saúde mental, extrapola o âmbito da saúde e conforme Yasui (2010, p.115) “[...] mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.”

A atenção psicossocial é um compromisso ético, estético e político. Ético porque tem o compromisso com o reconhecimento do outro; estético porque traz para as relações e os encontros do cotidiano a invenção de estratégias e político porque potencializa protagonistas de vida nos diferentes encontros. (YASUI, 2010).

### 3.2 AS RELAÇÕES ENTRE O CAPS E A RAPS: TRABALHO EM REDE E A AÇÃO NO TERRITÓRIO.

Cuidar faz parte da vida, em todas as suas manifestações, e, no cotidiano profissional, na área da saúde mental, a lógica do cuidar, por mais de dois séculos foi caracterizada por práticas de violência e de criminalidades. A Reforma Psiquiátrica representa uma ruptura com esta forma de assistência, a qual era norteadada pelo internamento e medicalização.

As dimensões para a compreensão da Reforma Psiquiátrica já foram vistas neste trabalho, com enfoques em seu campo político, epistemológico e finalmente traremos a discussão do campo onde estão alicerçados os conceitos que se mostram na realidade dos serviços de saúde, através dos atos de cuidar.

Para falarmos das estratégias de cuidados, faz-se necessário o reconhecimento do território e dos recursos que fazem parte deste espaço, bem como da responsabilidade sobre a demanda que se apresenta nesse território.

O cuidar aqui discutido, vai além da perspectiva do simples ato de oferecer ajuda, mas constrói-se em uma dinâmica de contribuição para o fortalecimento da autonomia do sujeito. O cuidado fica entre a autonomia e a tutela, constituindo-se em uma linha tênue, a qual requer uma atenção muito grande, a fim de que o cuidado não se transforme em tutela. O excesso de cuidado pode levar a dependência, desta forma tem um limite estabelecido, o qual deve ser percebido pelo profissional, que através de estratégias e invenções no seu fazer profissional diário, como bem elucida Yasui, pode contrapor-se a esse formato que induz ao assistencialismo. O contrário a essa prática transformadora, leva o sujeito a uma situação de incapacidade, ao ponto de não conseguir suprir suas necessidades mais básicas, tornando-se um objeto de ações benfeitoras, que reiteram a subordinação. (YASUI, 2010).

Em relação a essa afirmação Sposati (2010, p.29) informa que: “Esta apreensão nos leva imediatamente a uma leitura perversa do assistencial como o mecanismo primordial da reiteração da subordinação e, portanto, do assistencialismo”.

Esse é um mecanismo presente nas políticas sociais, que ainda segundo a autora citada, se revertem ao mesmo tempo em “práticas de exclusão e de inclusão.” (Sposati, 2010, p.30).

Significa dizer que ao mesmo tempo em que possibilita o acesso a benefícios e serviços, de outra forma lhes nega. Quanto a esta relação de afirmação e negação, Marshall em Cidadania, Classe Social e Status, coloca que aceitar a assistência é abdicar dos direitos civis e políticos, pois “os indigentes abriram mão, na prática, do direito civil da liberdade pessoal e eram obrigados por lei a abrir mão de quaisquer direitos políticos que possuísem.” (MARSHALL, 1967, p. 72).

A ética do cuidar está intimamente ligada ao princípio da solidariedade, ao colocar que o cuidado deve nortear-se pela justa medida de uma ética solidária (Yasui, 2010). “A solidariedade precisa do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência.” (YASUI, 2010, p. 124),

A ética solidária ainda não faz parte da realidade do sujeito com sofrimento psíquico, bem como também de outros grupos vulneráveis, e o ato de cuidar, objeto de estudo deste capítulo, vai nos levar a compreender o atual papel do CAPS em sua ação dentro do território, a partir da busca pela consolidação de uma rede de cuidados.

Para tanto, faz-se necessário compreender o significado de território, que não será visto exclusivamente como um espaço físico, mas, sobretudo como um lugar onde se exercem relações políticas, espaços de poder, onde os valores dos usuários dos serviços estão impressos, arraigados, e, portanto devem ser valorizados e incluídos em seus projetos de tratamento e de vida.

Cria e reforça o conceito de clínica ampliada, ou seja, de que o cuidado deve ultrapassar as fronteiras do CAPS, rompendo com a ideia de que um único serviço pode dar conta dessa diversidade humana, tomando o território onde está situada a rede, como espaço para a clínica. Tal como informa a lei, o CAPS deve funcionar segundo a lógica do território. Então significa que a lógica do território irá determinar as ações do serviço de saúde mental. Entretanto, é preciso atenção já que o território possui outras lógicas que podem estar na contramão do que se deseja implementar. Tais lógicas podem estar associadas a ideias de superioridade e condicionamento, o que seguramente irão reforçar alguns comportamentos de submissão do sujeito. Organizar um serviço de acordo com a lógica do território é olhar e ouvir a vida que flui nesse lugar. (YASUI, 2010).

O território não é um espaço físico que não se transforma, permanecendo estático e imune a influências, ao contrário, segundo Milton Santos (2008) o espaço é algo dinâmico onde se reúnem materialidade e ação humana, e a cada época com novos objetos e novas ações que vão transformando o espaço aonde novas relações vão se estabelecendo e mais uma vez transformando o cenário daquele território.

Segundo Yasui (2010) é no território que se exerce o controle das subjetividades. Ainda alude para o fato de que, nesta construção conceitual de território, não seria muito, pensar que, “para uma proposta de um CAPS, haverá para cada CAPS um território com sua singularidade e, em cada CAPS, tantos territórios quanto os usuários que lá se encontrarão.” (YASUI, 2010, p.130).

Logo território e responsabilização são conceitos intrínsecos, relacionados às práticas dos serviços substitutivos, figurando em diversos documentos de saúde mental. É o que mostra a Portaria n. 336/2002 quando caracteriza o CAPS “[...] responsabilizar-se, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.”

A experiência de Santos é considerada como a de maior êxito, na organização de serviços substitutivos de base territorial, a qual contribuiu para disseminar a relação entre território e responsabilização. Esta experiência aconteceu em um momento que não existia nenhuma Política de Estado prescrita para a saúde mental, tendo sido reflexo das discussões e conferências com relatos de experiências trazidas do exterior, por seus representantes, principalmente Franco Basaglia. Tratou-se em verdade de uma iniciativa dos dirigentes políticos do município, que eram simpáticos a causa da saúde mental e de profissionais envolvidos na militância e nos debates teóricos.

A referida experiência tomou o território sob a sua responsabilidade, no que tange a saúde mental, criando a partir daquele momento uma lógica nova, a qual rompia com a hierarquização que assumia os cuidados à saúde por níveis de complexidade. O período referido é compreendido entre 1989 -1996, e os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS faziam toda a cobertura das demandas da saúde mental, no território que estava inserido, em todos os níveis de atenção, o que favorecia ações mais rápidas, menos burocráticas, que não fragmentavam a assistência. O princípio da integralidade entendido como prevenção, promoção e recuperação foi colocado em prática nesse serviço de saúde, que tomou como referência a desinstitucionalização italiana. (YASUI, 2010).

Esse serviço ia além das práticas realizadas em seu interior, mas alcançavam o território, reconhecendo-o em suas especificidades e possibilidades, com o objetivo de criar estratégias para os espaços nas relações sociais, acolhendo o sujeito não somente nos momentos de crise, mas também fora dela, construindo projetos de vida, reforçando a autonomia dos sujeitos, respeitando as suas individualidades.

Naquele momento se buscava uma nova forma de cuidados, contrapondo-se ao modelo hegemônico instituído, portanto, mesmo naquele cenário onde os serviços eram insuficientes para a composição de uma rede estruturada, ainda assim, persistia uma lógica de articulações com outros serviços, na busca por estratégias de um melhor cuidado, onde o ser humano fosse à prioridade, onde a cidadania fosse reconhecida e garantida.

Não se pode restringir a um único serviço, todo o processo de transformação que postulou a Reforma Psiquiátrica. Conforme prescrito em lei, o CAPS deve constituir-se em um mecanismo estratégico para a transformação do modelo passado, alterando a organização e a gestão dos processos de trabalho, envolvendo os

trabalhadores das diversas políticas públicas, como também os diferentes segmentos da sociedade, a fim de que se fortaleça uma rede de atenção e que a mesma seja forte e integrada para garantir respostas às diversidades.

Ao CAPS, além das articulações acima mostradas, sendo o regulador da porta de entrada da rede assistencial, tem a função de organizar a rede de cuidados, atuando também na coordenação das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, supervisionando e capacitando às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental dentro de um território. Ocupa o lugar de referência, portanto, lugar de permanente diálogo, apoio e intercâmbio para o planejamento, organização, execução e avaliação das ações em saúde mental. (AMARANTE, 2015).

Em relação à utilização de outros saberes e fazeres nos serviços aduz Saraceno (2001, p.101) “A comunidade na qual se encontra o serviço é uma fonte inexaurível de recursos existentes e potenciais, tanto humanos quanto materiais.”

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília fala da intersetorialidade, através de ações integradas com a “educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer, com a universidade, o ministério público e as organizações não governamentais - ONGS” (SUS, 2002, p. 54). potencializa, o cuidado, através de estratégias que reconheçam e respeitem as especificidades de cada um, favorecendo uma melhor qualidade de vida, inclusão social e a construção da cidadania da população. (SUS, 2002, p. 54).

A presença da intersetorialidade favorece o argumento de que o CAPS não é o centro da atenção à saúde mental, não podendo ser considerado o fim em si mesmo, é um ponto estratégico dentro de uma rede. E, como tal, não deve funcionar isolado. Quando a lei atribui ao CAPS a responsabilidade da organização da rede de cuidados não significa dizer que a totalidade das tarefas deva ser executada por ele. Um CAPS que isola a sua prática de cuidados da rede de atenção psicossocial incorre em práticas semelhantes as do hospital psiquiátrico, acreditando que pode dar conta de tamanha complexidade, desmerecendo as estratégias de cuidados e as invenções constantes que a realidade exige e que devem ser desenvolvidas no cotidiano profissional. (YASUI, 2010).

O sujeito precisa sentir-se bem em outros espaços, a fim de que não crie uma dependência ao CAPS, o que o tornaria sem autonomia frente às demandas da vida. Como bem coloca Yasui a rede é uma ética, assim, precisa estar presente em qualquer arranjo organizacional. Esse novo modo de olhar e cuidar do sujeito com transtorno mental pode estar presente em um Programa de Saúde da Família - PSF, como em qualquer outro serviço da rede, já que é uma ética e não um simples local. O usuário precisa sentir que existe uma rede que o acolhe, desconstruindo a ideia de ser o CAPS o seu refúgio perpétuo. Pois, caso assim aconteça, estaríamos criando outro local, com bases estruturais menos violentas, mas que podem causar, subjetivamente, quase os mesmos danos que o hospital psiquiátrico causou nas vidas de muitos sujeitos. O trabalho em rede favorece um olhar direcionado à cidadania e tira o foco do diagnóstico, o que se reveste a favor do sujeito.

## *Capítulo IV*

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

#### 4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O momento empírico desse estudo foi realizado a partir de uma pesquisa qualitativa-etnográfica, em um CAPS na cidade de Salvador-Ba. O CAPS em estudo foi inaugurado no ano de 2008, instalado em uma casa antiga, com dois andares. Está organizado da seguinte forma: no andar térreo a recepção e a sala para realização dos acolhimentos, além do refeitório, de uma cozinha e dois sanitários. No pavimento superior funcionam a parte administrativa e três consultórios, além de uma sala para dispensação das medicações. Na área externa fica um galpão onde funcionam as oficinas.

Em resposta ao que apregoa a Reforma Psiquiátrica brasileira – RPb, o objetivo do CAPS é oferecer uma atenção diária e intensiva às pessoas em sofrimento psíquico, garantindo, a partir do ingresso no serviço, um acolhimento bem orientado, cuidados e suporte, desde o momento mais agudo da crise até a (re) construção dos vínculos com a vida. O CAPS é um serviço que está localizado na rede, tendo por orientação o tratamento além das estruturas físicas do seu próprio espaço, estendendo-a ao território onde as relações se constroem.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS funcionam com três modalidades de atendimentos, a partir da necessidade de cada usuário. Atendimentos Intensivo, Semi-Intensivo e Não-Intensivo. O atendimento intensivo é destinado aos usuários que necessitam frequentar o CAPS todos os dias da semana. A indicação é para o sujeito que se encontra em intenso sofrimento mental. No atendimento Semi-Intensivo, o usuário deve frequentar o serviço até 12 dias no mês, distribuídos em atendimentos entre duas a três vezes na semana. O que se observa para essa modalidade é que o sujeito tenha tido remissão dos sintomas psicóticos, diminuição do sofrimento mental, e, tenha melhorado as possibilidades de relacionamento, mas que ainda tenha a necessidade de atenção para fortalecimento da autonomia frente às atividades da vida diária e as formas de posicionar-se no mundo. Quanto ao atendimento não-intensivo, o usuário pode frequentar o serviço até

quatro dias no mês, confundindo-se com o cuidado ambulatorial contínuo. O que se caracteriza pela autonomia do usuário frente a sua própria vida, significando não haver necessidade de um suporte intensivo da equipe profissional. Vale ressaltar que o usuário pode migrar entre as modalidades de atendimentos, dependendo de sua necessidade, ou seja, pode evoluir para o semi-intensivo e havendo necessidade retornar para o intensivo ou mesmo evoluir para o não-intensivo. A proposta é trabalhar a autonomia do sujeito a fim de torná-lo independente e articulado com as atividades e relações extra CAPS.

O CAPS em estudo mantém em atendimento 358 usuários, tendo 813 usuários matriculados. Não foi disponibilizado o número de usuários por modalidade de atendimento, por não existir essa informação no momento. Para atendimento a essa demanda o CAPS dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por uma gerente, duas assistentes sociais, um agente de limpeza, dois assistentes administrativos, um auxiliar de enfermagem, um educador físico, um farmacêutico, dois médicos psiquiatras, um oficineiro, três psicólogos, três técnicos de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, um motorista e um segurança. No momento a equipe não dispõe de enfermeiro.

