

Universidade Estadual de Campinas  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

**Marcelo Kimati Dias**

Centros de Atenção Psicossocial:  
Do Modelo Institucional à Experiência Social da  
Doença

Orientador José Luiz dos Santos

Campinas, agosto de 2007

Universidade Estadual de Campinas  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

**Marcelo Kimati Dias**

Centros de Atenção Psicossocial:  
Do Modelo Institucional à Experiência Social da  
Doença

Tese apresentada ao curso de Pós-graduação em  
Ciências Sociais, do Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas da Universidade Estadual de Campinas para  
obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais

Orientador José Luiz dos Santos

Campinas, agosto de 2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP**

**D543c**      **Dias, Marcelo Kimati**  
                 **Centros de Atenção Psicossocial: do modelo institucional à**  
                 **experiência social da doença / Marcelo Kimati Dias. - Campinas,**  
                 **SP : [s. n.], 2007.**

**Orientador: José Luiz dos Santos.**  
**Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,**  
**Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.**

**1. Serviços de saúde mental . 2. Reforma psiquiátrica.**  
**3. Psiquiatria cultural. 4. Antropologia médica. I. Santos, José**  
**Luiz dos. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de**  
**Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.**

**cn/ifch**

Titulo em inglês: Psycho social Treatment Centers: from Institucional Model to Disease Experience

Key words: Mental health services, Psychiatric reform, Cultural psychiatry, Medical anthropology

**MARCELO KIMATI DIAS**

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DO MODELO INSTITUCIONAL À  
EXPERIÊNCIA SOCIAL DA DOENÇA.**

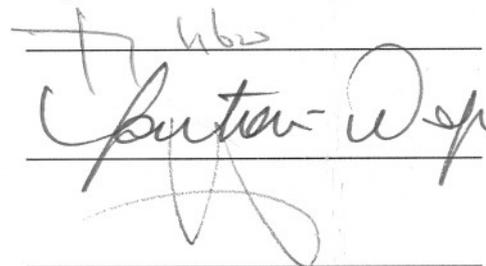
Este exemplar corresponde à redação final da Tese de  
Doutorado em Ciências Sociais defendida e aprovada pela  
Comissão Julgadora em 19 de outubro de 2007.

**COMISSÃO JULGADORA:**

Prof. Dr. José Luiz dos Santos

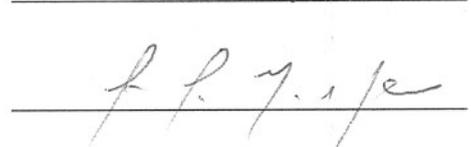


Profa. Dra. Marina Denise Cardoso



Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa



Prof. Dr. Ronaldo Rômulo Machado de Almeida

Suplentes:

Profa. Dra. Denise Martin Coelho



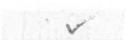
Profa. Dra. Nádia Farage



200754718

Campinas

Outubro 2007



*Aos meus pais*

Escrever uma mesma obra ao longo de anos exige a colaboração, direta ou indireta, de diversas pessoas. Quando agradecemos a elas, retratamos as nossas relações, o que ao longo do tempo converte a obra num retrato do próprio autor. O retrato atual de minha vida é ter próximo de mim um grupo restrito de pessoas que considero minha família: Maria Luiza, Vinícius, Mariana, Massaco, Maurício, José Luiz e Ieda. Estas pessoas há anos acompanham todos meus passos, os acidentes de percurso, minhas realizações e cada página desta obra. Seguramente o papel de minha família ultrapassa a viabilização desta tese, mas compõe meu futuro, minhas expectativas e meus modelos.

Ainda com referência a este retrato, em nenhum momento da elaboração desta tese pude exclusivamente me dedicar a ela. Em meu trabalho diário como médico tive colaboradores que me permitiram continuar, enfim, escrevendo. Neste sentido, sou muito grato à Andrea, ao Cristoph, à Alice, à Elza e à Rosa. Tenho ainda um agradecimento carinhoso à minha tia Tamie que ajudou diretamente na elaboração do presente texto.

Escrever regularmente durante quase quatro anos exigiu ainda que meu cotidiano fosse orientado para isso. Este universo foi possível graças à Márcia, minha esposa, cuja presença sempre foi leve e otimista, com a praticidade numa medida adequada. Este é o mínimo: quando se está muito próximo a alguém, é difícil saber o quanto agradecer. Sei que Márcia criou para mim um mundo doce no qual foi possível escrever esta obra, o que não deve ter sido simples, conforme meu pai lhe disse um dia.

# Sumário

---

<b>Conteúdo</b>	<b>Pág.</b>
<b>Capítulo I - Introdução geral .....</b>	<b>01</b>
Aspectos metodológicos	13
Campo de Estudo	20
O Texto	23
<b>Capítulo II - Centros de Atenção Psicossociais: Origem, Expansão e Centralidade.....</b>	<b>27</b>
1) CAPS- Caracterização da estrutura e das práticas	27
2) Reforma psiquiátrica e referenciais teóricos da constituição dos CAPS	31
3) CAPS: primeiras experiências, expansão e centralidade	38
<b>Capítulo III – O Universo de Relações Sociais Reconstruído.....</b>	<b>57</b>
1)1995: A Construção do Centro de Atenção Psicossocial de Pedreira	58
2) Em 2003: o CAPS Reformado	79
3) Usuários e Técnicos: Categorias Sociais	83
3.1) Pacientes (ou usuários)	86
3.2) Psiquiatras, psicólogos, motoristas, terapeutas ocupacionais	107
4) A institucionalização das relações sociais no CAPS	118
4.1) Os projetos e normas de relação social	124
4.2) Família como uma representação	128
4.3) Adesão, negociação e controle.	132
4.4) Os limites institucionais e sua permeabilidade	138

<b>Capítulo IV - Experiência e Inserção Social .....</b>	<b>150</b>
1) Doença e experiência	150
2) Historias: os Quatro Pacientes	154
3) Representações, Espaços e Papeis Sociais	179
4) Cotidiano e Inserção Social	187
5) Experiência, Instituição e Desqualificação Social	193
<b>Capítulo V – Conclusão .....</b>	<b>200</b>

## Índice Tabelas e Figuras

<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
Tabela 1- Caracterização Demográfica da População de Pedreira, SP	20
Tabela II- População acima de 10 anos e Renda, Pedreira	21
Tabela III- Indicadores de Atenção Básica - Pedreira- SP	22
Figura I - CAPS e Rede de Saúde	28
Quadro I- Procedimentos Terapêuticos Obrigatórios aos CAPS	30
Quadro II - Movimentos de Crítica à Atenção Psiquiátrica Após a Segunda Guerra Mundial	33
Quadro III- Principais portarias relacionadas à Normatização dos CAPS	41
Quadro IV- Comparação entre as primeiras instituições de atenção psicossocial brasileiras no âmbito da reforma psiquiátrica	45
Quadro VI- Número de Leis e portarias de Saúde Mental, Sancionadas entre 1991 e 2003	46
Quadro VII - Portaria 189 de 20 de março de 2002: Processo de cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial	48
Quadro VIII - CAPS, Caracterização por modalidade quanto à equipe e população municipal mínima para implantação.	49
Quadro IX - Atenção em Saúde Mental e População Municipal	50
Quadro X - Evolução do número de CAPS/NAPS (1992-2003)	51
Quadro XI - Valores de Incentivo Financeiro para os CAPS	52
Quadro XII - Gastos da Saúde Mental Recursos Humanos, Pedreira, SP	53
Figura II - Centro de Saúde de Pedreira CS II- Albertina Ap. Lopes e o Trajeto dos pacientes da psiquiatria (1995)	65

Quadro XIII – Diferença entre loucos e drogados segundo funcionários do centro de saúde	69
Figura III - Disposição dos profissionais de saúde mental em reunião (1995)	70
Figura IV – Planta Baixa do CAPS Pedreira, 2002	82
Quadro XIV - Categorias de referência segundo os não-pacientes	84
Quadro XV - Categorias de referência segundo os pacientes	85
Tabela IV - Usuários em Regime Intensivo no CAPS de Pedreira	87
Tabela V - Atividades e Grupos do CAPS I – Pedreira	91
Figura V - Trabalho Protegido	95
Figura VI - Oficinas femininas	97
Tabela VI - Trabalhadores do CAPS- Pedreira	108
Quadro XVI - Aspectos gerais dos projetos e contratos, 1995 e 2002	126
Quadro XVII - Instituições totais, permeáveis e os CAPS	148
Quadro XVIII - Dados Sociodemográficos dos Pacientes Estudados	154
Quadro XIX - Dados Psiquiátricos dos Pacientes Estudados	155
Figura VII - Croqui da casa de Armando	158
Figura VIII - Croqui da Casa de Cláudio	162
Figura IX – Croqui da Casa de João Cunha	168
Figura X - Croqui da Casa de Antonio	175
Quadro XX – Hospitais Psiquiátricos e Centros de Atenção Psicossociais	201

### **Anexos:**

- Anexo I – Declaração de Caracas
- Anexo II- Projeto do CAPS- Pedreira, 1995
- Anexo III- Projeto do CAPS- Pedreira, 2002
- Anexo IV - Contrato Terapêutico com Paciente
- Anexo V - Relatório de 2003 do trabalho protegido
- Anexo VI - Folder de Boas vindas ao CAPS- 2002
- Anexo VII - Prontuários de Pacientes do CAPS
- Anexo VIII - Planta baixa- CAPS, 2003
- Anexo IX - Consentimento pós-informação
- Anexo X - Fotografias

## **Resumo**

O modelo institucional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupa um papel central no tratamento de pacientes psiquiátricos graves no país desde a década de 1990. A partir de uma etnografia, este estudo identifica os processos de institucionalização ocorridos no interior de um CAPS localizado em Pedreira, SP. A etnografia foi desenvolvida em duas etapas: em 1995 quando foi acompanhado o processo de abertura da instituição e em 2003, quando esta já se encontrava implantada e com as práticas consolidadas. Com a finalidade de aprofundar a discussão acerca dos processos de institucionalização, foram realizados estudos de caso de pacientes inseridos neste mesmo CAPS. Estes ocorreram também em dois momentos, em 1995 e 2003.