Os usuários, em contato com o serviço recebe uma primeira escuta oferecida pelo técnico de plantão que está no acolhimento, que pode ser qualquer profissional de nível superior. O acolhimento é realizado pela equipe técnica do CAPS, escalonados durante a semana de 08h00min as 16h00min, exceto quinta-feira (tarde), pois é o dia da reunião técnica. Os instrumentos utilizados são folha de anamnese, folha de evolução e livro de registro de acolhimento. Os acolhimentos variam de três a quatro por turno. Dentro da dinâmica do funcionamento do serviço estão previstos após o cadastro dos usuários as seguintes variáveis: mudança de endereço (Estado), altas e abandonos, portanto, faz-se necessário o reacolhimento de usuários que se encaixem nestas situações. A equipe segue os mesmos critérios adotados do acolhimento.

O acolhimento, dependendo da necessidade, pode continuar acontecendo em outros momentos, ou seja, não é encerrado, necessariamente, em um primeiro contato. De acordo com a concepção de acolhimento da equipe do CAPS, acolhimento é receber bem, ouvir a demanda, buscando formas de compreendê-la, implicando no reconhecimento do usuário como cidadão de direitos, podendo ocorrer



em todos os níveis de atenção à Saúde, em todos os encontros, independente de local e hora, objetivando o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre os profissionais de Saúde e as pessoas que o buscam, assim como possibilitar o encaminhamento responsável para outro serviço, quando necessário. Essa é uma descrição elaborada pela equipe a partir do conhecimento técnico, pautado pelo ministério da saúde, com acréscimos do pensamento coletivo sobre como este serviço percebe o ACOLHIMENTO como primeiro atendimento prestado ao usuário.

Existem duas formas de acesso ao CAPS: ou por demanda espontânea ou por encaminhamentos. Os encaminhamentos podem ser feitos pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, tais como, ambulatórios ou hospitais psiquiátricos, ambulatórios clínicos, hospitais gerais, Programa de Saúde da Família - PSF, CAPS de outros territórios, além de outros dispositivos intersetoriais de educação, justiça, cidadania e assistência social.

Como não existe na equipe um recepcionista, o profissional escalado para o plantão, bem como os outros profissionais que estão no turno, se organizam para os encaminhamentos dos usuários já matriculados e outras demandas que surgirem. Esse momento se caracteriza como sala de espera organizada pela equipe do turno. Portanto, todo o preenchimento burocrático para efetivação da matrícula do usuário é realizado pelo profissional que acolheu com a ajuda posterior do técnico administrativo para abertura do prontuário.

No momento em que está sendo realizado o acolhimento do usuário, caso tenha demanda para acompanhamento em CAPS, o mesmo será admitido e será construído o seu Plano Terapêutico Singular - PTS, composto por atividades individuais ou grupais, bem como atendimentos individualizados. A equipe ainda coloca como forma de construção para o PTS a experiência livre do usuário na dinâmica cotidiana de funcionamento do CAPS.

O Plano Terapêutico Singular pauta-se em critérios como diagnóstico psiquiátrico e psicodinâmico; nível de comprometimento clínico e social; grau de autonomia do usuário; possibilidade de circulação e acesso ao serviço; demonstração de compromisso terapêutico com a proposta por parte do paciente ou de seus familiares/ cuidadores, bem como seus interesses e vinculações estabelecidas com os membros da equipe. A partir do acolhimento e admissão do usuário, este conta com um leque de possibilidades que podem fazer parte de seu PTS. Para isso, ele

pode experimentar, inicialmente, de modo livre ou direcionado, uma dinâmica cotidiana de funcionamento do CAPS, que envolve, além de atendimentos individualizados, variadas atividades em grupo sempre supervisionados e acompanhados pela equipe do turno.

Alguns usuários que estão na modalidade intensiva, poderiam evoluir para modalidade semi-intensiva ou mesmo não-intensiva. Trata-se de sujeitos com uma boa autonomia, residindo sozinhos, realizando as atividades da vida diária, administrando o recebimento do benefício assistencial, com uma boa capacidade reflexiva, o que pode lhes garantir a construção de outras relações sociais. Alguns desses usuários estão em uso de baixas doses de medicamentos e alguns demonstram o desejo de realizar outros projetos de vida, entretanto, necessitam de orientação ou “gerenciamento de caso na comunidade” para viabilização desses objetivos. Observei que as atividades extra CAPS realizadas por alguns usuários deveriam constar no PTS dos mesmos. Seria inclusive um demonstrativo da evolução desse usuário, no quesito autonomia. Alguns se sentem constrangidos por faltar às atividades, por estarem realizando outras atividades fora da estrutura do serviço de saúde. É uma questão que deveria ser incentivada pela equipe profissional. O papel desempenhado pelo técnico de referência é importante para condução do acompanhamento da atenção psicossocial dos usuários. Pois, conforme entendimento da própria equipe profissional, os atendimentos do técnico de referência representam uma estratégia importante de acompanhamento da atenção psicossocial dos usuários, planejando, gerenciando e avaliando projetos terapêuticos, respaldados em discussões realizadas por equipe interdisciplinar, a fim de oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado uma vez que possibilitam o agenciamento de intervenções específicas como alterações de seus PTS e eventuais redirecionamentos institucionais na assistência prestada.

O profissional que acolhe, inicialmente pode ficar como “técnico de referência”, o que pode mudar, pois os usuários estabelecem seus próprios vínculos e solicitam a mudança, ou mesmo o profissional pode solicitar a mudança por questões ética, pessoal, entre outras.

Mesmo predominando no CAPS as abordagens terapêuticas de cunho grupal, os atendimentos individuais podem fazer parte dos PTS, e ocorrerão sempre que houver solicitação por parte do usuário ou quando a equipe técnica julgar indicado.

A oferta de espaços terapêuticos individuais é oferecida por toda equipe do CAPS, cada um em sua especificidade e abordagem, com privacidade, estabelecendo com o usuário um vínculo de confiança, que pode representar, para ele, a oportunidade de ficar à vontade para falar sobre o que quiser, aprofundando temas de sua vida que não podem ser aprofundados nos espaços de tratamento em grupo.

Assim, os atendimentos individuais representam uma estratégia importante de acompanhamento da evolução psicossocial dos usuários a exemplo de psicoterapias, atendimentos médicos, atendimentos de enfermagem e atendimentos dos técnicos de referência.

Os atendimentos de grupo representam um dos principais eixos de trabalho terapêutico dos Centros de Atenção Psicossocial. Consistem em um conjunto de propostas terapêuticas e de sociabilidade, desenvolvidas de acordo com a articulação entre as necessidades e demandas dos usuários, e as habilidades (e criatividade) dos técnicos.

Os grupos podem ser abertos ou temporariamente fechados a novos participantes, decisão esta que cabe aos seus coordenadores e varia segundo o objetivo e o andamento de cada processo grupal. Eles podem ter propostas mais direcionadas ou um caráter mais livre e aberto às sugestões dos participantes. Em ambos os casos, os grupos estão estruturados em encontros com dia e horário pré-estabelecidos. A partir do plano terapêutico singular e após avaliação técnica da demanda há o encaminhamento para os grupos e oficinas quando necessário.

Dentre os grupos, destacam-se os Grupos Terapêuticos Verbais e Corporais; as Oficinas (expressivas e de aprendizagem); os Grupos de Escuta e Orientação à Família / Cuidadores; as Atividades Esportivas e de Lazer; os Projetos de Trabalho; e as Assembleias Gerais.

Além das Oficinas e Grupos Terapêuticos, são propostos também outros espaços de convivência e coletivização: as Refeições e as Assembleias Gerais, que contam com participação da Equipe Técnica e da Equipe de Apoio do CAPS. Cabe ainda acrescentar que o Acompanhamento Terapêutico (em grupo ou individual), assim como as Atividades Lúdicas ou Comemorativas, procuram também ampliar e diversificar as técnicas terapêuticas, os territórios (concretos e simbólicos da experiência humana), e as redes de socialização.

As visitas domiciliares são realizadas a usuários e familiares/ cuidadores, se possível de modo previamente agendado, com propósitos variados. Dentre eles, destacam-se:

- Avaliar o usuário em primeiro acolhimento/ atendimento, caso esteja impossibilitado de vir ao Serviço, criando estratégias para iniciar um atendimento domiciliar sistemático;
- Identificar e compreender aspectos psicossociais que permanecem obscuros e representam algum grau de impedimento na adesão do usuário ao tratamento;
- Estimular a adesão ao tratamento por parte do usuário que não está conseguindo seguir o Plano Terapêutico Singular proposto;
- Realizar monitoramento preventivo através de contato telefônico para evitar o abandono do tratamento;
- Oferecer suporte e orientar a conduta terapêutica dos familiares e cuidadores que não estão conseguindo chegar ao Serviço;
- Monitorar, temporariamente, o uso da medicação;
- Fazer um levantamento de aspectos que favoreçam a (re) elaboração de um Plano Terapêutico Singular.

As Visitas Domiciliares/ Busca Ativa acontecem em qualquer dia da semana, a partir do pedido de familiares/ cuidadores, da demanda do próprio usuário, de uma necessidade identificada pela equipe técnica ou encaminhamento do PSF para intervenção conjunta, se necessário. Todos os profissionais da equipe estão habilitados a fazer visita domiciliar.

O momento das refeições no CAPS acontece sempre com a presença de um profissional. Por entender a importância desse momento a equipe do CAPS organiza uma escala em turnos de almoço, assim como a equipe de apoio, que são os higienizadores, para atuarem como facilitadores nesse processo. Duas refeições são fornecidas para os usuários em regime intensivo, a primeira ocorre às 8h30min e o almoço às 12 horas. Apesar de todo caráter terapêutico que se deseja imprimir a esse momento, percebo que ainda não se alcançou um espaço de independência e autonomia para o usuário. Talvez, ainda seja um resquício de modelos manicomialis. O

usuário ainda não tem autonomia para servir-se, uma vez que a alimentação vem em quentinhas, com talheres descartáveis. É uma prática cotidiana em todos os CAPS.

Alguns usuários que estão na modalidade intensiva, poderiam evoluir para modalidade semi-intensiva ou mesmo não-intensiva. Trata-se de sujeitos com uma boa autonomia, residindo sozinhos, realizando as atividades da vida diária, administrando o recebimento do benefício assistencial, com uma boa capacidade reflexiva, o que pode lhes garantir a construção de outras relações sociais. Alguns desses usuários estão em uso de baixas doses de medicamentos e alguns demonstram o desejo de realizar outros projetos de vida, entretanto, necessitam de orientação ou “gerenciamento de caso na comunidade” para viabilização desses objetivos. Observei que as atividades extra CAPS realizadas por alguns usuários deveriam constar no PTS dos mesmos. Seria inclusive um demonstrativo da evolução desse usuário, no quesito autonomia. Alguns se sentem constrangidos por faltar às atividades, por estarem realizando outras atividades fora da estrutura do serviço de saúde. É uma questão que deveria ser incentivada pela equipe profissional. O papel desempenhado pelo técnico de referência é importante para condução do acompanhamento da atenção psicossocial dos usuários. Pois, conforme entendimento da própria equipe profissional, os atendimentos do técnico de referência representam uma estratégia importante de acompanhamento da atenção psicossocial dos usuários, planejando, gerenciando e avaliando projetos terapêuticos, respaldados em discussões realizadas por equipe interdisciplinar, a fim de oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado uma vez que possibilitam o agenciamento de intervenções específicas como alterações de seus PTS e eventuais redirecionamentos institucionais na assistência prestada.

O profissional que acolhe, inicialmente pode ficar como “técnico de referência”, o que pode mudar, pois os usuários estabelecem seus próprios vínculos e solicitam a mudança, ou mesmo o profissional pode solicitar a mudança por questões ética, pessoal, entre outras.

O profissional de atendimento integrado farmacêutico responsabiliza-se pelas ações relacionadas com o ciclo da Assistência Farmacêutica e a dispensação de medicamentos para garantir o Uso Racional deste, dentre essas ações destaca-se:

- Realizar mensalmente a programação dos medicamentos e insumos a partir do Consumo Médio Mensal previamente calculado;
- Discussão prévia com o psiquiatra assistente sobre a programação dos medicamentos e quantitativo no serviço para que não haja prejuízo nas prescrições médicas.
- Realizar inventários periódicos;
- Manter controle e registro de estoque dos medicamentos na Farmácia;
- Realizar guarda e distribuição de psicoterápicos e entorpecentes colaborando no tratamento do usuário, seguindo a Portaria 344/98;
- Orientar os pacientes sobre os riscos, efeitos colaterais e contraindicações dos medicamentos;
- Estimular a adesão ao tratamento por parte do usuário que não está conseguindo seguir a prescrição médica;
- Dispensação individual a cada paciente de posse da prescrição médica em conformidade com a legislação em vigor.
- É característico da dinâmica do CAPS o trabalho multidisciplinar, portanto a farmácia conta com a parceria direta do corpo da enfermagem para dispensação de medicação organizados a partir do fluxo acordado entre os profissionais.
- Horário de funcionamento: seg., ter, qua e sex, de 08h00min as 16h00min e quinta de 08h00min as 12h00min.

O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde foi instituído pela Portaria nº 276, de 30 de março de 2012, com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde. No CAPS os técnicos se responsabilizam em anexar as RASS no prontuário de suas referências, preenchendo os campos adequadamente de acordo com as ações realizadas no mês, que por sua vez retiram dos prontuários a cada dia vinte e cinco de cada mês e entregam ao técnico administrativo para transferir as informações para o Sistema. Foi confeccionado um instrumento para facilitar a

dinâmica do registro da produtividade organizada em pasta e entregue a cada técnico contendo informações sobre relação dos procedimentos e respectivos códigos, cartão nacional de saúde do profissional, CBO, instrumento de registro e quantidade máxima a registrar.