Os achados etnográficos apontam para a existência de mecanismos através dos quais os pacientes passam a ter a quase totalidade de suas relações sociais ligadas à instituição, o que limita seu universo de relações sociais. Este fenômeno é experimentado pelos pacientes como desqualificação social, entretanto correspondendo às suas expectativas de convívio e relacionamentos interpessoais.

Palavras Chave: Serviços de saúde mental, Reforma psiquiátrica, Psiquiatria cultural, Antropologia médica.

## **Summary**

The institutional model of Psicossocial Attention Centers (CAPS) occupies a central role in the treatment of severe psychiatric in Brazil since the 1990's. Developed through an ethnography, this study identifies the institutionalization processes inside a CAPS located in Pedreira, SP. The ethnography was developed in two stages: in 1995 when the process of opening of the institution was accompanied and in 2003, when this already was implanted and with therapeutic practices strongly consolidated. With the purpose of deepening the discussion concerning the institutionalization processes, studies of inserted patients' case were accomplished. These also happened in two moments, in 1995 and 2003.

The ethnographic data reveals existence of mechanisms through which the patients start to have the totality of their social relationships linked to the institution, what limits his/her universe of social relationships. This phenomenon is lived by the patients as social disqualification, however corresponding to their conviviality expectations and interpersonal relationships.

Key words: Mental health services Psychiatric reform, Cultural psychiatry Medical anthropology

# Capítulo I-Introdução Geral

---

Instituições são mecanismos ou espaços sociais cuja organização interna tem como objetivo ordenar e controlar o funcionamento social. Ao longo da vida, indivíduos fazem parte de diversas instituições e, na quase totalidade das vezes, simultaneamente de mais de uma delas. Mediante a inserção institucional, os indivíduos têm suas interações sociais normatizadas. Isto ocorre mesmo nos casos em que a instituição não corresponda a um espaço físico, como é o caso do casamento ou da religião.

Fazer parte de uma instituição ocorre mediante voluntariedade ou não de um indivíduo. Na maior parte das vezes, inserir-se numa instituição decorre de desejo individual em fazer parte de um grupo, pertencer a uma categoria social, estabelecer determinado padrão de relacionamento com um grupo social (ou como uma pessoa). Em outras ocasiões, faz-se parte de uma instituição involuntariamente, sem que haja planejamento, como é o caso da utilização do idioma de origem, ou por pressão social, como é o caso dos presídios ou, em alguns casos, dos hospitais psiquiátricos.

A necessidade de que pacientes psiquiátricos sejam submetidos a intervenções institucionais é tema de intensa discussão há mais de quarenta anos. Esta ultrapassa a dimensão técnica, usualmente se expandindo para o campo ideológico. Institucionalizar um paciente psiquiátrico implica em seu cotidiano estar submetido a normas e a uma sistemática organização do dia a dia. Este controle externo decorre da noção de que existe uma impossibilidade destas pessoas em gerirem, administrarem, seu cotidiano. Por outro lado, estar numa instituição é visto como uma forma de proteção a pessoas doentes e, para defensores do procedimento, o ganho é superior às perdas decorrentes da inserção institucional.

A principal referência de instituição psiquiátrica e, conseqüentemente o maior objeto dos debates, é o hospital psiquiátrico. O fato dos hospitais psiquiátricos passarem a ter um papel secundário no tratamento mental a pacientes é uma tendência na organização dos serviços de saúde há mais de trinta anos, tendência esta conhecida como desinstitucionalização. Lamb (2001) define desinstitucionalização como a realocação do tratamento psiquiátrico dos hospitais de longa permanência para unidades alternativas baseadas na comunidade e não isoladas socialmente. Neste sentido, existiria uma diferença significativa entre desinstitucionalizar e desospitalizar a atenção em saúde mental: além do fechamento de leitos psiquiátricos, o conceito prevê também a criação de uma rede de atenção alternativa. Lamb, ainda, aponta a existência de três processos relacionados à desinstitucionalização: 1) o retorno de pacientes residentes em hospitais psiquiátricos para tratamentos na comunidade, 2) a oferta de alternativas terapêuticas a pacientes que potencialmente seriam hospitalizados e 3) a criação de serviços voltados para o cuidado de pacientes com transtornos psiquiátricos graves.

A origem da crítica à institucionalização psiquiátrica se deu com o surgimento de um importante movimento que foi chamado de antipsiquiatria. Esta denominação foi criada em 1967 por David Cooper na obra “Psiquiatria e Antipsiquiatria” num período no qual as críticas feitas aos hospitais e às práticas psiquiátricas ganhava caráter mundial. Este ápice, no final da década de 1960 deu-se junto a outros movimentos sociais como o movimento feminista, movimento negro e estudantil; junto à contracultura e ao movimento hippie. Segundo Rissmiller (2006), a partir da década de 1980 houve um dramático enfraquecimento da antipsiquiatria, tanto em relação à sua visibilidade quanto em relação ao seu impacto. Segundo o autor, a diminuição da relevância do movimento se deu na medida em que surgiram evidências das bases biológicas da esquizofrenia. Contribuiu ainda

para a diminuição da relevância do movimento o fato de procedimentos como eletroconvulsivo terapia e psicocirurgia se tornarem marginalizados dentro da própria psiquiatria. Da mesma forma, psiquiatras passaram a utilizar menores doses de medicações antipsicóticas (com a evidência da existência de efeitos colaterais em longo prazo), o que melhorou a qualidade de vida dos pacientes usuários destas drogas. Finalmente, o movimento tornou-se anacrônico devido ao esgotamento dos movimentos negro, feminista assim como a contracultura, eventos aos quais a antipsiquiatria era fortemente ligada. A antipsiquiatria, ainda, estava inserida num contexto político marcado pela dicotomia política entre direita e esquerda, estando frequentemente associada a movimentos de extrema esquerda. Com o enfraquecimento desta dicotomia, o movimento também se enfraqueceu (Rissmiller, 2006).

Da mesma forma que a noção de desinstitucionalização ultrapassa a saída dos hospitais psiquiátricos, o conceito de institucionalização também ultrapassa a noção de estar numa instituição. Em *Prisões, Manicômios e Conventos* de Ervin Goffman (1972), obra escrita no âmbito da antipsiquiatria, o autor descrevia processos decorrentes da institucionalização de pacientes psiquiátricos em manicômios. Este estudo identificou transformações relacionadas à identidade do paciente, ritualização do cotidiano e estereotípias nas relações sociais no interior de uma instituição asilar. A instituição, neste sentido, passou ser identificada como um espaço de perdas sociais. Estas noções foram utilizadas pela psiquiatria democrática italiana, em particular nas obras de Franco Basaglia, que identificava não apenas o manicômio como um espaço de exclusão, mas considerava a existência de uma cultura manicomial. Esta era constituída por práticas sociais que remetiam a processos comuns nos manicômios.

A Itália e posteriormente o Brasil constituíram exceções ao descrito arrefecimento da produção literária acerca de institucionalização/desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos. Na Itália, esta produção literária se refletiu num projeto político que culminou na elaboração e sanção de leis e políticas públicas que convergiam aos referenciais da psiquiatria democrática italiana.

A partir da década de 80 no Brasil, em convergência a movimentos sociais ligados ao fim da ditadura militar e com inspiração nos processos em vigência na Itália, ocorreu um acréscimo significativo do estudo das instituições psiquiátricas e de sua crítica. Esta produção, que se encontra ainda em crescimento, deu-se a partir de uma articulação entre um movimento político e a produção literária crítica aos hospitais psiquiátricos. Obras de Paulo Amarante (1997), Pedro Gabriel Delgado (2001), Joel Birman (1978), Fernando Tenório (2001) entre outros passaram a ser divulgadas entre profissionais de saúde mental e em alguns meios acadêmicos ligados principalmente à psicologia/psiquiatria social e saúde coletiva. Esta literatura é ampla e diversificada: Passos (2003) desenvolveu durante tese de doutoramento um amplo levantamento acerca das publicações científicas ligadas à reforma psiquiátrica. Utilizando informações obtidas através do LILACS (banco de dados da literatura latino-americana em Ciências da Saúde) e na Fonte Antares do Instituto Brasileiro de Informações de Ciência e Tecnologia (que reúne dissertações e teses defendidas no país). Segundo a autora, foram publicadas, entre 1980 e 1996, 448 referências, 53,6% publicadas na forma de artigos em periódicos relacionados à área de saúde mental e 12,4% em revistas de saúde pública. Entre as temáticas mais abordadas, verifica-se que 34,6% dos textos são relacionados à organização de serviços, seguidos por análises teóricas da reforma (23,1%) e por estudos clínicos (14,1%). Os textos de organização de serviços são discriminados em temáticas pela autora. Relatos de experiência (35,5% da categoria),

avaliações de serviço (23,7%) compõe os temas mais freqüentes relacionados à organização institucional.