A parte operacional da digitação é realizada por um técnico administrativo capacitado que repassa as informações para os sistemas. Salientamos que a relação com o novo instrumento de informação adotado foi discutido nas reuniões técnicas sobre a forma mais dinâmica para efetuar os registros, porém encontramos vários entraves como o sistema (fragilidade, vários erros, desprogramação de registro) dificultando toda organização para garantir um calendário de envio para Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

A RAPS, na qual o referido CAPS está inserido, é composta por trinta instituições, dentre essas, doze serviços de saúde, sendo dois CAPS, o CAPS pesquisado e um CAPS AD, referente ao atendimento de pessoas que usam álcool e outras drogas ilícitas. Oito centros de saúde, um centro de especialidade odontológica, um Programa de Saúde da Família, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, CEDECA, Projeto Axé, ONG Força Feminina, Delegacia, Defensoria Pública, Centro POP, Consultório de Rua, Unidade de Acolhimento, Ponto de Cidadania, Associação dos Moradores de Rua, Ordem Terceira do Carmo, Ordem São Francisco e Escola do Olodum.

## 4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental é uma técnica muito utilizada na pesquisa em ciências sociais e humanas. Constitui-se em uma ferramenta importante na pesquisa qualitativa, uma vez que pode complementar informações obtidas por outros tipos de coletas, pontuando aspectos ainda não observados de um tema ou problema.

Neste estudo, é possível identificar que a pesquisa de cunho etnográfico, utiliza a análise documental numa triangulação com a observação direta e com a entrevista semi-estruturada.

Na construção dos casos estudados, a pesquisa documental tornou-se necessária, porque favoreceu um entendimento mais apurado dos casos em estudo, ampliando as informações e também confrontando versões do que foi coletado por outros meios. Assim, as informações foram obtidas através de leituras aos prontuários, documentos que continham a descrição do fluxograma e processo de trabalho dos serviços de saúde mental e da observação direta do cotidiano no CAPS, discussão de casos em reunião técnica e também de algumas trajetórias extra CAPS.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra e a quantidade de entrevistas realizadas foram determinados de acordo com o conceito de saturação teórica. Assim, com a realização de cinco entrevistas conseguiu-se atingir a saturação teórica dos objetivos da pesquisa.

O método utilizado foi a aproximação espontânea, a partir da observação das atividades realizadas nas oficinas, onde os usuários desenvolvem atividades de expressão, desenhos, entre outros.

Com o intuito de atingir os objetivos propostos nesta pesquisa foi realizada uma estratégia qualitativa, com a finalidade de se buscar uma compreensão interpretativa da questão norteadora da pesquisa. (MINAYO *et. al.*, 2010).

Com a utilização desse método não se pretendeu quantificar ou medir unidades, mas trazer ao entendimento à natureza da situação estudada. Nesse sentido, Richardson (1999) esclarece:

Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos. Richardson (1999, p. 80)

Diante do universo da pesquisa qualitativa foi possibilitada uma aproximação com os sujeitos, razão deste trabalho, com o local e com os fatos que constituem o



objeto de pesquisa, para extrair desse convívio os significados, tanto os que estão mais perceptíveis quanto aqueles que se encontram menos visíveis, carecendo de um olhar mais sensível para ser visto e compreendido. Assim, esta foi a abordagem considerada a mais adequada para realização deste estudo, pois parte do campo para estudar a trajetória de sujeitos na busca pela consolidação de direitos.

Quanto à classificação dos objetivos da pesquisa, caracterizou-se como exploratório-explicativa, pois tem o condão de aproximar o objetivo com o problema para torná-lo mais explícito, bem como de identificar a acessibilidade e as barreiras na trajetória do sujeito com transtorno mental. É também teórico-empírico, pois confronta os referenciais teóricos e documentais com as informações coletadas por meio da pesquisa de campo, favorecendo assim a análise qualitativa dos resultados.

Segundo Yin (2001) o estudo de caso pode ser único ou múltiplo. Nesse sentido, a pesquisa teve como modalidade o estudo de casos múltiplos, envolvendo a coleta sistemática de informações sobre como ocorre a trajetória do sujeito na rede de atenção, a partir da perspectiva do próprio sujeito e para a construção de um modelo teórico de análise, respaldado pelo referencial teórico pertinente ao tema, à primeira etapa da pesquisa constituiu-se em uma pesquisa bibliográfica e documental. Esta última a partir da análise dos prontuários dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram usuários com transtornos mentais, matriculados e em acompanhamento há pelo menos três meses no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), situado na cidade de Salvador. Os pesquisados foram do sexo masculino e feminino, com histórico de internamentos em hospitais psiquiátricos ou não, sendo um dos critérios de inclusão ter diagnóstico definido ou suspeita diagnóstica atribuída pela equipe técnica do CAPS. Os critérios de exclusão foram a não aceitação em participar do estudo ou não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE.

A pesquisa transcorreu com cinco usuários do CAPS II, especializado no atendimento de sujeitos adultos, com transtornos mentais severos e persistentes.

Analisa-se, neste trabalho, como se dá a trajetória do sujeito com transtorno mental no acesso a Rede de Atenção Psicossocial, e como esta tem contribuído para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, no que se refere à acessibilidade do sujeito com transtorno mental aos serviços ofertados por essa rede.

**Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo. Salvador, 2015.**

<b>Participantes</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo no CAPS</b>
Bete	F	32	Superior incompleto	6 anos
Bianca	F	50	Superior incompleto	3 meses
Helena	F	46	Fundamental	4 anos
Luís	M	59	Analfabeto	8 anos
Estela	F	66	Fundamental	6 anos

Fonte: Pesquisa de campo

Constata-se que quatro usuários são do sexo feminino e apenas um do sexo masculino, destes uma é idosa. As idades variam entre 32 a 66 anos, tendo diferentes níveis de escolaridade. O tempo de tratamento no CAPS é traduzido a partir da matrícula no serviço de saúde.

Todos os nomes são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa de campo aconteceu com a análise documental, observação direta de algumas trajetórias, entrevistas semi-estruturadas no período de dois meses (dezembro e janeiro), dos anos de 2015/2016, a fim de acompanhar a interação do sujeito da pesquisa com os serviços que foram buscados pelos mesmos, no sentido de identificar acessibilidade e barreiras enfrentadas pelo usuário na busca de cuidado.

A partir de entendimento em Gil (2010, p.53), a pesquisa de campo focaliza no estudo de uma comunidade, sendo desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes de modo a captar as explicações e interpretações que ocorrem no grupo, podendo ser conjugado com outros procedimentos como a análise de documentos.

Já o entendimento de Richardson (1999, p. 207), quanto à entrevista, é a de uma técnica que permite o desenvolvimento de uma relação mais estreita entre as pessoas, sendo bastante utilizada pelas Ciências Sociais. Cria uma interação face a face, pois aproxima as pessoas, criando um espaço de confiança e reciprocidade.

Diante do conceito e utilidade do instrumento entrevista, foi de extrema importância, pois proporcionou respostas ao problema norteador deste trabalho. A escolha pelo formato semiestruturado ocorreu em virtude da possibilidade de se seguir um roteiro previamente definido de modo a evitar fugas dos pontos de interesse da pesquisa.

De acordo com Manzini (1991, p.154), esse modelo de entrevista favorece que as informações surjam de forma mais livre com respostas não condicionadas a uma padronização de alternativas.

Quanto à observação direta na pesquisa de campo, o método é etnográfico, em que o autor é simultaneamente, o seu próprio cronista e historiador, examinando os fatos ou fenômenos que se deseja estudar, materializados no comportamento e na memória humana (LAPLANTINE, 2004).

Assim, pela observação direta e por um período de tempo, das formas costumeiras de viver de um grupo particular de pessoas associadas, de alguma maneira é possível analisar uma unidade social representativa para o estudo. Desta forma, o pesquisador etnógrafo efetua sua pesquisa de campo através da observação direta, de modo que o trabalho de campo é a própria fonte da pesquisa. Entende-se não ser suficiente a elaboração e aplicação de entrevistas, na busca exclusiva de respostas, mas envolvendo também nesse universo a observação do que as pessoas fazem, como se posicionam no mundo, como se reconhecem e relacionam entre si, como estão vivenciando as suas trajetórias.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de conteúdo foi realizada de acordo com as diretrizes da metodologia de Bardin (2009) a qual informa que a comunicação é uma transferência de significados que acontece entre um emissor e um receptor, nas formas falada ou escrita, sendo passível a uma análise de conteúdo, a fim de que através das técnicas sejam analisadas as comunicações a partir de descrições do conteúdo das mensagens.

Esta técnica não deve engessar, ou seja, limitar-se ao que está no texto, a fim de que não limite o pesquisador, tanto em sua capacidade criativa, quanto em sua

intuição. Entretanto, também não deve seguir em uma dimensão tão subjetiva, a fim de não servir apenas a confirmar as hipóteses de pesquisa do pesquisador. A proposta da análise de conteúdo é transitar entre dois polos que envolvem a investigação científica, que são o rigor da objetividade e a riqueza da subjetividade. (BARDIN, 2009).

Ainda na perspectiva de Bardin a interpretação das mensagens e dos enunciados para a análise de conteúdo deve ter como início uma organização em torno de três polos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados através da inferência e da interpretação.

Seguindo essa orientação metodológica, foi feita uma leitura flutuante de todo o conteúdo coletado e selecionado, seguida de uma leitura mais detalhada, focada e dirigida, destacando os temas que mais se repetiam nas falas dos entrevistados.

A partir da análise das entrevistas realizadas com os cinco usuários que se enquadraram no perfil traçado do estudo, foram extraídas as seguintes categorias analíticas dos depoimentos.

#### **Quadro 1 - Descrição das categorias analíticas.**

<b>Categorias Analíticas</b>	<b>Definição</b>
Políticas Públicas	Diz respeito à trajetória ao acesso/barreiras a RAPS, ou seja, a saúde, aos benefícios assistenciais a educação e ao trabalho.
Cidadania/Direitos Humanos	Refere-se à autonomia, ao estigma, a relação cidadão/consumidor e aos ganhos secundários.

A pesquisa se baseou, teoricamente, nos conceitos de cidadania e políticas públicas para o sujeito com transtorno mental. O desenho da pesquisa foi baseado na abordagem qualitativa, envolvendo observação direta, entrevistas semiestruturadas e análise documental. Os registros produzidos a partir das transcrições das entrevistas foram analisados com a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática. Assim, foram analisadas as categorias que mais apareceram nos relatos dos entrevistados, as quais foram cidadania, trabalho e políticas públicas, estas, no que se refere à qualidade dos serviços oferecidos, a partir da ótica do sujeito entrevistado.

#### 4.6 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

Para assegurar os cuidados éticos com pesquisa que envolve seres humanos, as recomendações que constam na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas. O sigilo quanto à identificação dos participantes da entrevista foi garantido, uma vez que os nomes reais foram substituídos por nomes fictícios. O estudo transcorreu mediante carta institucional e respectivo Termo de Anuência Institucional (ANEXO A), o qual solicitei da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, o acesso ao CAPS, a fim de realização da pesquisa aos usuários, bem como acesso aos documentos e prontuários. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador, obtendo parecer de aprovado em 23 de novembro de 2015, por meio da Plataforma Brasil (ANEXO B).

Realizei as entrevistas após esclarecimentos sobre os objetivos e a destinação acadêmica para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania, sobre manutenção do sigilo das identidades e por fim, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), tendo sido informado sobre a liberdade de informação e participação, os riscos e benefícios, dentre outros elementos que constam como exigências éticas na referida resolução.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 CONHECENDO AS HISTÓRIAS DOS USUÁRIOS.**

As histórias apresentadas foram construídas a partir das entrevistas realizadas, alguns dados pesquisados nos prontuários e através das trajetórias dos usuários, algumas acompanhadas pela pesquisadora e outras relatadas pelos entrevistados.

As falas apresentadas referem-se às narrativas transcritas e são identificadas apenas pelos nomes fictícios dos sujeitos da pesquisa. Os sujeitos envolvidos são de ambos os sexos, com predominância do gênero feminino. A faixa etária está entre 33-66 anos de idade. Dos cinco entrevistados, dois residem com os familiares, nenhum dos entrevistados é casado ou vive em união estável. Somente uma das entrevistadas possui vínculo formal com o mercado de trabalho. O nível de escolaridade varia entre não alfabetizado ao nível superior incompleto. Somente duas usuárias recebem benefício assistencial. Uma das entrevistadas mantém vínculo informal no mercado de trabalho.

#### **5.1.1 Caso 1**

Bete é usuária do CAPS há oito anos, permanecendo os últimos dois anos em São Paulo, na cidade do Guarujá, em companhia do pai, após falecimento da mãe, o que a deixou bastante deprimida, segundo a usuária. Retornou a Salvador no início do mês de dezembro de 2015. Durante o período em que permaneceu em companhia do pai realizou tratamento em um CAPS em Guarujá, SP. Apresenta diagnóstico de esquizofrenia há nove anos, ocorrendo o primeiro surto psicótico aos vinte e três anos de idade, quando cursava o segundo semestre do curso de Direito na Universidade Federal da Bahia. Atualmente está com trinta e dois anos de idade é solteira e reside sozinha em um pensionato no centro da cidade de Salvador. A família reside uma parte em São Paulo (pai e três irmãos) e a outra parte composta por uma tia, um irmão e o filho da usuária, em cidade do interior da Bahia. O filho de treze anos de idade está sob os cuidados da tia da usuária na referida cidade do interior baiano. Segundo a mesma,

tem uma boa relação familiar e um vínculo harmonioso com o filho, mantendo contatos freqüentes por telefone. Recebe benefício de prestação continuada (BPC) há oito anos, no valor de um salário mínimo, garantindo a sua manutenção nesta cidade. Sente-se independente financeiramente, tendo conseguido alcançar um poder de compra, após recebimento do benefício que teme em perder, caso resolva voltar a estudar ou desenvolver alguma atividade laborativa. Diz: **“Lá no CAPS do Guarujá fiquei chateada com a assistente social porque ela dizia que eu poderia fazer alguma coisa, estudar, trabalhar... você sabe quanto tempo é para fazer a revisão do LOAS? Será que eu perco?”**. Não demonstra interesse em realizar nenhuma atividade laborativa nem voltar a estudar. Quando estimulada a retomar os estudos, salienta a sua incapacidade: **“... a doutora disse que estou doente e que não tenho condição de voltar a trabalhar”**, reforçando o medo em perder o benefício assistencial. **“Meu pai paga um plano de saúde particular pra mim, só o CAPS que não preciso pagar”**. Costuma fazer exames em uma clínica que fica em frente ao CAPS, inclusive está com consulta marcada com um neurologista para o mês de fevereiro. Costuma usar serviços específicos da rede de atenção psicossocial, no que se refere à manutenção do seu benefício assistencial. Após o carnaval iniciará processo para solicitação do passe-livre. Bete tem uma rotina de comparecimento ao CAPS, diária, nos dois turnos. Informou que será a representante dos usuários nas reuniões que já estão previstas para discutir o novo coordenador de saúde mental do Brasil, **“[...] tal de Valencius, que quer reabrir os manicômios [...]”**. Está programando ir a Brasília no próximo dia dezanove de janeiro unir-se ao Movimento contra a posse do novo coordenador, representando os usuários do CAPS onde realiza tratamento. Está aguardando o posicionamento das representantes da Associação Metamorfose Ambulante (AMEA) que já estão em Brasília.