Esta produção literária sedimentou um conjunto de saberes que simultaneamente inspiraram e retratavam um processo político que culminou com a assunção de princípios do movimento por parte do Estado brasileiro. A partir do início da década de 1990 a literatura acerca da reforma psiquiátrica passou a referenciar políticas públicas de saúde mental oficializadas pelo Ministério da Saúde.

Tanto a literatura quanto a política de saúde ligada à reforma psiquiátrica referenciam uma perspectiva particular acerca da institucionalização de pacientes psiquiátricos. Em *Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira* (1997), Amarante descreveu a evolução e os referenciais teóricos da reforma psiquiátrica, explicitando a inspiração na psiquiatria democrática italiana e salientando a importância da transformação institucional como objeto do movimento. Segundo este referencial, a institucionalização converte e legitima o sofrimento como doença, inserindo o paciente num circuito de práticas médicas que inclui a hospitalização como referência. Para o autor, a partir de 1987 no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, o movimento assumiu o lema “por uma sociedade sem manicômios”, expandindo o objeto da reforma e rompendo com a dicotomia de serviços hospitalares x serviços não hospitalares. Fernanda Nicácio (1990), autora que participou de forma ativa em processos de fechamento de hospitais e tem ampla inserção na produção acadêmica de textos ligados à reforma, entende institucionalização como um conjunto de práticas e saberes que produzem formas de perceber e se relacionar com fenômenos sociais e históricos. Para Tenório (2001), desde a constituição do contrato social estabelecido na Revolução Francesa que inaugurou a psiquiatria, o louco era

potencialmente um paradoxo. Pois de um lado, era desprovido de razão, e por este motivo impossibilitado de firmar e respeitar o contrato social. Por outro lado, esta ausência de razão o impossibilitava de ser punido por este descumprimento. Assim, a institucionalização em caráter terapêutico foi consequência deste paradoxo. Ainda, o espaço de reclusão deu à psiquiatria um campo delimitado de sua prática, saber e objeto, caracterizando o início da psiquiatria com o manicômio. Esta condição criada pela Revolução Francesa dava um status especial ao louco e uma finalidade curativa ao asilo. Esta noção de cura implicaria em restituição da razão e, conseqüentemente, na possibilidade de firmar o contrato social resgatando-se, assim, cidadania plena. A partir de então, a loucura passou a significar a não razão, estabelecendo com isso parâmetros para definir o que é razão. Desviat (1999), com respeito à institucionalização da loucura, aponta para o ano de 1838 com a promulgação da lei sobre alienados na França, como a legitimação jurídica e administrativa da psiquiatria e do manicômio. Para o autor, neste momento se instaura a tutela médica sobre o doente mental; *“os psiquiatras passaram a ser tutores de menores perversos. Aí se iniciou uma aliança que iria perdurar até os dias atuais, aliança complexa e contraditória, complementar entre a psiquiatria e o direito, e de limites às vezes imprecisos”* (pág. 18).

Referenciada politicamente pela psiquiatria democrática Italiana, um dos princípios da reforma é a noção de que a institucionalização psiquiátrica, retratada pela imagem do manicômio e suas adjacências, priva o paciente de seu caráter de cidadão. A reforma é uma busca por esta cidadania dos loucos que teria sido destituída, tragada pela história do mundo ocidental ao longo dos últimos duzentos anos. Esta perda é baseada ainda no saber médico que dá legitimidade à institucionalização ao dar à loucura o caráter de doença. O processo acontece em concomitância da perda de poder por parte de pacientes psiquiátricos.

Este carácter exclusivamente deletério das instituições psiquiátricas não é, entretanto, consenso. A maior parte das críticas ao processo de reforma psiquiátrica aponta para o descompasso existente entre o fechamento de leitos psiquiátricos e o surgimento de instituições substitutivas ao hospital psiquiátrico (Minkoff, 1987, Papeschi, 1985, Lamb, 2001). Na perspectiva psiquiátrica, o movimento de crítica institucional da psiquiatria vem se dando paralelamente ao fortalecimento desta especialidade médica em termos de legitimidade de suas intervenções. Em “*Rethinking Psychiatry*” (1988), Arthur Kleinman descreve como desde a década de 1980 transformações significativas acompanharam a psiquiatria. O desenvolvimento de manuais diagnósticos baseados em dados epidemiológicos de pretensão universalista se somou a um significativo desenvolvimento de pesquisas neurobiológicas que resultaram no surgimento de novas drogas psiquiátricas. Da mesma forma, o carácter pragmático desta nova psiquiatria permitiu que novos quadros descritos tivessem remissão com a utilização de drogas específicas. O período caracterizou um “retorno da psiquiatria à medicina”, com limitação do papel de referenciais psicanalíticos e o fim de categorias consagradas ao longo do século XX, como “histeria” e “neurose”. A década de 1990 apontava como a *década do cérebro* e alguns novos quadros, como transtorno de pânico e transtornos depressivos passaram a ter maior enfoque da mídia, difundindo-se como categorias utilizadas de forma corrente.

Este panorama contrasta fortemente com a noção impressa na Reforma de que uma crise institucional se delineava na psiquiatria ao longo do século passado (Birman e Costa, 1994). Muito pelo contrário, houve um aumento significativo na produção científica ligada à psiquiatria, os tratamentos passaram a ter maior eficácia o que, teoricamente, implicaria em necessidades reduzidas de hospitalização. Assim, a rápida expansão do atual modelo de atenção em Saúde Mental no país, ancorado no discurso da reforma psiquiátrica não se explica

como um processo que ocorreu naturalmente em decorrência de uma crise, ou de uma falência interna à psiquiatria. Ao contrário, a reforma psiquiátrica foi resultado de uma disputa de diferentes paradigmas.

No cenário nacional, desde o início da década de 2000 e principalmente a partir do ano de 2003, as questões ligadas à saúde mental no setor público e, mais particularmente, relacionados à reforma psiquiátrica vem sendo tema de intenso debate. Por um lado, a redução do número de leitos psiquiátricos que vem ocorrendo desde o início da década de 1990 e a abertura de instituições substitutivas, em particular os Centros de Atenção Psicossocial, é objeto de crítica por parte de grupos como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Em março de 2001, o editorial da Revista Brasileira de Psiquiatria, escrito por Miguel Jorge e por Josimar França, ambos da Associação brasileira de Psiquiatria, fazia um breve resumo do processo da reforma até aquele momento e descrevia sua posição diante do então projeto de lei Paulo Delgado. Segundo o artigo, a associação, na ocasião, se mostrou favorável ao projeto, *“embora criticasse a proposição de "extinção progressiva dos manicômios", se esse termo estivesse ali como sinônimo de hospital psiquiátrico”*. O artigo cita ainda que em 1999, a Assembléia de Delegados da associação *“aprovou por unanimidade uma posição oficial da entidade que apóia todo e qualquer movimento que defenda os direitos de cidadania das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos, bem como considera essencial a atuação médico-psiquiátrica no tratamento, na readaptação e nos processos de ressocialização dessas pessoas”*. Segundo o artigo, a grande maioria dos hospitais psiquiátricos deveria ser fechada por tratar-se de *depósitos desumanizados de pacientes* e que funcionavam *“como elemento intensificador de doenças”*. Finalmente, o artigo apontava para a necessidade do processo de

desospitalização deveria dar-se de forma gradual, assim como o fechamento de leitos deveria ocorrer com base em critérios que diferenciassem o que é o hospital e o que é manicômio.

Ao longo dos anos 2000, a posição dos psiquiatras tornou-se mais oposicionista. Em entrevista dada em 2005 e publicada na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Valentin Gentil, psiquiatra docente da Universidade de São Paulo fez várias críticas ao atual modelo de atenção de saúde mental, baseado na reforma psiquiátrica. Criticou a inexistência de programas de prevenção, o fechamento de leitos psiquiátricos sem que houvesse uma estrutura substitutiva adequada, o que fazia com que houvesse falha na assistência em saúde e que uma parte de pacientes com transtornos mentais graves estivesse na rua.

Outra fonte de oposição à reforma organizou-se ao redor da Federação Brasileira de Hospitais. Em “alerta à nação”, veiculado pela internet, ataca a política de saúde mental do Ministério da Saúde como fonte de eminente colapso do sistema hospitalar em psiquiatria. O alerta aponta para o fato de que a federação vem ajuizando ações judiciais para reverter a situação. O texto, veiculado através do endereço eletrônico da federação, refere ainda que:

*“A Psiquiatria, o Médico Psiquiatra e o Hospital de Psiquiatria têm sido alvos de graves difamações, principalmente, pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Nos idos de 1989, na justificativa do projeto de lei que propunha a extinção do hospital de psiquiatria equipararam-se os psiquiatras aos seqüestradores, felizmente integralmente rejeitado pelo Congresso Nacional. Depois, ano de 2001, no mesmo sentido, produziram um julgamento simulado e um vídeo*

*intitulado “Tribunal dos Crimes da Paz”. Agora, em outubro 2005, na Câmara dos Deputados, promovem um seminário nacional com o tema: “Usos e Abusos da Psiquiatria”, o que, por si só, representa uma injúria aos psiquiatras, que merece ser condenada por todos que praticam a Psiquiatria.”*

Outro elemento que aumenta a discussão diz respeito à estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde a partir do início desta década em proporcionar um aumento quantitativo de instituições substitutivas ao hospital psiquiátrico. Nestes espaços terapêuticos deveria haver um maior contato das práticas terapêuticas e a comunidade no território de origem dos pacientes. As instituições substitutivas têm como objetivo viabilizar um tratamento que tenha referenciais não exclusivamente médicos e tornar desnecessárias as intervenções hospitalares. Entretanto, os CAPS ainda que não se constituam como hospitais são instituições. Pressupõe uma rotina aos pacientes, uma relação específica entre trabalhadores e pacientes, formas estereotipadas de tratamento entre as categorias sociais.

As repercussões da institucionalização de pacientes psiquiátricos em instituições abertas e comunitárias, como é o caso dos centros de atenção psicossocial, nunca foram avaliadas de forma sistematizada. Da mesma forma, estas instituições nunca foram analisadas a partir dos referenciais de Goffman publicados na década de 1970. Algumas dificuldades estão envolvidas na resolução destas duas questões. Uma primeira tem caráter ideológico. Porque, a princípio, instituições comunitárias e abertas foram idealizadas a partir de críticas aos hospitais psiquiátricos; analisá-las com os mesmos referenciais pode parecer contraditório. Uma segunda dificuldade tem caráter pragmático. Os dados obtidos nos estudos institucionais realizados em hospitais psiquiátricos (Goffman, 1972, Weinstein, 1994; Quirk, Lelliot e Seale,

2006) foram originados de etnografias que consideravam as relações entre as estruturas e os processos institucionais. Estruturas diferentes poderiam gerar dados não comparáveis. Da mesma forma, não há escalas que mensurem institucionalização, perda de identidade, isolamento social ou outros fenômenos identificados por Goffman.

Alguns referenciais teóricos são diferentes hoje do que ocorria nas décadas de 1960-1970 na análise de fenômenos ligados à psiquiatria a partir de uma perspectiva sociológica. Desde a década de 1980, um importante elemento teórico tomou parte na discussão acerca da institucionalização: o referencial da experiência. Identificada como síntese de processos sociais, é capaz de apreender significados atribuídos por pacientes em procedimentos desenvolvidos pelo Estado. Esta abordagem vem sendo explorada num movimento intitulado psiquiatria cultural no estudo de como pacientes têm sua experiência da doença influenciada por aspectos da cultura. Neste sentido são amplamente referenciados os estudos de Ellen Corin (1990, 1992, 1998) acerca da experiência de pacientes esquizofrênicos em Montreal estudados com referencial fenomenológico e hermenêutico de Ricoeur. Esta abordagem implica na atribuição de significado a fenômenos identificados como sintomas psiquiátricos, por exemplo, retraimento que é visto pela autora como estratégia dentro das relações sociais de pacientes esquizofrênicos.

Considerando as instituições de saúde como espaços nos quais os pacientes inseridos têm as vivências relacionadas à doença transformadas, a experiência constitui o ponto final da intervenção institucional nos sujeitos. A análise da experiência parece ser um referencial analítico que permite aproximar o processo resultante de diferentes estruturas institucionais. Neste sentido, não há dados empíricos que garantam que a experiência em ambas as instituições não resultem na mesma experiência ou nas mesmas perdas apontadas desde a década de 1970 e creditadas aos hospitais psiquiátricos.

Consideramos complementares as duas abordagens acerca da institucionalização psiquiátrica - experiência e instituição. A literatura, no entanto, contempla estudos acerca da experiência, mas sem a preocupação da descrição institucional. Da mesma forma, aborda descritivamente a instituição sem referenciar-se na experiência. Ambas as abordagens isoladas dão margem à criação de conteúdos interpretáveis ideologicamente.

A abordagem exclusiva de um dos temas: instituição ou experiência deixa, ainda, alguns pontos sem resposta. Assim, qual era enfim a percepção dos pacientes de Goffman acerca da instituição total? Ou como as instituições submetiam aos pacientes psicóticos estudados por Corin a situações de perda de identidade, perdas sociais e comportamentos estereotipados? Mais do que somar abordagens diferentes, a articulação do estudo da instituição, seus procedimentos, cotidiano, representações, categorias sociais e da experiência se explicam, potencializando a compreensão real das instituições e atribuindo sentido social ao significado dado àqueles submetidos aos procedimentos institucionais.

Este estudo tem como objetivo analisar os processos institucionais ocorridos no interior de um Centro de Atenção Psicossocial e relatar e discutir a experiência de pacientes inseridos nos procedimentos terapêuticos realizados no interior desta instituição. Com estes procedimentos identificaremos os processos de institucionalização dos pacientes estudados e o processo de resgate de relações sociais pretendidos pelo movimento que deu origem aos CAPS.

É importante notar que o alinhamento do texto ao movimento da reforma ou a sua crítica potencialmente diminuiria sua capacidade analítica. Assim, esta tese não tem como objetivo abordar os centros de atenção psicossocial de forma avaliativa, a partir de critérios internos ao movimento. Da mesma forma, o olhar externo não se referencia aos movimentos de crítica à reforma psiquiátrica.

Enfim, a tese que norteia o estudo é a de que, na medida em que a reforma psiquiátrica tornou-se a política de saúde mental oficial do Estado Brasileiro, os CAPS converteram-se em instituições de controle social da loucura. Os CAPS tornaram-se historicamente instituições substitutivas aos hospitais psiquiátricos, incorporando várias de suas funções sociais. Isto ocorreu ainda que os princípios que tenham norteado a construção do modelo institucional serem contrários ao desempenho deste papel.

### *Aspectos metodológicos*

Este estudo acompanhou não coincidentemente a trajetória profissional de seu autor. Durante a graduação em medicina matriculei-me, entre 1990 e 1995 em disciplinas do curso de ciências sociais, o que era permitido na Universidade de Campinas, onde estudei. Com o início do internato, em 1995, tornou-se impossível o comparecimento regular às aulas e, na tentativa de dar continuidade aos estudos de antropologia social, desenvolvi uma monografia na qual acompanhei seis pacientes com diagnóstico de esquizofrenia paranóide inseridos num Centro de Atenção Psicossocial.

Este primeiro estudo não tratou de uma instituição, mas de procedimentos terapêuticos em saúde mental que eram desenvolvidos por um grupo de profissionais ligados ao setor público e que abordavam um mesmo grupo de pacientes em diferentes espaços. A descrição era um retrato de um processo de transformação do modelo de atenção em saúde mental. Instituições como os CAPS constituíam experiências novas no país, fruto de algumas situações focais que ocorriam no âmbito da luta antimanicomial e na reforma psiquiátrica. Centros de Atenção nos moldes do estudo não ultrapassavam 150 no território nacional na ocasião. Ainda que não fosse o objetivo primário do estudo na ocasião, alguns pontos relacionados ao funcionamento deste programa terapêutico foram

discutidos, como a institucionalização dos sujeitos e a existência de procedimentos semelhantes aos dos hospitais psiquiátricos.

Outro ponto elucidativo foi a verificação de que era possível o estudo das relações sociais entre pacientes no Centro de Atenção Psicossocial como um outro grupo social qualquer, já que os usuários do sistema reproduziam a relação usual encontrada fora de instituições psiquiátricas. Assim, ainda que de certa forma, institucionalizados, os pacientes tinham contatos, amizades e compartilhavam angústias e mesmo categorizavam uns aos outros muitas vezes de normais e de loucos. Esta categorização ultrapassava a existência ou não de sintomas psiquiátricos.

Os locais estudados nesta monografia correspondiam àqueles ocupados pelos usuários da Saúde Mental da época. Atividades eram desenvolvidas no Centro de Saúde, o Centro de Atenção Psico Social em inauguração, com funcionamento em meio período; numa horta comunitária onde trabalhavam juntos os pacientes estudados e finalmente em suas residências. O objetivo foi apresentar todos os espaços sociais nos quais se desenrolava o cotidiano dos indivíduos estudados, tentando mostrar sua inserção num projeto terapêutico e, posteriormente, a articulação deste com a sua vida familiar.

Finalmente, a monografia defendida em 1996 terminou com uma discussão a respeito do papel social segregatório de toda instituição psiquiátrica. Ainda que tenha surgido num âmbito de reformulação da atenção em saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial reproduzia um papel de localizar e identificar os chamados doentes mentais, ainda que de forma singular e preservando subjetividades, o CAPS passava a ser um lócus natural para a loucura. Este ponto sugeria a continuidade longitudinal do estudo uma vez que a instituição já se desenhava e posteriormente se expandira como modelo, vislumbrava

em seu projeto um antagonismo ao processo historicamente identificado de segregação da loucura.