No dia 7 de janeiro de 2016 foi à Agência do INSS nas Mercês resolver uma questão do seu benefício assistencial, solicitar a transferência do recebimento do benefício da agência do Guarujá para uma agência nesta capital. Chegou à agência do INSS às 14 horas, **“[...] tinha dois guardas, olharam pra mim do sapato até a blusa, acho que me reconheceram de outras vezes que fui lá, depois fui pra recepção, me deram uma senha preferencial sem que eu pedisse [...]”**. Informa ter sido bem atendida, fornecendo todas as informações solicitadas e conseguindo o seu objetivo que foi viabilizar a transferência do recebimento do benefício para uma agência nesta

cidade. Informou que o tempo do seu atendimento foi de 30 minutos. Sente-se satisfeita com os serviços que procura, mas quando em acompanhamentos e entrevistas perguntei sobre os serviços da rede de atenção psicossocial informou que sempre vai aos serviços de saúde, excetuando o CAPS, via plano de saúde, pago por seu pai. Inclusive faz uma análise dos serviços como sendo carentes de uma boa gestão pública. Quanto ao CAPS diz que: **“A qualidade de vida do CAPS trouxe melhorias a minha vida... os funcionários são ótimos, não quero nunca sair daqui”**.

**“[...] eu não quero trabalhar nem estudar é uma opção minha, quero continuar recebendo o Loas, a Doutora disse que eu continuo doente, não tenho condição de trabalhar [...].”**

**“[...] o salário agora é R\$ 880,00 e você queria que eu voltasse a estudar né? (Risos) pode prejudicar o meu benefício”**.

### 5.1.2 Caso 2

Bianca tem 50 anos de idade, solteira, não teve filhos, natural e procedente desta capital, faz parte de uma prole de três filhas. As irmãs são casadas. A usuária reside em companhia da mãe, idosa e deficiente visual. Cuida dos afazeres domésticos e da mãe, que é totalmente dependente nos cuidados da vida diária. Funcionária pública da Prefeitura da cidade de Salvador trabalha em um Centro de Saúde, exercendo a função de assistente técnica administrativa, no Centro histórico desta capital. Já exerce esta atividade há mais ou menos 15 anos. Sente-se mal aproveitada em seu trabalho, apesar de considerar-se uma ótima funcionária, sente que poderia fazer mais. Há alguns anos informou ter iniciado o curso de engenharia de produção na Universidade Estadual da Bahia (UNEB), mas desistiu por não ter se identificado com o curso. **“Passei no vestibular para o curso de tecnologia da informação na Unicesumar e as aulas, a distância, começaram no dia 18 de fevereiro”**. Chegou ao CAPS há pouco mais de três meses após apresentar o primeiro surto psicótico. Ficou internada na Clínica Bom Viver por dez dias e ao sair foi encaminhada para este serviço de saúde. Diagnóstico médico compatível com esquizofrenia. Está em gozo de auxílio-doença há quatro meses, em uso regular de antipsicóticos, mantendo um discurso adequado e coerente. Segundo familiares, em



pesquisa ao prontuário da mesma, nunca tinha apresentado nenhum comportamento diferenciado, tendo uma vida discreta, poucos relacionamentos afetivos, trabalhando e cuidando dos afazeres domésticos e da mãe. Após desentender-se no trabalho, sobre o pedido das férias que não foi encaminhado, passou a evoluir com inadequação em seu comportamento, creditando o fato ocorrido a perseguição por parte do seu superior hierárquico no trabalho. Vem acionando a rede de atenção psicossocial sozinha ou acompanhada por suas irmãs, que segundo a mesma são as pessoas responsáveis em pegar os seus medicamentos. Enxerga no CAPS um serviço de passagem: ***“[...] Para mim aqui é uma passagem para conhecer o CAPS [...]”*** Frequenta o CAPS nas terças-feiras e sextas-feiras, realizando algumas atividades e atendimentos com a médica psiquiatra. Diz encontrar dificuldades de uma forma geral nos lugares que procura serviços, queixando-se da infraestrutura dos serviços, inclusive da situação do CAPS, ao se referir aos profissionais: ***“[...] eles fazem o que pode... mas é difícil [...]”*** Continua: ***“Mas é melhor do que antigamente, a família pode até não gostar, porque tem família que prefere internar [...]”***

Quando pergunto se tem alguma sugestão para melhorar os serviços da rede de atenção psicossocial diz: ***“Devem ouvir os usuários, familiares e funcionários”***. Finaliza: ***“Sempre atendi bem as pessoas que procuravam o serviço, era considerada funcionária padrão.”***

No dia 15 de janeiro do ano em curso acompanhei a usuária em seu percurso pelas ruas do centro de Salvador até chegarmos a um Shopping Center, local onde a mesma queria fazer uma pesquisa em algumas lojas para verificar o preço de um notebook. Tenciona comprar um computador portátil para viabilizar as suas aulas no curso que será iniciado no próximo mês.

Ainda afirma:

***“O Caps é bom e ruim, é bom porque eles se sentem protegidos, amados e é ruim porque eles não saem nunca daqui, a tendência é permanecer [...]”***

***“Ser cidadão é ter um trabalho [...] é votar [...] como estas pessoas vão conseguir tudo isso? Tem gente que está aqui há oito anos e aí?”***

### 5.1.3 Caso 3

Helena tem 46 anos de idade, natural e procedente desta capital onde reside em companhia da mãe e de um filho de 20 anos de idade. Os seus genitores são separados. Helena é solteira e o filho é fruto de uma relação passageira que teve no passado. Há 5 anos faz acompanhamento psiquiátrico, relatando que na primeira crise apresentou delírios persecutórios, agitação psicomotora e agressividade o que resultou em sua primeira internação no Hospital Juliano Moreira, permanecendo uma noite em observação. Informou ter sido maltratada pelo funcionário da segurança: **“... ele mandou que eu tirasse a roupa para tomar banho na frente de todo mundo, me chamou de maluca...”**. Posteriormente também ficou em observação no Centro de Saúde Mental Mário Leal. Relatou a última crise há dois anos, permanecia rezando o tempo todo, sic. A usuária define o seu diagnóstico como depressão, mas segundo diagnóstico médico, em pesquisa ao prontuário, a mesma tem diagnóstico compatível com F.71.0, (retardo mental moderado). Reside no bairro de Caminho de Areia e frequenta o CAPS do território do Centro Histórico, território diverso ao seu endereço, justificando que: **“Venho para este CAPS, porque lá perto as pessoas vão me chamar de maluca, as pessoas não são esclarecidas ainda sobre o que significa o CAPS...”**. Quanto às medicações que faz uso informa que todas as vezes que procura encontra as medicações, **“somente o rivotril que tenho que comprar”**. Em uso continuado de risperidona e rivotril. Quanto aos serviços da Raps que necessita não se sente muito confiante: **“... necessitei colocar a Embasa na justiça porque estavam cobrando uma conta de água, quando fiquei 10 dias sem ter água. Não confio muito na defensoria pública não, você acha que ela ia ser contra o Estado? Prefiro o particular, coloquei a advogada conhecida de uma colega...”**. Está com o relatório médico em mãos para pleitear o passe-livre. **“... Se eu não consegui, aí vou para o Ministério Público”**. Quanto ao novo modelo de tratamento em saúde mental informa: **“... é bom porque a gente vem para fazer o tratamento depois volta pra casa, não precisa ficar internada”**. A usuária participa da oficina de geração de renda do CAPS, apesar de não comparecer com regularidade. Informa que precisa trabalhar para se sustentar e também ao filho que está na faculdade. Sobrevivem financeiramente da aposentadoria da mãe e dos trabalhos no mercado informal, realizados pela usuária. A mesma lava pratos em restaurantes e faz faxinas.

Sempre está fazendo cursos para aprender trabalhos manuais. Terminou no mês de dezembro, na Igreja do Bonfim (faz parte do território onde reside), um curso de bainha aberta para fazer bainhas de calças e outras peças de roupas. Investe neste tipo de curso por ter facilidade com trabalho manual. Viaja para passar tempos em cidades do interior baiano, com familiares, para vender a sua produção. Já ficou sem comparecer ao CAPS por seis meses para trabalhar. Informou ainda que já ficou um tempo maior sem tratamento porque não queria perto de sua casa por causa da escola do filho. Queixa-se dos serviços da rede onde procura, **“[...] na Irmã Dulce é difícil, a fila é imensa, tem que ir cedo... dentista tá um horror na rede pública, nem sei onde tem, aí tem que pagar particular [...] o Estado deveria investir mais, é uma parte muito cara [...]”** Quanto ao CAPS, informa: **“[...] as pessoas tratam bem, são atenciosas, tudo que pergunta responde, quando não tem atendimento ligam pra minha casa e remarcam [...]”**

Acrescenta:

**“[...] a sociedade é ignorante não sabe o que significa o Caps, pensa que só frequenta maluco...”**

#### 5.1.4 Caso 4

Luís tem 59 anos de idade, solteiro, procedente desta capital, residindo próximo ao CAPS, mas é natural do interior baiano. Não teve filhos, nem relacionamentos duradouros. Não tem contato com a família, os pais são falecidos, mas tem irmãos e tios. Emociona-se e chora ao ser mencionada a família. Apesar de demonstrar o desejo em ser comediante para fazer as pessoas rirem, tem sempre uma lágrima em seu olhar. Não se alfabetizou nem se profissionalizou. Não demonstra interesse em voltar à escola para alfabetizar-se, **“não tenho cabeça para isso não”**. Mas tem vontade de fazer o curso para ser humorista. Reside em casa cedida por um pessoal com quem trabalhou por alguns anos. Está com uma ação judicial para receber auxílio-doença. Desconhece se tem qualidade de segurado junto ao INSS para recebimento do benefício pleiteado. Desconhece o trâmite e os requisitos para recebimento do benefício de prestação continuada. Sobrevive da ajuda de terceiros e realiza

pequenos trabalhos no território ao qual o CAPS está inserido. Caminhando com Luís pelas ruas do território percebi o quanto ele é conhecido e querido pelas pessoas. Lava carros e faz compras e pagamentos para as pessoas que conhece em sua vizinhança. Segundo diagnóstico médico tem esquizofrenia e faz uso de clorpromazina e prometazina. **“Quando não pego os remédios aqui pego em outro lugar”**. Em tratamento psiquiátrico há 10 anos. Nunca foi internado em hospital psiquiátrico e refere outros problemas de saúde como colesterol alto e problema na coluna, demonstrando dificuldade para caminhar, inclusive com ajuda de uma muleta. Conseguiu passe livre por sua própria iniciativa, tendo ido até a defensoria pública que fica em frente ao CAPS”. Informa: **“Pra mim graças a Deus nunca fiquei sem nada, tudo que preciso tenho [...]”**. Quando pergunto o que é tudo? Diz: **“ comida e lugar para morar”**. **“Os profissionais aqui sou muito difícil de incomodar, qualquer coisa dando trabalho às pessoas? Um dia almoçando aqui e a mente trabalhando [...] por que as pessoas aqui têm direito a passe de ônibus e eu não? Pedi um relatório a minha médica e ela disse que eu não tinha direito, mas eu dei entrada, demorou mais de seis meses, negou, mas eu botei na justiça, ouvi uma pessoa falando lá no lugar do passe sobre a justiça e um ano depois eu consegui e recebi”**. Quanto aos outros serviços da rede queixa-se das filas grandes, **“não precisava pegar filas”**. **“Ramiro também acho bom, tem uns probleminhas, dificuldades para atender, muita gente na fila [...]”** O Ramiro que o usuário se refere é o Centro de Saúde Ramiro de Azevedo. Frequenta o Centro Espírita Servos do Senhor aos domingos. Diz gostar de ouvir eles falarem e que depois tem um “lanchinho”. Recebe cesta básica do Centro Espírita e diz que frequenta dois centros. **“É bom para conhecer as pessoas, fazer amizade é bom, ter muito conhecimento é bom, com gente melhores do que a gente [...]”** Durante a semana frequenta o CAPS de segunda-feira a sexta-feira, participando das atividades durante os dois turnos que o CAPS funciona. Gosta de pintar telas e faz trabalhos bem interessantes. Costuma sair com o grupo da oficina do CAPS que realiza saídas terapêuticas. Acompanhei o grupo em uma visita a um Museu e Luís demonstrou muito interesse nas obras dos artistas, buscando explicações sobre as obras, relacionando-as aos próprios trabalhos que faz na oficina de pintura do CAPS. Também acompanhei o mesmo a uma reunião no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) para organização de um Ato Público em defesa da Reforma Psiquiátrica e a favor da Rede de Atenção Psicossocial. O movimento começou com a mudança do

coordenador nacional de saúde mental, o que vem gerando um movimento contra a modificação na política de saúde mental.