Entre 2000 e 2001 voltei à instituição não como pesquisador, mas como psiquiatra assistente. Após alguns meses de trabalho, como é comum entre profissionais desta área, mudei de emprego. Em 2003, por ocasião de meu doutorado, voltei à instituição já implantada, bem caracterizada e articulada com um projeto nacional de saúde mental. A finalidade era então identificar o desenvolvimento dos processos que haviam sido descritos oito anos antes. Se em 1995 os procedimentos, espaços e personagens estudados não configuravam uma instituição, o estudo realizado em 2003 centrou-se em práticas, personagens profundamente institucionalizados. A etnografia como método permitiu que fossem apreendidas as relações entre profissionais e pacientes, as relações entre os pacientes e técnicos, as representações mobilizadas e a construção de identidades no interior da instituição. Por outro lado, a descrição institucional não permitia que fossem identificados desdobramentos das características institucionais na experiência dos usuários do CAPS.

Estudos desenvolvidos com transtornos dissociativos ao longo do período de residência médica e mestrado e leituras de Victor Turner (1981) aproximaram-me do estudo de caso como método de apreensão da experiência. O estudo da experiência constituiu no mesmo um elemento complementar à etnografia do CAPS, uma vez que permitia identificar em que medida os processos institucionais eram apreendidos pelos pacientes da instituição. Neste contexto, o estudo de pacientes há vários anos na instituição passou a ser revelador das características do próprio CAPS.

A reforma psiquiátrica, ainda, introduziu através dos procedimentos institucionalizados novos elementos que intervêm na experiência psicótica. As práticas, referenciais e papéis na instituição foram tomados como construtos culturais na medida em que intervêm na experiência social e que dão à doença um novo contorno. A instituição, que se consolidou ao longo dos oito anos que separaram as duas abordagens, promovia uma nova construção da experiência da psicose, num meio onde as relações sociais se dão a partir de novas regras, dentro da especificidade do modelo. Esta abordagem acerca da experiência psicótica articulou, ainda, o estudo a uma consistente produção científica ligada à psiquiatria cultural.

A ligação entre autor e campo apresenta ainda outros pontos que devem ser considerados do ponto de vista metodológico. Para tal será descrita a chegada à instituição, ao início do trabalho de campo.

### ***Chegada ao CAPS***

Eram duas horas da tarde. Neste horário, eu supunha, a totalidade dos pacientes acompanhados no CAPS encontrava-se em alguma atividade. Entrei pelo portão principal. Logo na entrada identifiquei três mulheres e dois homens, todos fumando. Falavam pouco entre si, com exceção de duas das três mulheres que conversam animadamente. Ao notarem minha presença os cinco se calaram. Percebi que me observam e imaginei se iriam me reconhecer. Reconheci um dos cinco, aquele mais idoso, com cabelos totalmente brancos. Seu rosto era extremamente sulcado, como se marcasse a longa história de sua doença. Não tinha dentes e seus dedos tinham as extremidades marrons por fumar continuamente. Tinha

uma calça surrada um pouco larga que se encontrava como pendurada por seu cinto. Em sua camisa azul identifiquei três pequenos rasgos.

- Doutor, o senhor aqui ?- ele me recebeu.

- Seu João... olá.

Rapidamente identifiquei duas das três pacientes. Uma delas tinha também uma aparência extremamente idosa e olhava continuamente para baixo. Ao escutar Seu João me cumprimentando, levantou lentamente os olhos e sorriu. Seu sorriso era acolhedor e decorria do fato de eu haver sido reconhecido. A paciente chamava-se Carina e nos meses subseqüentes mostrava-se freqüentemente irritada e com um sarcasmo difícil de ser entendido.

Ao contrário de Carina, as duas outras mulheres que conversavam isolaram-se, soube mais tarde, para que pudessem conversar a sós. Carina estava sozinha e calada porque dentro do CAPS jogava-se bingo. Carina era evangélica e sua igreja não permitia jogos de azar. Uma das mulheres vestia uma bermuda de lycra azul que se estendia quase até o joelho. Vestia também uma camiseta de algodão que lhe cobria até metade da coxa. Seu olhar era pouco vivo e pareceu ser a última a se dar conta de minha chegada. A colega com quem conversava, ao contrário, foi a primeira a identificar-me. Era Fátima, antiga freqüentadora do CAPS que me mediu perguntando-se (me contou depois de algumas semanas) também o que eu fazia ali. Fátima tornou-se uma importante informante nos meses subseqüentes de trabalho de campo, após haver sido possível vencer uma intensa resistência inicial. Cumprimentei-as com um “boa tarde” e segui para dentro do edifício.

Já dentro do edifício identifiquei uma mesa ampla em cuja extremidade uma mulher morena lia as bolas numeradas que caíam de um globo de metal. Fazia brincadeiras com os

números, algumas vezes causando confusão aos participantes. Uma outra mulher, com cabelos loiros e curtos, circundava a mesa e olhava para o papel dos que participam do jogo. Com frequência dizia: “*olha, você tem o número 23, anote com um X aqui*” ou “*Ih, acho que a Marta já cantou o 30. Olhe lá, Marta, veja se já não saiu o 30*”. Um total de 20 participantes conferia os números que eram “cantados” pela moça. Este número de pacientes não ocorria todas as tardes, soube após que a instituição costumava ter menos pacientes por período.

Ao final do hall estava uma grande janela que comunicava uma pequena sala de recepção ao hall, a saleta após a janela continha um grande arquivo de metal e um computador. Observei outra mulher sentada em uma escrivaninha remexendo em papéis, compenetrada e alheia ao jogo dos pacientes. Assim que cheguei, ela já me acompanhava com o olhar e quando me aproximei, ela sorriu, dizendo: “Oi. Dr. Marcelo, a coordenadora falou que está esperando na cozinha para conversar”. Agradei e fui na direção da cozinha, que ficava ao final do pequeno corredor que dava acesso também a dois consultórios.

Maria era a coordenadora do CAPS, cargo que ocupava desde 2001. Minha presença ou não na instituição para desenvolver o estudo de campo dependia muito da avaliação de Maria, com quem eu estava indo conversar.

Depois de cumprimentar-me secamente, a coordenadora iniciou um longo discurso: “*quando você trabalhou aqui, faz uns três anos, e você foi embora de uma hora pra outra, a gente passou um aperto. Ficamos sem médico, tínhamos que pedir receita pros médicos da Central de Saúde, algumas vezes mandávamos os pacientes pro pronto-socorro para serem medicados. Mas sobrevivemos e muito bem. E no final, isso foi bom porque aprendemos que não precisamos de médico*”.

Este discurso marcava profundamente o funcionamento do CAPS e o discurso da reforma psiquiátrica ao qual ele se alinhava. O discurso se repetiria em uma outra ocasião durante o trabalho de campo, na ocasião da contratação de outro psiquiatra. Da mesma forma, este vínculo anterior existente junto à instituição tornou os usuários mais acessíveis, ainda que todos soubessem nos meses subseqüentes que eu estava desenvolvendo um estudo a respeito do CAPS e do seu dia a dia. O fato de ser médico, já haver trabalhado em Pedreira alguns anos atrás e haver deixado de trabalhar, conforme contou Maria, trouxe durante o trabalho de campo facilidades e dificuldades. Uma vez que não era considerado membro da equipe e não estava diariamente no CAPS, não era convidado para reuniões técnicas e para participar de atividades. Fiquei durante os três meses de estudo de campo bastante livre para observar, visitar algumas atividades terapêuticas como o trabalho protegido, a oficina da cantina e a terapia ocupacional. O contato preliminar dos pacientes estudados em 1995 facilitou uma reaproximação, assim como de alguns outros usuários do CAPS.

Os profissionais da instituição, por sua vez, receberam-me de maneira pouco uniforme. Uma vez que existia alguma resistência à minha permanência por parte dos profissionais de nível superior, alguns funcionários de nível médio que tinham queixas da coordenação e dos “técnicos”, forneciam informações relacionadas aos conflitos existentes na equipe e que eram omitidas dos pacientes. Assim, nos meses subseqüentes foram realizados dois estudos:

- realizei entrevistas com usuários e técnicos do CAPS, procurando identificar a inserção do discurso da reforma psiquiátrica no dia a dia da instituição.

- visitas e seguimento de quatro pacientes estudados em 1995. A intenção, a princípio era de que ambos os estudos correspondessem a um só já que imaginávamos e estes usuários mantinham a mesma inserção institucional desde 1995. Constatamos que quase todos eles haviam deixado o atendimento diário no CAPS, realizando apenas visitas para atendimentos pontuais.

Os pacientes estudados junto a suas residências e familiares foram comunicados dos objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento (vide anexo). O estudo de campo, neste segundo momento, ocorreu entre março de 2003 e agosto do mesmo ano.

### ***Campo de Estudo***

O estudo foi desenvolvido no Município de Pedreira, que tem população estimada em 35.219, localizada no interior do Estado de São Paulo, distante 130 Km da capital do estado e a 33 Km de Campinas, maior cidade da região. Dados do censo de 2000 apontam para uma população predominantemente adulta, urbana, com pequeno predomínio do sexo feminino, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela I - Caracterização Demográfica da População de Pedreira, SP.

	<b>População residente, sexo e situação do domicílio</b>					<b>População residente de 10 anos ou mais de idade</b>		
	<b>Total</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>	<b>Alfa- betizada</b>	<b>Taxa de alfabe- tização (%)</b>
População (número de habitantes)	35.219	17.458	17.761	34.132	1.087	29.607	27.709	93.6

Fonte: IBGE, Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Fonte: IBGE, Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000

Conforme mostra a tabela a seguir, dos 29.607 habitantes com mais de 10 anos de idade, 17.604 (59,4%) tem rendimento até 02 salários mínimos. Estes valores consideram o salário mínimo na ocasião, antes dos aumentos de 4/2006. O gráfico de distribuição de renda sugere ainda que grande parte da população seja dependente do Sistema Único de Saúde no município.

Tabela II- População acima de 10 anos e Renda, Pedreira

Faixa Salarial	Número Absoluto de Habitantes
Sem Rendimento	8.746
Até um salário mínimo	2.858
Entre 01 e 02 salários mínimos	6.000
Entre 2 e 3 salários mínimos	4.202
Entre 03 e 05 salários mínimos	3.603
Entre 05 e 10 salários mínimos	2.946
Entre 10 e 20 salários mínimos	930
Mais de 20 salários mínimos	332

Fonte: IBGE, Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Fonte: IBGE, Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000

Fundada em 1896, Pedreira tem sua principal atividade econômica baseada na atividade industrial. Fábricas de porcelana funcionam no município desde 1915, a partir da qual outras foram surgindo. Estas produzem peças de adorno e louças para uso doméstico, além de isoladores elétricos exportados que constituem principal fonte econômica.

A atenção à saúde do setor público do município, rede na qual estava inserido o CAPS estudado era constituído por 07 unidades, de um total de 11 existentes no município (IBGE, 2006). Faz parte da rede um hospital secundário conveniado com o sistema único de saúde, 03 unidades básicas de saúde, 01 centro de saúde central e duas unidades de saúde da família. A grande maioria da atenção básica do município é realizada em postos de saúde e unidades básicas de saúde, sendo que em 2003 menos de 20 % da população era coberta pelo programa de saúde da família, conforme observamos na tabela abaixo. Ainda assim, quase a totalidade da população recebia cobertura vacinal e pré-natal.

Tabela III - Indicadores de Atenção Básica - Pedreira- SP.

Modelo de Atenção	População coberta	% da população coberta pelo programa	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia	% de cobertura de consultas de pré-natal	Prevalência de desnutrição	Taxa hospitalização por pneumonia
Programa de Saúde da Família	7.462	19,9	98,4	98,3	3,6	22,3
Total	7.462	19,9	98,4	98,3	3,6	22,3

Fonte - Data SUS, 2003.

Os pacientes eram encaminhados ao CAPS através do ambulatório de psiquiatria que ficava no mesmo prédio (ver planta baixa em anexo). Neste ambulatório o paciente passava por uma triagem padronizada e então: 1) era encaminhado ao CAPS, ou 2) ao ambulatório de saúde mental ou ainda 3) recebia alta. Esta articulação com o restante da rede de saúde era precária, ocorrendo por sistema de referência e contra-referência, não havendo programas comuns articulados com outras áreas da atenção básica ou especialidades. Da mesma forma, não havia um planejamento comum dentro da saúde mental ou mesmo entre a saúde mental com o restante da rede.

### ***O Texto***

O texto presente é a terceira versão da tese. Ainda que isto não represente necessariamente uma evolução, os sucessivos escritos apresentaram uma progressiva simplicidade quanto aos objetivos focados. A primeira versão foi essencialmente descritiva, numa tentativa de articulação de dois estudos etnográficos realizados em 1995 e 2003 numa mesma instituição. O esforço comparativo terminou por igualar duas situações não comparáveis, mas que eram complementares, inscritas num mesmo processo histórico. Esta tendência comparativa arrastou-se até que os dados de 2003 tornaram-se excessivamente complexos para que pudessem ser equiparados aos de 1995.

A segunda versão foi a mais difícil de ser abandonada. Partia da constatação de que os Centros de Atenção Psicossocial se inscreviam num conjunto de saberes que se refletiam num discurso. O discurso da reforma psiquiátrica. A segunda versão foi um esforço de entender como este discurso se refletia na experiência de pacientes expostos às construções institucionais que decorriam deste conjunto de saberes. O caminho entre o discurso e a experiência era, entretanto, muito longo e o texto ficou repleto de lacunas que não foram

preenchidas com informações provenientes da literatura. Abandonar esta estratégia de análise foi custoso. Entretanto, não ater o objeto do estudo ao discurso da reforma psiquiátrica permitiu que o movimento passasse a ser observada não somente como um conjunto de saberes, mas como um processo de reformulação de práticas psiquiátricas ocorridas no interior do Estado brasileiro. E neste âmbito, as práticas dos CAPS como decorrentes desta transformação que se oficializou em todo o território nacional.

Esta terceira e atual versão é um estudo acerca de uma instituição, sua dinâmica, sua vida, seu cotidiano e seu papel na vida das pessoas. E, dado a circunstâncias muito particulares do cenário nacional, esta instituição reflete um modelo reprodutível mediante intervenção financeira, estratégia e tecnológica do Estado. A etnografia como método simultaneamente descritivo e analítico procurou fazer com que esta discussão estivesse resguardada dos embates ideológicos que o tema gera atualmente, dentro dos limites da possibilidade. Para tal, os capítulos foram desenvolvidos com a preocupação de observar os fenômenos com olhar externo, de forma não participativa.

O capítulo 2 reforça este olhar, descrevendo o surgimento dos CAPS e o movimento político no qual este se insere com base na literatura e em dados divulgados pelo Ministério da Saúde. A reforma psiquiátrica, na qual se insere o surgimento dos CAPS imprimiu à instituição um caráter de centralidade nas ações de saúde mental do setor público. A centralidade institucional nos programas de saúde mental é discutida neste capítulo quanto às suas razões e conseqüências. Estrategicamente, o estudo dos CAPS passou então a constituir uma forma de compreensão do movimento da reforma, da nova política de saúde mental brasileira e da proposta institucional do Estado para substituição dos hospitais psiquiátricos.

Em continuidade a esta proposição, o capítulo 3 constitui a principal abordagem investigativa do estudo. O capítulo apresenta inicialmente os eventos relativos ao surgimento do CAPS de Pedreira em 1995 e, posteriormente a etnografia da instituição realizada em 2003. Os procedimentos estudados em 1995 correspondiam a um período anterior ao CAPS e tinham diferentes referências teóricas, marcadas por seu caráter experimental. Eram ainda dirigidas a um grupo bastante homogêneo de pacientes que se deslocava para diferentes espaços institucionais. A etnografia realizada em 2003 verificou a existência de práticas validadas num nível nacional, previstas e sugeridas por um projeto institucional apoiadas pelo Ministério da Saúde. O campo da etnografia foi uma instituição já implantada, com práticas e rotinas terapêuticas instituídas e praticada em diferentes CAPS. Foi realizada neste período a descrição das categorias sociais no interior da instituição, suas relações e rotinas específicas. O objetivo desta descrição foi o desenvolvimento de um material denso de análise institucional.

O trabalho de campo é complementado por estudos de caso, reunidos no capítulo 4, com o objetivo de estabelecer as relações entre as práticas institucionais e a experiência de usuários do modelo. Foram estudados quatro pacientes em tratamento no mesmo CAPS onde foi realizada a etnografia. Os estudos de caso foram reveladores no sentido de identificarem a experiência resultante das vivências institucionais dos sujeitos estudados. Optamos por realizar um estudo qualitativo baseado em estudos de caso por alguns motivos: 1) os pacientes estudados tinham uma inserção institucional muito longa, o que é raro uma vez que a história dos CAPS é relativamente breve; 2) os pacientes estudados eram protagonistas das relações sociais descritas na etnografia do capítulo três; 3) os mesmos pacientes (e suas famílias) estudados em 1995 puderam ser novamente visitados

em 2003, dando ao material de campo um caráter de continuidade. Enfim, existia uma complementaridade entre os dados decorrentes dos estudos de caso e do estudo etnográfico.

Finalmente, no capítulo 5 são realizadas algumas considerações acerca do material apresentado, com foco voltado aos processos de institucionalização e experiência dos pacientes estudados.

## Capítulo II - Centros de Atenção Psicossociais: Origem, Expansão e Centralidade

---

O capítulo aborda as origens, experiências iniciais e referenciais teóricos dos Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS constituem um modelo elaborado a partir de referenciais de diferentes movimentos que ocorreram dentro e fora do país ao longo dos últimos 40 anos e de experiências institucionais desenvolvidas no âmbito da reforma psiquiátrica. Sua centralidade nos programas de saúde mental no país se deve, tanto pelo seu papel de referência na área prevista pelo Estado, quanto pelos recursos financeiros que incentivam sua implantação e manutenção, provenientes do Ministério da Saúde.