Informa ainda:

***“Gostaria de ser comediante, fazer as pessoas rirem”.***

***“[...] do Caps só saio quando morrer [...]”.***

***“[...] tenho tudo que preciso [...]”.***

***“[...] trabalhar não posso, estou na justiça para consegui auxílio-doença [...]”.***

### 5.1.5 Caso 5

Estela tem 66 anos de idade, solteira, não teve filhos e não manteve relacionamentos duradouros. É procedente desta capital, mas nasceu na cidade de Conceição do Coité, interior baiano. Chegou ao CAPS encaminhada pelo Hospital Juliano Moreira, onde esteve internada por 30 dias, há 6 anos. Reside em um pensionato no centro da cidade em companhia de um amigo de 98 anos de idade, que conheceu no período em que vivia nas ruas. ***“Ele é meu amigo, não tenho nada com ele, ele até queria casar, mas eu não quis, cuido dele e da aposentadoria dele”.*** Há 12 anos reside em Salvador, destes residiu nas ruas por 5 anos. Segundo a mesma foi criada em um orfanato que ficava no Hospital Sagrada Família até os 18 anos de idade e por um ano ficou em um albergue durante as noites e durante os dias nas ruas. Era catadora de papelão e latas e sobrevivia desta atividade. Há um ano e seis meses vem recebendo benefício assistencial no valor de um salário mínimo. Diz: ***“sei que sou mental, mas não sei o nome [...]”.*** Segundo diagnóstico médico o Cid é F20.0. Faz uso regular e continuado de Haldol a noite. Em tratamento psiquiátrico há seis anos, ***“antes não tinha nada, não usava nada”.*** Afirma ter alguns familiares que residem em Conceição do Coité: ***“tenho irmão e tia”.*** Diz ter comprado um terreno lá e que já está construindo uma casa com dois quartos e que pretende mudar-se assim que o banheiro ficar pronto. Buscou informações e sabe que tem um CAPS em Conceição do Coité onde continuará o seu tratamento. Não gosta de amigos porque segundo a mesma ***“só dão trabalho e querem o seu dinheiro, querem dinheiro emprestado [...] nem empresto nem dou”.*** Procura os serviços da rede de

atenção para levar Chiquinho, seu amigo de 98 anos de idade para fazer exames. Há 15 dias o levou ao Hospital Santo Antônio, informando que o atendimento foi bom. Ele tinha pneumonia. Também vai ao Centro de Saúde Ramiro de Azevedo e em outros serviços fora do território, como o IBIT no Pau Miúdo. Estela frequenta o CAPS todos os dias da semana, segundo a mesma o proprietário da casa onde reside não permite que fique durante o dia no quarto, somente abre exceção nos finais de semana. **“Ele não deixa ficar no quarto, somente no final de semana, Chiquinho ele deixa”**. Realiza algumas atividades, participando do grupo de expressão, apesar de informar que: **“não quero apresentar como louca”**. Participa também do grupo de geração de renda e reciclagem e que consegue ganhar um dinheirinho. Quando pergunto se ainda continua com a atividade nas ruas, responde que não. Vai à agência do Bradesco com a assistente social do CAPS para receber o seu benefício. Estela cuida pessoalmente dos afazeres domésticos no quarto onde reside com Chiquinho e também dos benefícios recebidos por ela e pelo amigo. Diz que nem sempre a assistente social a acompanha. Tem passe - livre o que facilita a sua ida diária ao CAPS. Planeja morar em Conceição do Coité ainda este ano, assim que o banheiro ficar pronto. **“[...] não deu tempo de construir e para Chiquinho ir no mato é difícil né? [...]”** A técnica de referência da usuária não confirmou a veracidade dos fatos em relação à possibilidade da mesma voltar a residir em Conceição do Coité. Também acompanhei Estela a uma reunião no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) para organização de um Ato Público em defesa da Reforma Psiquiátrica e a favor da Rede de Atenção Psicossocial. Usuária demonstra um comportamento um tanto ensimesmado, pouco aberto ao diálogo, limitando-se às vezes a responder o que lhe é perguntado. O seu diálogo torna-se mais abundante e espontâneo quando o assunto é Conceição do Coité.

Informa ainda:

**“O benefício é mais difícil receber, tem gente que luta e não acha[...] eu deixei ficar idosa[...].”**

## 5.2 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

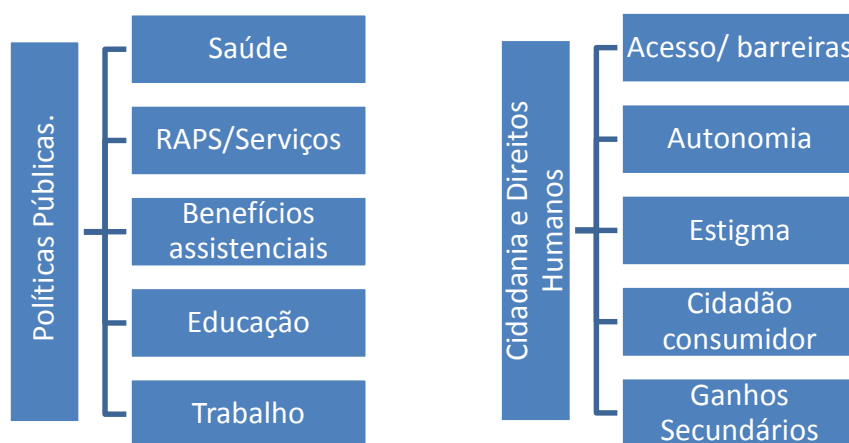
O investigador em uma análise de dados de uma pesquisa qualitativa quer apreender o que foi dito durante as entrevistas, a partir dos objetivos traçados e das perguntas lançadas pela entrevistadora. O roteiro norteador da entrevista foi o seguinte: 1- Quais os serviços da rede você busca com mais frequência?; 2- Você frequenta outro serviço dentro desta área com mais regularidade?; 3- Você tem alguma dificuldade nos locais de atendimento à saúde?; 4- O que você acha do novo modelo de atenção a saúde?; 5- Você fez algum curso no último ano?; 6- Você trabalha?; 7- Recebe algum benefício assistencial ou previdenciário?; 8- Quais são os seus direitos? 9- Costuma ir sozinho aos locais públicos para resolver questões pessoais?; 10- Você já reivindicou alguma situação junto ao Ministério Público?; 11- Como define os locais de atendimento que costuma ir?; 12- Os serviços procurados por você, geralmente são próximos da sua casa?

As perguntas conduziram a respostas cujos conteúdos puderam ser relacionados às categorias analíticas:

1. Políticas Públicas;
2. Cidadania/ Direitos humanos.

Através destas categorias foram identificadas subcategorias, a partir dos relatos dos usuários, as quais foram categorizadas da seguinte forma:

Figura 1 - Subcategorias



O objetivo deste trabalho foi analisar a trajetória de sujeitos com transtornos mentais na Rede de Atenção Psicossocial e as formas de **acesso**, identificando as possíveis **barreiras** apresentadas neste percurso. As trajetórias à rede de serviços foram construídas a partir de algumas narrativas dos sujeitos, bem como da observação direta a algumas trajetórias. A discussão dos resultados foi dividida em dois itens, tomando por referência as categorias listadas acima com as suas respectivas subcategorias.

Inicialmente, será analisada a percepção dos sujeitos em relação as suas trajetórias de acesso a RAPS. Neste item, algumas questões foram destacadas e referem-se ao conhecimento dos equipamentos da rede por parte dos usuários, as formas de acesso e se utilizam outros serviços da RAPS, além dos serviços de saúde, a fim de perceber se estão tendo acesso a outras políticas públicas, tais como educação, assistência social, previdência social, trabalho, entre outras, além das relacionadas diretamente a saúde mental. O outro item diz respeito à autonomia do sujeito frente a sua própria trajetória e ao conhecimento dos seus direitos. Compreensão do que é ser cidadão, em um mundo onde se incentiva o consumo e atrela-se o poder do consumo ao papel de ser cidadão. Outras questões ficaram muito evidentes em algumas falas, diretamente relacionadas ao estigma que o sujeito vivencia em seus percursos e, contraditoriamente, aos ganhos secundários que se tem frente aos serviços e benefícios oferecidos, a partir de um diagnóstico incapacitante.

### 5.3 CATEGORIA DE ANÁLISE 1: POLÍTICAS PÚBLICAS

Os relatos dos entrevistados demonstraram que as suas trajetórias para alcançarem os serviços da rede de atenção psicossocial são balizadas por alguns percalços, os quais são identificados por serviços que não lhes prestam um atendimento de qualidade e outras vezes por não conseguirem alcançar o serviço, seja pelas enormes filas, ou por não encontrarem o serviço que necessitam na rede. Os relatos abaixo demonstram a inexistência de uma rede bem consolidada, o que favorece uma falta de cobertura e a procura por serviços da rede privada.



***“[...] na Irmã Dulce é difícil, a fila é imensa, tem que ir cedo... dentista tá um horror na rede pública, nem sei onde tem, aí tem que pagar particular [...] o Estado deveria investir mais, é uma parte muito cara [...].” (Helena 2015).***

***“Meu pai paga um plano de saúde particular pra mim, só o CAPS que não preciso pagar” (Bete, 2015).***

Para efetivar e garantir a cidadania através da instituição de uma nova ordem, em um contexto onde fica evidente a força do pensamento neoliberal, é uma guerra que deve ser travada cotidianamente. (SCHONS, 2008).

O formato das políticas públicas guarda as marcas de uma política, eminentemente focalizadora e fragmentada, voltada aos interesses do mercado, não estimulando a emancipação social, ao contrário, mantendo o sujeito acorrentado às práticas assistencialistas. Desta forma, o padrão que se pretende instituir, baseado em uma integralidade do sistema, através de uma rede de cuidados para a saúde mental, encontra algumas barreiras, visto que, além das próprias circunstâncias adversas do modelo de política pública, encontramos também profissionais, que foram formados no modelo anterior, onde imperava a fragmentação das práticas, não tendo ainda conseguido desgarrar-se do antigo paradigma. O tratamento ainda se restringe a doença, e, o CAPS, não conseguiu sair do papel de cuidador exclusivo da saúde/doença mental.

O CAPS não se integrou a rede de cuidados, e, esta, não se reconhece no contexto da Política de Saúde Mental. Os profissionais afastados da rede de atenção, que mesmo não estando bem tecida, poderia constituir-se, crescendo no princípio da integralidade, a partir do fortalecimento com os demais serviços. As queixas são perpetuadas e as práticas não avançam. Alguns entrevistados reconhecem o trabalho dos profissionais, valorizam, principalmente quando comparam ao tratamento nos hospitais psiquiátricos, mas expressam a limitação desses profissionais, tanto no que diz respeito à infraestrutura dos serviços que não oportunizam outras atividades, quanto das orientações prestadas.

***“[...] eles fazem o que pode [...] mas é difícil [...].” (Bianca, 2015).***

Bianca, nome fictício dado à entrevistada, conseguiu captar a apatia tanto dos profissionais, quanto dos usuários, no sentido de não se sentirem motivados, com as

dificuldades encontradas, de inovar, construir novas estratégias de enfrentamento para uma realidade que sabemos não ser fácil.

Luís refere não gostar de incomodar o técnico de referência, nem as outras pessoas da equipe, e que vai procurando informações, em outros lugares, sobre o que precisa fazer. Conseguiu a carteira de Passe Livre desta forma. Não é ruim, porque estamos falando de autonomia, entretanto, se a vontade do usuário não fosse permanecer no CAPS indefinidamente. No modelo antigo, a exclusão era explícita, era vista por quem quisesse enxergar. A naturalização da exclusão deste modelo atual pode acontecer sutilmente, o que a torna tão nociva quanto a do modelo passado.

***“Os profissionais aqui sou muito difícil de incomodar, qualquer coisa dando trabalho às pessoas?” (Luís, 2015).***

***“[...] do CAPS só saio quando morrer [...]” “[...] tenho tudo que preciso [...]” (Luís, 2015).***

O que percebemos na dinâmica do serviço foi uma dispersão entre usuários e profissionais, ou seja, os usuários passam o dia no CAPS, alguns na oficina de desenho e pintura, outros sentados em completo silêncio, aguardando o tempo passar para retornarem as suas casas. Uma entrevistada informou que reside em um pensionato e que o proprietário não permite que passe o dia no quarto, assim ela vai todos os dias ao CAPS, retornando a noite para dormir. Os PTIs não estão em consonância com a real necessidade de cuidados dos usuários. Alguns estão no CAPS, na modalidade intensiva, ou seja, todos os dias nos dois turnos, por questões diversas a necessidade de tratamento.

***“Ele não deixa ficar no quarto, somente no final de semana, Chiquinho ele deixa” (Estela, 2015).***

Uma entrevistada em tratamento no CAPS há três meses referiu a sua preocupação com o tempo prolongado de alguns usuários no serviço.

***“O Caps é bom e ruim, é bom porque eles se sentem protegidos, amados e é ruim porque eles não saem nunca daqui, a tendência é permanecer...” (Bianca, 2015).***

Entende-se que as políticas públicas com seus formatos restritivos não vêm garantindo as trajetórias dos sujeitos em seus acessos, sem barreiras, aos serviços

de saúde, bem como ainda aos demais serviços da rede. Mais ainda para a vida em cidadania plena na comunidade.

Estela, , em relação ao Benefício de Prestação Continuada referiu a dificuldade para comprovar direito ao benefício, somente conseguindo ao completar a idade mínima para idosos, 65 anos de idade.

***“O benefício é mais difícil receber, tem gente que luta e não acha... eu deixei ficar idosa [...]” (Estela, 2015).***

Rojas (2010), em relação ao BPC informa que foram criados vários mecanismos para dificultar o acesso aos demandantes desse benefício. O corte de renda e a análise feita por peritos do INSS e a condição de doença irreversível para ser contemplado com o benefício, excluíram muitos sujeitos do programa. Em relação ao idoso, alterou-se o conceito de família, adicionando mais pessoas para o cálculo da renda per capita e, contraditoriamente, o benefício passou a ser utilizado para pagamento da permanência do idoso em casas asilares, rompendo com o critério da gratuidade de atendimento, que é um dos princípios da assistência social.

De todos os entrevistados e outros que não participaram das entrevistas, mas que acompanhei em reunião ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) para organização de um Ato Público contra a mudança do Coordenador Nacional de Saúde Mental, e em evento público no Farol da Barra, em defesa da Reforma Psiquiátrica e a favor da Rede de Atenção Psicossocial, nenhum desses sabia explicar o que é a Rede de Atenção Psicossocial. A postura dos usuários de todos os CAPS que se encontravam no movimento, era restrita a preocupação do fechamento dos CAPS. Os próprios trabalhadores da saúde não traziam em seus discursos uma ampliação desta temática, com enfoque na rede, em se pensar em uma perspectiva maior, onde através do fortalecimento de um serviço, reforçam-se os demais.