### **1) CAPS - Caracterização da estrutura e das práticas**

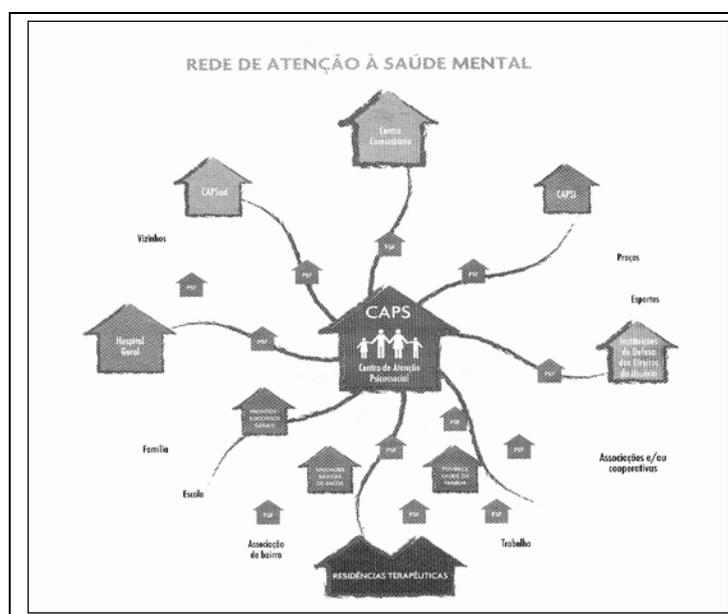
Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem hoje a instituição de referência para o tratamento de transtornos mentais considerados graves e de longa duração. Segundo o Ministério da Saúde, é um serviço comunitário, isto é, deve ter grande inserção no território de referência. Uma vez que a referência é territorial, o serviço deve se responsabilizar pela totalidade dos casos que tenham estas características descritas em sua área de referência. Ainda que sejam previstas atividades terapêuticas, o ambiente deve ser suficientemente terapêutico para acolher pacientes que não consigam participar delas. Os familiares dos pacientes devem estar envolvidos nos projetos terapêuticos e estes devem ser adaptados às particularidades, tanto dos usuários, quanto de seus familiares. (Ministério da Saúde 2004).

A instituição é hoje um modelo com possibilidade de ser implantado em grande parte dos municípios do país. Este modelo tem normas de funcionamento, como horários

número de profissionais e práticas terapêuticas mínimas que devem ser desenvolvidas. Inserido no âmbito do Sistema Único de Saúde, sua centralidade é prevista nas ações de saúde mental, mas com grande referência na articulação desta instituição com as demais, como unidades básicas de saúde ou pronto-socorros. Segundo ainda o Ministério da Saúde, os CAPS devem desenvolver um papel estratégico na vida comunitária em seu território de referência, estimulando a autonomia dos usuários da instituição, articulando os recursos existentes em outras áreas, como escolas, igrejas. Os CAPS devem também cumprir assistência direta a pacientes, apoiar outras áreas da saúde como o Programa de Saúde da Família.

Neste território, o CAPS é a instituição central no que diz respeito à implantação de políticas de saúde mental, desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários. A centralidade dos CAPS em relação às ações de saúde mental no território de referência é sintetizada no esquema abaixo:

Figura I - CAPS e Rede de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

A integração com o restante da rede básica de saúde implica, segundo documento do Ministério da Saúde em estabelecer projetos conjuntos para solução de questões relevantes para a saúde mental do território. Para tal, deve haver apoio às demais unidades de saúde, com supervisão e orientação de situações complexas, além de capacitação permanente em saúde mental para estas equipes.

Os CAPS são considerados serviços de atendimento de saúde mental substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. É um serviço de porta aberta, isto é, atende à demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento. Serve como referência e tratamento *“para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”* (Ministério da Saúde, 2004, pág 13).

Entre os objetivos dos CAPS está a prestação de atendimento diário e o gerenciamento de projetos terapêuticos personalizados, isto é, desenvolvidos de acordo com as necessidades e possibilidades de cada paciente. O projeto de cada usuário deve ter como objetivo a inserção social através de ações que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. Deve ainda gerenciar os pacientes em uso de medicação, funcionar como porta de entrada na saúde mental, exercendo controle sobre o fluxo de pacientes psiquiátricos no sistema de atenção à saúde. Estas funções devem ser alcançadas a partir de atividades terapêuticas que, segundo publicação do Ministério da Saúde (2004) devem ser adequadas para a população usuária.

As atividades terapêuticas devem ser desenvolvidas num ambiente que mantenha na instituição pacientes em crise. Este papel de atenção a pacientes com quadros graves tem a

finalidade de evitar internações em hospitais psiquiátricos. Existe ainda uma listagem de procedimentos obrigatórios na instituição, conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro I - Procedimentos Terapêuticos Obrigatórios aos CAPS

<b>Procedimento</b>	<b>Descrição</b>
<b>Atendimento individual</b>	Psicoterapias individuais, atenção médica-medicamentosa
<b>Atendimento em grupo</b>	Oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, geradoras de renda entre outras
<b>Atendimento familiar</b>	Visitas domiciliares, atendimento individualizado e em grupo de familiares
<b>Atividades comunitárias</b>	Desenvolvidas junto a associações de bairro e outras organizações. Objetivo de realizar trocas sociais, integração do serviço com a comunidade
<b>Assembléias ou reuniões de Organização do serviço</b>	Discute-se junto aos usuários problemas da instituição, de convivência no atendimento.

Segundo recomendação do Ministério da Saúde (2004) os CAPS devem funcionar, pelo menos, de segunda a sexta-feira, dependendo do tipo da instituição. Pacientes que ficam quatro horas na instituição devem receber uma refeição, e, caso permaneçam dois períodos (oito horas) devem receber duas.

Para que um CAPS seja cadastrado e, com isso, possa receber recursos financeiros do Ministério da Saúde deve ainda cumprir com especificações relativas à equipe mínima de trabalhadores e quanto à adequação do espaço físico da instituição. O ambiente do CAPS

deve contar com os seguintes recursos físicos: consultórios, salas para atividades de grupo, espaço de convivência, oficinas, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes.

A existência destas especificações relativas às práticas, características físicas e atuação da instituição foram desenvolvidas historicamente a partir de experiências institucionais e por ação política. Esta última, relacionada ao movimento da reforma psiquiátrica e iniciada como movimento trabalhista evoluiu a partir da década de 1990, como política de saúde do Estado Brasileiro.

## **2) Reforma psiquiátrica e referenciais teóricos da constituição dos CAPS**

Existe uma relação estreita entre o surgimento e expansão dos CAPS e a evolução do movimento da reforma psiquiátrica no país. A partir do início da década de 1990 houve um alinhamento do movimento com a política de saúde mental nacional, o que reforçou a importância dos CAPS como referência institucional de tratamento psiquiátrico no país.

Yasui (1999) sistematizou fases da reforma psiquiátrica, diferenciando características da década de 1970, 80, 90 e 2000, diferenciação também adotada em publicação do Ministério da saúde em 2005. A evolução dos CAPS no país, tanto no que diz respeito às práticas terapêuticas, quanto ao número de unidades existentes, tem relação com estas fases ainda que, conforme será discutido, existam algumas particularidades na evolução institucional. Dois pontos principais caracterizam esta evolução: 1) houve um aumento do número de CAPS, crescimento que foi acelerado a partir de 2002; 2) existiu uma padronização cada vez maior nos procedimentos e demais características institucionais. A padronização permitiu que durante o período do estudo, em 2003 era possível afirmar que o CAPS constituía então um modelo institucional.

O modelo CAPS será abordado neste capítulo a partir de dois referenciais. Primeiro: serão discutidas bases teóricas presentes na literatura que determinaram a constituição

institucional. Segundo: serão descritos os processos históricos de construção do modelo, incluindo as primeiras experiências institucionais.

A fundamentação teórica das práticas e da forma de operação dos Centros de Atenção Psicossocial constituiu-se a partir de um campo de saberes conhecido como saúde mental. Ainda que, segundo alguns autores, as influências deste campo remontem ao século 18 (Castel, 1978; Amarante, 1997; Tenório, 2001), o capítulo atual irá limitar-se à descrição dos movimentos mais recentes, datados do período posterior à Segunda Guerra Mundial. Movimentos surgidos na Europa e Estados Unidos procuraram reformulação e, posteriormente, desmonte dos hospitais psiquiátricos.

Para Soares (1997), *“com a reconstrução dos países da Europa, após a vitória dos Aliados, os hospícios passaram a sofrer críticas a seus atos violentos e excludentes no tratamento da loucura, e em alguns locais buscou-se formas de transformação que pudessem se adequar à nova ordem, onde o pensamento de participação democrática e do bem estar social se tornar presentes”*. Estes movimentos surgiram dentro de particularidades históricas e conjunturas políticas específicas, o que fez com que gerassem propostas diferentes. Num extremo encontramos a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana, movimentos que questionaram estruturalmente as instituições e o saber psiquiátrico. Num outro extremo, a psiquiatria comunitária, que procurou reformular as relações de poder dentro dos hospitais psiquiátricos, entretanto, sem questionar sua existência. O quadro a seguir sintetiza os principais movimentos de reforma de atenção psiquiátrica após a segunda guerra.