A sociedade quando cria a imagem do sujeito com sofrimento psíquico como alguém incapaz e, portanto, digno apenas do assistencialismo das políticas sociais reforça um imaginário de exclusão da loucura e dos “loucos de todo o gênero”. O que acaba por reforçar no sujeito, a imagem do inábil, daquele que não tem competência de gerenciar a própria vida através do trabalho, do crescimento pessoal e profissional. Esta é a visão que atravessou a história e que ainda se mantém viva nos dias atuais. Paralelo a esta concepção, e não menos forte, existe o padrão das políticas públicas

brasileiras, que não conseguiu trilhar os caminhos propostos pela Seguridade Social, sucumbindo à lógica de mercado, onde o desenvolvimento econômico é mais importante do que o crescimento social, não sendo vistos como um único processo, mas, sim, como processos antagônicos.

A Política de Assistência Social define critérios de inclusão para recebimento do benefício assistencial que terminam por reforçar estigmas difíceis de serem transformados, retirando toda a capacidade do ser humano de poder ser atuante em sua vida. O que fere um dos avanços na constituição de direitos sociais que é a universalidade da elegibilidade, posta a situação como necessidade do sujeito, deve ser atendida, solucionada e não de qualificá-la ou graduá-la Sposati (2010). Os critérios que ferem a universalidade da elegibilidade também favorecem distorções e favorecimentos indevidos.

Alguns usuários decidem por conta própria pela não aceitação do benefício, por não se sentirem incapazes, o que muito contraria os seus familiares. Outros, ao contrário, reforçam alguns sintomas para garantirem o seu beneficiamento. Sposati (2010) coloca como questão de estudo a natureza dos programas assistenciais como possibilidade de reiterar a estrutura vigente ou como mantenedores da dominação e, portanto, da tutela ou como forma de expansão da cidadania ou até da soberania popular. Esta discussão leva a constatação de que se mantém a dominação e a tutela sobre os mais vulneráveis, através dos programas assistenciais, corroborando com o modelo de políticas sociais instituídos.

***“[...] eu não quero trabalhar nem estudar é uma opção minha, quero continuar recebendo o Loas, a Doutora disse que eu continuo doente, não tenho condição de trabalhar [...].” (Bete, 2015).***

***“[...] o salário agora é R\$ 880,00 e você queria que eu voltasse a estudar né? (Risos) pode prejudicar o meu benefício” (Bete, 2015).***

Bete iniciou um curso superior antes de ter o primeiro surto psicótico, desistiu dos estudos e do trabalho e mantém-se com o recebimento do BPC, no valor de um salário mínimo e da ajuda financeira da família. O seu maior medo é perder o benefício. Desconfia sempre de assistentes sociais porque quando residia na cidade do Guarujá- SP, segundo relato da mesma, a assistente social a incentivava a voltar a trabalhar e a estudar. Todo o discurso de Bete gira em torno do temor em perder o

benefício, principalmente agora que aumentou, conforme registro acima. Informa ter aumentado o seu poder de compra, o que lhe deu mais independência, inclusive de morar sozinha nesta capital. Toda a sua família reside em outra cidade.

Quanto mais o mercado se amplia em sua função econômica, maior a necessidade do Estado em controlar as relações sociais, e nada mais propício a essa realidade, do que políticas sociais reducionistas. Por outro lado, também precisa manter uma massa, que apesar de não despertar o interesse do capital, é importante do ponto de vista do consumo.

O incentivo ao consumo, garantido também pelos benefícios assistenciais, não favorecerá reflexões acerca das formas de manutenção social, bem como a qualidade impressa nas políticas públicas. Em relação à Política de Assistência Social, quando estabelece os requisitos para inclusão ao BPC, reforça no sujeito o sentimento de incapacidade que são associados a falta de autonomia e ao estigma da doença mental. A Política de Assistência Social integrada a Seguridade Social como direito do cidadão ainda tem o viés da caridade. Portanto, deveria ser associada a programas que realmente despertasse no sujeito a vontade de emancipar-se, viabilizando outros projetos de vida que não o vinculasse mais a necessidade de recebimento do benefício. Entretanto, para que isto aconteça é necessário uma construção coletiva, e que a Política de Assistência Social realmente seja transversal a outras políticas públicas e que o direito à Renda Mínima esteja estendido a todos os brasileiros, doentes, considerados incapazes, ou não, como nos países desenvolvidos.

Bianca, apresenta uma visão diferenciada dos demais entrevistados, que já têm alguns anos em tratamento, ao contrário da mesma, que está há três meses no CAPS. A entrevistada já iniciou um curso superior presencial há alguns anos, mas não concluiu por não ter se identificado com o curso, mas nunca deixou de fazer cursos de reciclagem e estudos em casa. Trabalha, é funcionária pública do município de Salvador e está em gozo de auxílio-doença, mas deseja recuperar-se para voltar a sua atividade laborativa. Enxerga o CAPS como um lugar transitório e retomará a vida com os planos de estudar e trabalhar.

***“Passei no vestibular para o curso de tecnologia da informação na Unicesumar e as aulas, a distância, começarão no dia 18 de fevereiro” (Bianca, 2015).***

A visão diferenciada aludida está relacionada muito mais ao tempo de tratamento, do que propriamente na forma como dirige a própria vida, se bem que, acredito que um é consequência do outro. Quanto mais tempo o sujeito passa em uma instituição, independente das características estruturais, mas perde a sua autonomia frente à própria vida. Um ponto importante também é que a usuária apresentou a primeira crise tardiamente, aos cinquenta anos de idade, já consolidada em sua vida profissional, porque quando o primeiro surto ocorre mais cedo, a forma de cuidados e o estigma podem inviabilizar o sujeito de seguir em frente, com raras exceções.

#### 6.4 CATEGORIA DE ANÁLISE 2: CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS.

Os CAPS devem efetivar-se como mecanismos garantidores não só do tratamento, mas também, e, sobretudo, de cidadania. Percebe-se um distanciamento entre este serviço e a rede, o que fragiliza ainda mais a trajetória do sujeito na busca por atendimentos. É perceptível o paternalismo de muitos profissionais que marcam pessoalmente os exames e outros procedimentos dos usuários na rede de atenção, o que garante o atendimento, mas não desenvolve no sujeito a sua autonomia.

Cabe destacar que, alguns usuários permanecem sem se internar por dez anos ou mais anos, entretanto, não recebem alta do Caps. Os usuários que no CAPS dependem dos profissionais para resolverem as suas questões cotidianas, tais como marcação de exames, recebimento de benefícios, entre outros serviços, longe do CAPS, resolvem os seus problemas, normalmente, com total capacidade e autonomia.

O CAPS precisa garantir o seu papel dentro da rede de atenção psicossocial, desenvolvendo os seus serviços na perspectiva de ser mais um ponto estratégico de cuidados dentro da rede, rompendo com a lógica anterior, que reinava hegemônica, com o predomínio de um único local para atender as demandas da saúde mental. Alguns entrevistados esboçavam a ideia do CAPS como o único lugar de segurança e de cuidados.

***“A qualidade de vida do CAPS trouxe melhorias a minha vida... os funcionários são ótimos, não quero nunca sair daqui” (Bete, 2015).***

É preciso atenção nas práticas profissionais, no que se refere aos atos de cuidar, pois é muito sutil a linha que separa a autonomia da tutela.

***“[...] do Caps só saio quando morrer [...]” (Luís, 2015).***

***“[...] tenho tudo que preciso [...]” (Luís, 2015).***

O ato de cuidar faz parte da vida, em todas as suas manifestações, entretanto, o cuidar quando não favorece o crescimento daquele que está na posição de recebedor dos benefícios, deve ser revisto. Práticas assistencialistas dificultam a autonomia do sujeito frente à própria vida, o que conseqüentemente inviabiliza acessos que poderiam levá-lo a outros locais, diversos daqueles que o levam constantemente ao CAPS e a tudo que se refere a este serviço.

Em acompanhamento a algumas trajetórias de usuários que são acompanhados por umaicineira a visitas a museus e outros pontos culturais da cidade. foi observado que os usuários que vão a esses locais são sempre os mesmos, e contraditoriamente, são os que têm plena condição de fazer esses passeios sozinhos ou com amigos e familiares. Os usuários com menos autonomia não costumam ir, por razões que merecem uma atenção e investigação do técnico de referência e de toda a equipe do CAPS.

O plano terapêutico singular precisa ser mais bem conduzido, para fins de cuidados do usuário, ser revisado, a fim de se perceber a evolução do sujeito e a indicação, junto com o usuário, de outras atividades que sejam produtivas ao seu tratamento. Uma avaliação constante para que não corra o risco dos usuários permanecerem no CAPS sem objetivos que atendam as suas reais necessidades.

Dos cinco entrevistados, três comparecem ao CAPS todos os dias da semana, nos dois turnos, o que caracteriza a modalidade intensiva, sem, contudo, necessitarem de fato de tal condução. São sujeitos que permanecem cotidianamente no CAPS, mais por sentirem-se sozinhos, por não poderem permanecer no pensionato durante o dia, por não terem o que fazer, entre outras situações referidas, mas nenhuma relacionada a problemas de saúde.

Em algumas trajetórias acompanhando usuários a serviços dentro do território, no momento das apresentações, os trabalhadores dos serviços identificavam-se através dos seus nomes, os usuários se apresentavam, informando primeiro serem usuários do CAPS, depois diziam os nomes, alguns precisavam ser lembrados de

informarem os seus nomes. Essa forma de apresentação também foi percebida em reuniões para organização do Ato Público em defesa da Reforma Psiquiátrica e a favor da Rede de Atenção Psicossocial. Alguns usuários fizeram colocações, mas as identificações são sempre relacionadas ao CAPS, ao qual está vinculado.

É perceptível o estigma que é incorporado pelo sujeito, mas também o quanto se sente seguro e representado por este serviço. A questão é a dependência que esse vínculo vem causando, colocando o CAPS na centralidade da vida deste sujeito.

***“[...] tinha dois guardas, olharam pra mim do sapato até a blusa, acho que me reconheceram de outras vezes que fui lá, depois fui pra recepção, me deram uma senha preferencial sem que eu pedisse [...]” (Bete, 2015).***

Esta usuária refere-se ao dia que foi ao INSS, resolver questões do BPC, e como os guardas a olharam. O estigma existe e é captado facilmente pelo sujeito a quem está sendo direcionado o preconceito.

***“Venho para este CAPS, porque lá perto as pessoas vão me chamar de maluca, as pessoas não são esclarecidas ainda sobre o que significa o CAPS [...]” (Helena 2015).***

Esta usuária, com o nome fictício de Helena, reside em um bairro distante que não faz parte do território do CAPS onde realiza o seu tratamento. Prefere fazer um percurso mais longo, a fim de garantir a sua privacidade que poderia ser invadida por pessoas que ainda não compreendem o transtorno mental como algo inerente a sua existência e de muitos.

***“[...] a sociedade é ignorante não sabe o que significa o CAPS, pensa que só frequenta maluco [...]” (Helena 2015).***

A entrevistada relatou esta violência, ao ter sido internada em um hospital psiquiátrico, no momento que foi encaminhada a ala, o segurança fez esta abordagem.

***“[...] ele mandou que eu tirasse a roupa para tomar banho na frente de todo mundo, me chamou de maluca [...]” (Helena 2015).***

A dignidade da pessoa é totalmente aviltada, as práticas asilares ainda presentes, representadas por alguns de seus trabalhadores reforçam cotidianamente o desrespeito ao sujeito, no que se refere aos direitos. Infelizmente, este ainda é o retrato



de alguns profissionais que estão inseridos em serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. A nova ética colocada por Yasui nos serviços da rede ainda é uma realidade que necessita ser desenvolvida, apreendida através de um trabalho interventivo, podendo ser o CAPS um ator desta intervenção, junto com outros serviços.

Sempre recorro de uma senhora que há muitos anos estava internada em um hospital psiquiátrico desta capital baiana, por abandono familiar, e de seus relatos nos momentos de atendimento. Em um desses momentos falou que o hospital tirava toda a vaidade do ser humano. E questionava como poderia manter a vaidade, se não tinha o mínimo que um ser humano precisa, como uma toalha de banho, uma roupa que fosse usada somente por ela, entre outros objetos que deveriam ser de uso pessoal. Ela reclamava da individualidade e da dignidade perdidas.

Voltamos a uma das dimensões da Reforma Psiquiátrica trabalhadas por Amarante e já discutidas neste trabalho, mas que se faz necessário recorrer neste momento. A dimensão técnico-assistencial que está associada ao modo de cuidar, que no modelo atual dá-se a partir da clínica ampliada e no modelo antigo, era restrito a um único lugar, o hospital psiquiátrico. Entretanto, o autor fala em uma vigilância constante das práticas, a fim de que, as práticas antigas não sejam reproduzidas, a partir de um novo formato, mas, tão pernicioso quanto o antigo. Dentro deste conceito de clínica ampliada, enfatiza uma ética do cuidado, que deve ser encontrada nas práticas profissionais de todos os serviços que compõem a RAPS. Práticas antigas se misturam aos novos serviços, ou, as novas ideias que se têm para os serviços.

***“[...] os outros serviços de saúde vou particular, pelo plano de saúde que meu pai paga pra mim” (Bete, 2015).***

***“[...] necessitei colocar a Embasa na justiça porque estavam cobrando uma conta de água, quando fiquei 10 dias sem ter água, não confio muito na Defensoria Pública não, você acha que ela ia ser contra o Estado? “Prefiro o particular, coloquei a advogada conhecida de uma colega [...]” (Helena 2015).***

Os fragmentos das entrevistas demonstram claramente a distorção que ainda se tem em relação ao significado de ser cidadão na sociedade atual. O que nos leva a uma interpretação do papel que as políticas sociais vêm desempenhando atualmente, em seu real objetivo. O resultado não deixa dúvidas de que a emancipação social não interessa a classe que está no poder. A sociedade é mantida

sem consciência da realidade a qual está inserida, em um processo de alienação, entretanto, mantendo forte vinculação com as regras do sistema capitalista. Conforme Silva, “[...] um ritual da modernidade que mantém a sociedade sem consciência de sua própria realidade (fetiche do capital) e em conformidade com as regras paradoxais do sistema produtor de mercadorias”.

Esta realidade é presente em todas as classes sociais, o papel desempenhado por sujeitos, que ao deixarem de exigir os seus direitos, enquanto cidadãos passam exatamente a responderem aos interesses do capital, ao reforçarem a relação **cidadão versus consumidor**.

O sujeito não se compreende como um transformador da sua própria história, mas, ao contrário, vê-se subjugado a uma ordem mercadológica, permanecendo na posição de um mero observador da sua própria vida, reforçando a alienação em suas trajetórias.

As leis de mercado favorecem esse processo alienante, o que contribui sobremaneira para a formação de consumidores, antítese do que é ser cidadão. Aceitar e participar do sistema, sob a ótica do **TER**, acreditando que a possibilidade de adquirir objetos, o eleva a categoria de **SER** cidadão.

A sociedade do espetáculo tem um forte poder ideológico, ao passar uma ideia ao sujeito de que ele faz parte deste cenário, quando em verdade o mesmo é um mero contemplador passivo de uma realidade que não teve e não tem a sua participação.

## 5.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ARTICULAÇÕES.

Muitas são as **barreiras** colocadas nas trajetórias do sujeito com sofrimento psíquico ao **acesso** a RAPS. Em primeiro lugar, a própria concepção de rede, que se sabe ainda não ter sido tecida com fios resistentes para atender as demandas dos sujeitos. Não temos rede, mas talvez o que seja ainda mais preocupante é a percepção dos trabalhadores das políticas públicas em relação a essa construção articulada com a Política de Saúde Mental. Antes dos fios serem tecidos na construção da rede será necessário abrir as algemas que aprisionam os profissionais a práticas fragmentadas que reforçam condutas isoladas, que é a antítese do que propõe a rede.

O papel do CAPS também precisa ser revisto pelos profissionais, porque a forma como os usuários se locomovem nos espaços externos, ou deixam de se locomover, é um retrato fiel das práticas profissionais, ou seja, o usuário vai reproduzir nos espaços sociais o que apreende nos espaços dos caps. Ao assumir o papel de mais um serviço dentro da rede, reforçará a necessidade de outros serviços para responder as necessidades do sujeito, com vistas à integralidade. O que possibilitará uma transformação do sistema, ao deixar de reforçar a ideologia de que se deve enclausurar a loucura, se não mais no hospital psiquiátrico, então que seja no CAPS.

O modelo de políticas públicas em vigor, completamente atrelado ao mercado, distante das necessidades sociais, com execuções focalizadoras e restritivas, é colocado também como um grande obstáculo de transformação das condutas profissionais. Entretanto, não pode transformar-se em empecilhos inviabilizadores de práticas cidadãs.

Todas as trajetórias do sujeito, usuário da saúde mental são restritas ao CAPS. A maioria dos entrevistados passa todos os dias da semana no CAPS, na modalidade intensiva e não demonstra nenhum interesse em mudar, traçando novos projetos para sua vida. O serviço por sua vez nada faz para mudar essa realidade e não se insere na rede a qual faz parte, mesmo que geograficamente. Quanto aos demais serviços creditam ao CAPS o papel responsável pelo cuidado ao sujeito com transtorno mental.

***“[...] do Caps só saio quando morrer [...]” “[...] tenho tudo que preciso [...]” (Luis, 2015).***

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa confirmaram a hipótese inicial de que o sujeito com transtorno mental em sua trajetória aos serviços da RAPS encontra **barreiras** em seus **acessos** e trouxeram dados novos ao estudo. O retrato social do sucateamento das políticas públicas, que se concretiza na precariedade dos serviços, pela má qualidade, traduzidos por longas filas de espera, que inviabilizam a garantia de atendimentos ou pela inexistência dos serviços procurados na rede, constituiu-se em cenário relatado por alguns dos entrevistados. O que conduziu a constatação de que não existe uma rede bem tecida nos territórios e os serviços existentes não comungam dos mesmos princípios instituídos pela Portaria (MS 3088/2011) que deu origem a RAPS.

A maioria dos entrevistados não conhece os serviços à sua disposição no território ao qual está inserido, bem como, alguns serviços procurados não existem na rede do território ao qual está vinculado, o que o leva a procurar por serviços disponíveis em territórios mais distantes ou na rede privada. Uma das entrevistadas revelou que procurou um CAPS distante da sua residência por receio do preconceito por parte dos vizinhos. Desse modo, as barreiras existem; não somente pelas dificuldades objetivas ao acesso, mas inclusive pelo preconceito que ainda existe em relação à doença mental.

Entretanto, a grande surpresa desta pesquisa é o papel que o CAPS vem exercendo dentro da rede de cuidados e que, contraditoriamente, obstaculiza os acessos dos sujeitos em suas trajetórias. A Reforma Psiquiátrica Brasileira preconiza uma Política Pública de Saúde Mental que transforme a realidade do Sujeito com Transtorno Mental, a partir de formas de cuidados no território, onde ocorre sua inclusão nas relações sociais, o que contribui para o tratamento digno ao ser humano. O Modelo Médico-Hegemônico foi substituído pelo Modelo Psicossocial, assim, entende-se ser imprescindível a existência de uma rede de serviços para que a Reforma Psiquiátrica efetivamente se constitua, fortalecendo-se e criando relações robustecidas entre os sujeitos diretamente ligados a essa política.

Contudo, o que se constatou nessa realidade de cuidados ao sujeito com transtorno mental é o papel centralizador que o CAPS vem exercendo, o oposto à

forma de cuidados em uma clínica ampliada, tornando-se um espaço único e exclusivo de cuidados a doenças, com práticas tuteladas.

Autonomia e tutela são palavras que se revertem em ações que se equilibram em uma linha tênue, colocando-se em dois polos: em um está à autonomia e em outro, a tutela. O cuidado não deve transformar-se em tutela, uma vez que o excesso de cuidados pode levar à dependência do Sujeito. Desta forma, um limite precisa ser estabelecido, e ao profissional, cabe identificá-lo.

O papel deliberado ao CAPS é o de ser o porta-voz do modelo psicossocial, pois ocupa o lugar estratégico na rede, assim deve manter-se em permanente diálogo, apoiando, planejando, organizando, executando e avaliando ações em saúde mental.

É arriscado o rumo que os serviços vêm tomando, direcionando-se ao lado oposto do preconizado pela Reforma Psiquiátrica. As transformações dos cuidados devem ser articuladas aos vários serviços e atores que compõem o território, o que seguramente irá romper com a lógica do domínio da doença mental, referência do modelo anterior, quando o diagnóstico era mais importante do que o sujeito.

Amarante (2015) quando define a Reforma Psiquiátrica, a coloca como algo em processo, portanto, não concluído, nem podendo ser, pois estamos falando da vida e de vidas humanas que estão em constante desenvolvimento e transformação, e que nos exige um novo modo de cuidar e uma ousadia em inventar sempre novos modos de atenção e cuidados. Contudo, o que se percebeu é ainda uma dificuldade em se romper com a antiga, (ainda presente) epistemologia do modelo anterior. O que reforça o entendimento de que não se transforma uma realidade secular, apenas com mudança física e estrutural.

Muitos profissionais foram formados no modelo anterior, onde imperavam políticas fragmentadas, o que conduz a um distanciamento das formas de cuidados atuais, não favorecendo a integralidade proclamada para a política de saúde.

Em respeito à diversidade, deve-se ter como princípios a inclusão social e a solidariedade, mecanismos prioritários para qualquer transformação social. Desta forma, o novo paradigma instituído para o cuidado da saúde mental exige dos profissionais invenções constantes, e se a ordem é da diversidade, do diferente, da complexidade que envolve a vida e a existência humana; não há prescrição possível que possa dar conta de tamanha grandiosidade; seria temerário, imputar a um único serviço tal responsabilidade.

Os entrevistados, demonstraram de forma quase que unânime, a importância que o CAPS tem em suas vidas e de quanto as suas vidas melhoraram a partir de então. Entretanto, entendemos que as práticas assistencialistas, embora não sejam identificadas de forma crítica pelos seus beneficiários, constitui-se em ações nocivas a emancipação social.

É inegável a importância que o CAPS tem, principalmente porque esse modelo substituiu um modelo desumano e que deixou marcas deletérias na nossa sociedade. Todavia, é necessário trazer para discussão a atuação desse novo modelo, devido a sua extrema importância. Redefinir a sua atuação, pautando-se mais em práticas cidadãs e articuladas, é imprescindível para que não se incorra em erros passados, onde existia um totalitarismo na forma de tratamento dispensado à saúde mental.

A intersetorialidade através de ações integradas a outras políticas públicas, tais como educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer, universidade, Ministério Público e as organizações não governamentais (ONGS) contribuem para efetivação dos cuidados e o fortalecimento da cidadania da população. Este é o trabalho em rede que deve fortalecer a Política de Saúde Mental.

Grande parte dos serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial se curva ao modelo de políticas públicas vinculadas aos ideais do mercado, que o reproduz por meio das suas práticas que não favorecem o crescimento do sujeito, reforçando posturas dependentes, não emancipatórias. Já não existe mais, como antigamente, a prática dos internamentos em hospitais psiquiátricos, entretanto, o usuário permanece por tempo indeterminado em acompanhamento no CAPS, com uma assiduidade que não lhe permite criar outros vínculos, nem construir outros projetos.

Resta a percepção de que a avaliação deve sempre fazer parte do cotidiano dos serviços, principalmente daqueles que prestam serviços na área da saúde. Assim sendo, faz-se necessário um repensar sobre as práticas desenvolvidas entre os profissionais, um conhecimento maior das políticas públicas e a discussão nas agendas dos movimentos dos usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde mental acerca do cotidiano nos serviços e das formas de cuidados. A discussão deve incluir a avaliação do que já existe, em termos de cuidados, a fim de que não se reforce o pensamento de que já se atingiu o ápice, e que tudo que está sendo oferecido pelo CAPS não necessita de reatualizações, reflexões e críticas.

## REFERÊNCIAS

ABNT. NBR 6022: Informação e documentação-Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ALMEIDA, C. Crise Econômica, Crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Org.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

AMARANTE, Paulo. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. **O homem a e serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. Conjuntura da Atenção à Saúde Mental no Brasil: Retrocessos e enfrentamentos In: I Seminário de Saúde Mental de Atenção Psicossocial –2013.

\_\_\_\_\_. *Teoria e Crítica em saúde Mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni, 2015.

AUGUSTO BISNETO, José. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASAGLIA, F. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine. *Política social: fundamentos e história*. Biblioteca básica de Serviço Social. SP, v. 2, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** - 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BENEVIDES, Maria Victoria. Cidadania e Direitos Humanos. In: Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas, nº 104, São Paulo, Cortez. ,1998.

BOBBIO, Norberto. A Era dos Direitos. Nova Editora, Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. INAMPS. **Portaria nº 3.108**, de 21 de dezembro de 1982.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS e Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS.** Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outra drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde; Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, 2013.



\_\_\_\_\_. Constituição; BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF 2001.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 128, n. 182, 1990.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 2002.

BRAVO, M. I; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social**. BRAVO, M. I et al. (Orgs). 5ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon; DA SILVA, Antonio Carlos: Crise Global: reflexões sobre a sociedade de espetáculo ao ritmo do capital. Portuguese Studies Review, 2011, 129-151pp.

CHAGAS. Carmen Elena das. A concepção de sujeito: da psicanálise à análise de discurso. In: Congresso Nacional de Linguística e Filologia- UERJ, 2011, Rio de Janeiro. XV CNLF. Rio de Janeiro: **CIFEFIL**, 2011. v. 01.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a corrente**. Ensaios sobre democracia e socialismo. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo, Perspectiva, 2007.

FERREIRA, Gina. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva e MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.).

**Desinstitucionalização da Saúde Mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRIUS/CB-C, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1972.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOFFMAN, Erving. **Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOFFMAN. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto.** 6ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

KURZ, Robert: **O colapso da Modernização:** Da derrocada do socialismo de Caserna à crise da Economia Mundial. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

LAPLANTINE, François. A descrição etnográfica. [tradução João Manoel Ribeiro Coelho e Sérgio Coelho]. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal e lógica dialética.** 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

LUIS, Margarita Antonia Villar et al. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadores. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, p. 78-101, 2000.

MANZINI, Eduardo José. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, v. 27, p. 149-158, 1991.

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: EDUEL, 2003. p.11-25.

MARSHALL, Thomas Humphrey. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. MARSHALL. T.H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.

MÈSZÁROS, István: Solução neokeynesiana e novo Bretton Woods são fantasias. Katarina Peixoto (Trad.). São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Reabilitação Psicossocial no Brasil. (Org.). São Paulo: Editora HUCITEC, 1996.

\_\_\_\_\_; DELGADO, Pedro Gabriel; Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: **Cadernos de Textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 16-23.

\_\_\_\_\_. An assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PITTA-HOISEL, A. **Sobre uma política de saúde mental** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1984.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério; ALMEIDA e COSTA, Nilson do Rosário. Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 327p.

ROJAS Couto, Berenice. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? - 4ª ed.- São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Milton. **Técnica, Espaço, Tempo**: Globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SCHONS, Selma Maria. **Assistência Social entre a ordem e a “des-ordem”**: mistificação dos direitos sociais e da cidadania. 3ª ed., São Paulo: Cortez, 2008.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira (Org.). **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

UCSAL. Manual para apresentação de trabalhos da Universidade Católica do Salvador, 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade/ Rosa, Lucia Cristina dos Santos, Pereira, Ivana Carla Garcia, Augusto Bisneto, Jose; Vasconcelos, Eduardo Mourão (org) 5ª ed.- São Paulo: Cortez, 2010.

YASUI, Silvio. Amplitude do conceito da Atenção Psicossocial – avanços ou retrocessos na direção da integralidade In: II Seminário de Atenção Psicossocial - 2014.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Daniel Grassi (Trad.) - 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZIMMERMANN, Augusto. Curso de Direito Constitucional. 3ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Eu, Milena Blumetti da Silva, mestranda do curso de Políticas Sociais e Cidadania, da Universidade Católica do Salvador, responsável pela pesquisa Trajetória de sujeitos com transtornos mentais na Rede de Atenção Psicossocial: acessibilidade? estou fazendo um convite para o (a) senhor (a) participar como voluntário (a) deste estudo. Esta pesquisa pretende avaliar os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sob a ótica do sujeito com transtorno mental. A pesquisa tem como professora – orientadora Dra. Ana Maria Pitta que integra o programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Sua participação consiste em ser entrevistado por aproximadamente trinta minutos, entretanto, o (a) senhor (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que haja qualquer penalidade ou prejuízo. As informações fornecidas poderão mais tarde servir para fins de pesquisa ou publicações, entretanto, será mantida em sigilo a identidade do participante sem que haja chance de seu nome ser identificado, assegurando-lhe completo anonimato. Sua participação não implica em nenhum custo financeiro, mas caso tenha alguma despesa, decorrente da participação, haverá ressarcimento por parte da pesquisadora.

O estudo apresenta como benefícios uma ampliação do espaço de participação dos sujeitos que utilizam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial e os resultados da pesquisa poderão servir de indicativos para a melhoria da qualidade dos serviços e conseqüentemente da vida das pessoas que utilizam esses serviços.

Há risco do (a) senhor (a) sentir-se constrangido (a) em responder alguma pergunta, mas conforme dito anteriormente, caso sinta algum desconforto poderá deixar de responder a pergunta que lhe desagradar. Caso ainda sinta que a entrevista esteja lhe causando desconforto, ou algum tipo de dano psicológico ou emotivo, e

também possível violação a sua intimidade, o (a) senhor (a) poderá sinalizar para parar, reformular ou desistir da entrevista. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa o (a) senhor (a) terá direito à assistência médica e/ou psicológica gratuita que será prestada por serviços do Sistema Único de Saúde e também pela equipe multidisciplinar do CAPS.

Para preservar o seu direito à intimidade e à privacidade, o seu nome não será divulgado, nem as características que possam, remotamente, identificá-lo. Durante todo o período da pesquisa, o (a) Senhor (a) tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a pesquisadora, tel: (71)98258-5650 e-mail: blumetticalabria@yahoo.com.br, ou sua orientadora, e-mail: ana.maria.pitta@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, situada na Av. Cardeal da Silva, 205, Federação, Salvador-Bahia, tel.: 3203-8913, aos cuidados do CEP, e-mail: cep@ucsal.br.

O (a) Senhor (a) receberá uma via deste termo de consentimento.

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura e/ou escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido (a), dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou de seu representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste (a) voluntário (a) para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados da pesquisadora:

Milena Blumetti da Silva.

Mestranda do curso de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, situada na Av. Cardeal da Silva, 205, Federação, Salvador-Bahia, tel: (71) 3203-8969.

Tel.: 98258-5650. E-mail: blumetticalabria@yahoo.com.br

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, situada na Av. Cardeal da Silva, 205, Federação, Salvador-Bahia, tel: (71) 3203-8913, aos cuidados do CEP.

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

**1. Nome:****Pseudônimo:****2. Idade:****Telefone:****3. Você se classifica com que cor:** Branco Pardo Preto Indígena Amarelo**4. Estado civil:** Solteiro Viúvo Casado União Consensual/Estável Divorciado Contrato Consensual Separado**5. Nacionalidade:** \_\_\_\_\_**Naturalidade:** \_\_\_\_\_**6. Local da residência:**

Estado:

Cód. da Uf:

Cidade: \_\_\_\_\_

**7. Reside com:** Filhos Companheiro/ Esposo Amigos Parentes Pais Outros \_\_\_\_\_**8. Reside em:**a.  Casa Apartamentob.  Própria Alugada De parentes Empréstada Cedida Outros



**9. Escolaridade:**

- ( ) Fundamental – Incompleto      ( ) **Fundamental – Completo**
- ( ) Médio – Incompleto      ( ) Médio - Completo
- ( ) **Superior – Incompleto**      ( ) Superior - Completo
- ( ) Pós-graduação Incompleto      ( ) Pós-graduação Completo

**10. Em relação ao mercado de trabalho, você se classifica como?**

- ( ) Ativo      ( ) Afastado temporariamente das atividades.
- ( ) Desempregado ,há quanto tempo ? \_\_\_\_\_
- ( ) Mercado informal
- ( ) Aposentado

**11. Qual a renda familiar?**

- ( ) Fixa      ( ) Eventual

**12. Valor da Renda? Em salários mínimos**

- ( ) menor de 1      ( ) de 1 a 3      ( ) de 4 a 6      ( ) maior que 6.

**13. Fonte de Renda**

- ( ) Trabalho Ativo      ( ) Benefício Previdenciário, qual? \_\_\_\_\_
- ( ) Benefício Assistencial, qual ? \_\_\_\_\_ Qual foi a sua forma de acesso ao benefício?

**14. Diagnostico – CID 10? \_\_\_\_\_.****15. Há quanto tempo faz tratamento psiquiátrico? \_\_\_\_\_ anos.****16. Você encontra facilmente as medicações prescritas pelo seu médico assistente?**

- ( ) Não      ( ) Sim

**Em caso negativo. Qual a alternativa para resolver essa situação?**

**17. Quais os serviços da rede que você encontra mais apoio para resolução dos seus problemas?**

**18. Você já foi internado em hospital psiquiátrico?**

Não  Sim

**Em caso afirmativo quantas internações? \_\_\_\_\_**

**19. Em que tipo de instituição esteve internado?**

Hospital geral  Clínica particular  Caps III  
 Hospital psiquiátrico  Comunidade terapêutica  outro tipo\_\_\_\_\_

**20. Você tem outro problema de saúde?**

Não  Sim

**Em caso afirmativo. Qual? \_\_\_\_\_**

**21. Que outro serviço dentro desta área do centro histórico você frequentou ou frequenta? E como teve conhecimento?**

---



---



---

**22. Como qualifica o atendimento?**

Bom  Ruim  Regular  Excelente

**Por Que?**

**23. Você tem alguma dificuldade nos locais de atendimento à saúde?**

Não  Sim Por que?

**24. Em relação ao novo modelo de atenção a saúde mental você o considera:**

Bom  Ruim  Regular  Excelente

**Por Que?**

**25. Você fez algum curso no último ano?**

Não  Sim Onde? Qual?

**26. Você já reivindicou alguma situação junto ao Ministério Público?**

Não  Sim Por que?

**27. Caso acontecesse uma situação que negasse um direito que você tem. O que faria?**

Nada       Os meios legais       Insistiria no próprio serviço.

**28. Você costuma ir sozinho aos locais públicos para resolver questões pessoais.**

Não                                       Sim      Por que?

**29. Como define os locais de atendimento que costuma ir?**

**30. Os serviços procurados por você, geralmente são próximos da sua casa?**

Não                                       Sim

**31. Você tem alguma sugestão para melhorar os serviços da rede de atenção?**

## ANEXOS

### ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PREFEITURA DE SALVADOR



COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE  
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 12 de novembro de 2015.

#### Carta de Anuência - PARECER N° 048/2015

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, o Distrito Sanitário do Centro Histórico e CAPS Dr. Antonio Roberto Pelegrino, declaram-se co-participantes e cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado “**TRAJETÓRIA DE SUJEITOS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ACESSIBILIDADE?**”, que tem como pesquisadora responsável **Milena Blumetti da Silva**, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais e Cidadania, da Universidade Católica do Salvador, sob orientação da Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

A pesquisadora apresentou o projeto à Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após submissão e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta Carta não permite acesso ao locus de pesquisa para coleta de dados. A ação só poderá acontecer após apresentação de parecer favorável do CEP e envio de Ofício emitido por esta Subcoordenação para o Distrito Sanitário de referência.

Atenciosamente,

  
Melícia Silva Reis Góes

SMS/ CGPS/ Subcoordenação Desenvolvimento de Pessoas

  
Ana Maria Oliveira

Técnica da SCDP / SMS

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** TRAJETÓRIA DE SUJEITOS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ACESSIBILIDADE?

**Pesquisador:** MILENA BLUMETTI DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49803915.2.0000.5628

**Instituição Proponente:** Universidade Católica do Salvador

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.333.979

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Políticas Sociais e Cidadania, que pretende avaliar os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sob a ótica do sujeito com transtorno mental. Tem como objeto de investigação a sua trajetória no acesso aos serviços ofertados pela RAPS e de como este alcança os serviços. O estudo é justificado em função da ampliação do debate sobre o tema na perspectiva do sujeito com transtorno mental; da necessidade de uma avaliação contínua das políticas, programas e serviços na sociedade contemporânea; pelo fato da avaliação ser uma ferramenta importante para consolidação da cidadania, correção de rumos dessas políticas com conseqüente fortalecimento da democracia e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos; além do que os estudos realizados, até então, são feitos com o foco da avaliação da eficiência dos serviços, sem levar em consideração a perspectiva pessoal do sujeito com transtorno mental em seu caminhar ao acesso aos serviços ofertados pela seguridade social brasileira ou a sua trajetória para o alcance dos seus objetivos.

Referencial teórico consistente com um recorte teórico-metodológico a respeito de questões sócio-históricas do transtorno mental, da política de saúde mental no cenário brasileiro, o direito à cidadania e o sujeito com transtorno mental; conceito e significado de trajetória, aqui compreendida numa perspectiva da percepção de protagonismo do sujeito, e acessibilidade aos

**Endereço:** Av. Cardeal da Silva, nº 205  
**Bairro:** Federação  
**UF:** BA  
**Telefone:** (71)3203-8913  
**Município:** SALVADOR  
**Fax:** (71)3203-8975  
**CEP:** 40.231-902  
**E-mail:** cep@ucsal.br

Continuação do Formulário: 1.000.979

serviços de saúde.

A autora propõe a realização de uma pesquisa qualitativa, cujos informantes serão sujeitos com transtornos mentais matriculados e em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) a partir de 2012, usuários em tratamento não intensivo, com autonomia frente ao seu tratamento, que realize outras atividades, além das atividades vinculadas ao Caps, que não tenha um histórico de internamentos em hospitais psiquiátricos superior a dez internamentos. Serão incluídos os que tiverem demandas de acesso aos serviços da Raps entre janeiro de 2012 a dezembro de 2014 e que tenha acompanhamento da família. Os dados serão coletados mediante a aplicação de entrevista semiestruturada e de observação direta de algumas trajetórias entre dezembro 2015 e janeiro 2016 (conforme cronograma atualizado). Para a análise dos dados, escolheu a análise de

conteúdo, na perspectiva de Bardin. Sobre os aspectos éticos, diz que os cuidados serão rigorosamente tomados a que, na iminência de ocorrer

algum risco mínimo ou algum dano referente à esfera psicológica do participante, a pesquisadora, que tem larga experiência como profissional da saúde mental e encaminhará imediatamente à Rede de cuidados do SUS, ou mesmo, a própria equipe do Caps. Relata que tais riscos poderão ser minimizados ou extintos, uma vez que previamente serão fornecidas todas as informações necessárias sobre a pesquisa, o sigilo dos dados, a autonomia com a assinatura do TCLE, com o fim de garantir o princípio da não maleficência.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a trajetória de sujeitos com transtornos mentais na Rede de Atenção Psicossocial do Centro Histórico de Salvador, a partir de um Serviço de Saúde Mental- CAPS II.

**Objetivos Secundários:**

Discutir as concepções teóricas de Estado, Políticas Públicas e Cidadania, à luz da teoria crítica para os sujeitos com transtornos mentais

Identificar as formas de acesso do sujeito com transtorno mental à RAPS;

Relacionar a articulação entre trajetória, acessibilidade e barreiras.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como risco informa que "Existe um risco mínimo de oferecer algum tipo de dano referente a questões subjetivas do participante em contraposição a outras questões da esfera objetiva, o que não é fácil de lidar nem de prever. Entretanto, tudo pode ser evitado, no que diz respeito a prováveis oscilações provocadas por inseguranças, na medida em que as informações acerca do

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205  
 Bairro: Federação CEP: 40.231-902  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 1.233.979

sigilo e a observância do termo de consentimento forem fornecidas. Ainda assim, caso a situação exija uma intervenção de um profissional da área médica, o entrevistado poderá ser encaminhado a um serviço da rede de atenção.\*

**Benefícios:** a pesquisa amplia o cenário de discussão sobre o tema, colocando o usuário no lugar do protagonista, enquanto sujeito de direitos e avaliador dos serviços usados por ele próprio; "é um exercício de controle social pela sociedade, mais uma vez reforçando e ampliando o espaço de participação de uma parcela da sociedade que nunca teve voz"; É esperado que os resultados possam dar subsídios para a melhoria dos serviços e da vida das pessoas que o utilizam.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem embasado sob o ponto de vista teórico, mostra relevância social e científica ao propor avaliar a Rede de Atenção Psicossocial sob a ótica de quem a utiliza e seus resultados podem, certamente, trazer contribuições para refletir sobre estas práticas e produzir melhoria desles serviços. Sob o ponto de vista metodológico, a escolha da abordagem e os critérios de seleção estão coerentes com os propósitos do estudo.

Não há impedimento sob o ponto de vista ético.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos Obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as exigências do CONEP

#### **Recomendações:**

Sem recomendações

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Feita a análise dos documentos apresentados, constatou-se que todas as solicitações foram atendidas e que não há mais pendências.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Em concordância ao Parecer do Relator, em 21/11/2015, fica deliberado que o Projeto se encontra Aprovado, considerando que a pesquisadora cumpriu com as recomendações e as pendências explicitadas no Parecer Consubstanciado, emitido em 05/11/15.

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	FB_INFORMACOES_BASICAS_DC_P	16/11/2015		Aceito

Endereço: Av. Cardinal da Silva nº 200  
 Bairro: Federação CEP: 40.231-902  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 1.333.979

Básicas do Projeto	ETO_591010.pdf	10:43:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/11/2015 10:43:00	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito
Outros	CRONOGRAMA.docx	15/11/2015 21:27:04	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	15/11/2015 21:23:25	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito
Outros	TCLE.pdf	15/11/2015 21:21:06	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma4.docx	02/10/2015 23:09:03	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ROTEIRO1.docx	02/10/2015 22:44:58	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOSUBMISSAO.docx	02/10/2015 22:39:40	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento2.docx	02/10/2015 22:38:28	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA6.docx	02/10/2015 22:31:49	MILENA BLUMETTI DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 23 de Novembro de 2015

Assinado por:

Ana Maria Fernandes Pitta  
(Coordenador)