## Quadro II - Movimentos de Crítica à Atenção Psiquiátrica Após a Segunda Guerra

### Mundial

<b>Movimento</b>	<b>Data e local de origem</b>	<b>Referencias teóricas</b>	<b>propostas</b>	<b>Críticas</b>
<b>Psicoterapia Institucional</b>	-Início da década de 50 no Hospital Saint Alban	-Psicanálise -Marxismo	-Reformulação do hospital psiquiátrico -Questionamento das relações intra hospitalares	-“Trabalho prioritariamente asilar”, não discute a função social do asilo, modelo hospitalocêntrico
<b>Comunidade Terapêutica</b>	-Inglaterra final da década de 1950	-Psicanálise	-Transformação da estrutura administrativa dos hospitais psiquiátricos, as democratizando e as tornando coletivas	-Não questionava a necessidade do hospital psiquiátrico
<b>Psiquiatria de Setor</b>	-França na década de 1960	-Crítica ao papel do hospital como centralizador do tratamento psiquiátrico.	-Levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, psiquiatria in situ, hospital como instância terapêutica intermediária	-Resistência de setores conservadores, questionamento quanto ao papel normatizador da psiquiatria, custo elevado de programas de prevenção e dos serviços extras hospitalares, mantinha doença como objeto.
<b>Psiquiatria Preventiva (Comunitária)</b>	-EUA década de 1960	-Medicina preventiva -Psiquiatria clínica -Sociologia -Psicologia comportamental	-Adoção de programas de prevenção e hierarquização da assistência psiquiátrica em três níveis de complexidade -Transformação do objeto (saúde mental), do objetivo (prevenção da doença), do sujeito (coletividade) (Amarante, 1995)	Inexistência de sistema nacional de saúde com características universalizante (ao contrário do que seria previsto pela extensão do programa) tratou desinstitucionalização exclusivamente como desospitalização.
<b>Antipsiquiatria</b>	-Inglaterra, segunda metade da década de 1960	- Contracultura - Existencialismo	-Ação não medicamentosa e questionamento da ordem social e familiar loucura como fato social e político -Loucura como experiência libertária	-Proposta de intervenção nas condições da sociedade, mantido na marginalidade do sistema de saúde inglês.

Movimento	Data e local de origem	Referências Teóricas	Propostas	Críticas
<b>Psiquiatria democrática Italiana</b>	-Itália, década de 60 com intervenção no manicômio de Gorizia	-Itália, década de 60 com intervenção no manicômio de Gorizia	-Ruptura com cultura psiquiátrica e modelo manicomial -Deslocamento do objeto do conhecimento para o sujeito em sua complexidade -Desinstitucionalização -Fechamento dos hospitais psiquiátricos -Transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições.	Ineficácia do processo, baixa qualidade de vida de pacientes psiquiátricos, abandono dos mesmos por parte do Estado, insuficiência das instituições substitutivas. As críticas relativas ao movimento não estão presentes na literatura ligada à reforma psiquiátrica (Romanucci-Ross, 1996, Bozzini, 1986).

Entre os movimentos citados, a principal referência para a reforma psiquiátrica brasileira foi, sem dúvida, a psiquiatria democrática italiana. Na década de 60, conforme mostrado no quadro, surgiu na Itália um movimento de desinstitucionalização ligado a uma crítica aos hospitais psiquiátricos e à psiquiatria em si. Esta era identificada pelo movimento como instrumento de violência inserido profundamente na organização social (Koda, 2002). Em decorrência disso, a transformação das instituições psiquiátricas pressupunha um movimento político amplo, com transformações sociais ligadas a outros mecanismos de repressão social. Referenciado nas obras de Foucault (1978) e Goffman (1972), Franco Basaglia (1980, 1991), principal autor do movimento, caracteriza as instituições psiquiátricas, em particular os hospitais, como espaços de violência onde as singularidades dos sujeitos eram negadas e estes eram reduzidos à doença. Este espaço estabeleceria formas estereotipadas de relação social e identidade que seriam socialmente excludentes, num grupo social incapaz de enfrentar o processo de exclusão. A complexidade deste processo, para Basaglia, impunha importantes limitações às reformas propostas na França, EUA e Inglaterra.

Ao longo da década de 70, estes referenciais tiveram muita ressonância em meio a um movimento de contestação das práticas psiquiátricas iniciado em 1978 no Brasil. A reforma psiquiátrica neste período foi um movimento de trabalhadores de saúde mental, mais do que de doentes, familiares ou de intelectuais, concomitante a outros movimentos trabalhistas surgidos no mesmo período. A literatura aponta para alguns eventos referenciais da construção do movimento (Amarante, 1997; Tenório, 2001) que serão descritos a seguir.

A reforma nasceu articulada a uma crise política em que estagiários em saúde foram demitidos após uma greve dos trabalhadores que denunciavam maus tratos e péssimas condições de tratamento de pacientes psiquiátricos em instituições hospitalares cariocas. Esse episódio foi conhecido como a Crise da Dinsam, órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental. A crise marcou o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujos membros optaram por uma estrutura pouco institucionalizada, sem sede ou regimento, e passaram a utilizar-se de espaços já existentes para planejamento do movimento (Amarante, 1997, aponta 12 encontros em congressos de psiquiatria, psicologia e mesmo psicanálise entre 1978 e 1987).

O movimento dos trabalhadores de saúde mental criou fundamentação, caráter nacional e institucionalizou-se como órgão legítimo de reivindicação dos direitos de pacientes no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental ocorrido em Bauru, em 1987. O movimento dos trabalhadores de Saúde Mental evoluiu a partir de então, deixando de ser uma agremiação de técnicos e constituindo-se como movimento social. Surgiu neste encontro o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, que ampliava o campo do movimento, anteriormente pautado na oposição entre serviços hospitalares e não hospitalares (Amarante, 1997).

Seguindo a estratégia do movimento de apoiar que seus membros passassem a ocupar espaços já existentes no setor público, promovendo expansão da reforma, já em 1989, surgiu o projeto de Lei 08/91-C que previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Neste contexto, em 1990 ocorreu a Conferência de Caracas, sobre reestruturação da atenção psiquiátrica na região da América Latina.

A Conferência de Caracas proclamou a necessidade de reestruturação imediata do sistema de prestação de serviços psiquiátricos pela adequação das legislações nos respectivos países a fim de que tal determinação pudesse ser cumprida (OMS/OPAS-1990). O Brasil, signatário do documento, a “Declaração de Caracas” (Anexo I), iniciou no ano seguinte transformações legislativas que possibilitassem o cumprimento do compromisso assumido no encontro. Para isso contribuiu ainda o fato de passarem, pouco a pouco, a assumir cargos junto ao Ministério da Saúde, indivíduos ligados ao movimento da década de setenta.

A partir de 1991, alguns projetos passaram a ser financiados pelo Ministério da Saúde. Estes deveriam oferecer alternativas terapêuticas à internação em hospitais psiquiátricos. Em 1992 surgiu a portaria SNAS 224 que caracterizava os CAPS/NAPS como *“unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população descrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”*. A mesma portaria descrevia o funcionamento de hospitais-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidades psiquiátricas em hospital geral e estabelecia forma de repasse de verbas como incentivo aos serviços prestados por estas instituições.

Diferentes análises explicaram o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica no país. Birman & Costa (1994) afirmavam que os processos ocorridos a partir do final da década de 70 no país foram resultados de uma crise das práticas e do modelo teórico da psiquiatria. Esta crise, por sua vez, estava inserida na mudança do paradigma no qual o objeto da intervenção deixava de ser a doença mental (referenciada no individual) e passava então a ser a saúde mental (no campo do coletivo). A instituição asilar passou a ser combatida porque propunha uma saída à doença mental que deixava de ter sentido - a cura. Assim, para os autores, o objetivo da cura foi substituído pelas noções de resgate da cidadania e inclusão social. Para Koda (2002), os processos de desinstitucionalização e utilização do território como espaço terapêutico inscrevem-se num movimento mais amplo de questionamento de paradigmas da ciência moderna. Para Guljor (2003), a reforma constituiu numa necessidade de contraposição a um paradigma precedente. Este movimento culminou na elaboração de novos conceitos que rompiam com os saberes e práticas baseadas na atenção em saúde mental centrada nos hospitais psiquiátricos.

A criação de um novo referencial teórico, articulada à construção política da reforma psiquiátrica interferiu profundamente na definição das práticas dos CAPS. Segundo Amarante & Torres (2001), os CAPS deveriam operar segundo uma ruptura com quatro pressupostos identificados no modelo a ser superado: 1) a noção de que a doença psiquiátrica decorria de um erro; 2) a associação entre doença psiquiátrica e periculosidade; 3) o modelo epistêmico da psiquiatria e 4) os princípios pineliano do isolamento terapêutico e tratamento moral.

Guljor (2003) sistematizou algumas premissas relativas a este novo paradigma e que orientariam os referenciais terapêuticos dos CAPS:

**reorientação radical da forma de lidar com o portador de transtornos mentais:** este passa a ser sujeito, com história e desejos próprios. O louco não deve ser reduzido à sua doença, sendo deslocado de sua condição de doente mental. Este deslocamento tira o foco das intervenções institucionais da cura enquanto remissão sintomatológica.

**Inserção de atividades coletivas no tratamento, tirando o foco da relação médico-paciente:** este deslocamento permite o estabelecimento de trocas “entre os sujeitos com vistas à transposição dessa capacidade para seu meio externo” (Guljor, 2003). O papel dos profissionais é intermediar esta relação e permitir maior inserção social. A ação do profissional não deve se limitar aos espaços da instituição, intervindo nas relações do paciente com sua família e comunidade. A instituição existe no sentido de criar e potencializar uma rede de relações do usuário com sua comunidade de origem.

**Definição do território como espaço ideal para o tratamento-** Território é mais do que espaço geográfico e diz respeito a redes de relação social. Segundo definição do Ministério da Saúde:

*“Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas família, amigos e interessados.” (MS 2004, Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, pág. 11).*

**3) CAPS: primeiras experiências, expansão e centralidade.**

Conforme discutido, o desenvolvimento do modelo institucional dos CAPS não decorreu apenas do processo histórico no qual se inscreve a reforma psiquiátrica. Houve, no âmbito da reforma, a construção teórica e a implantação planejada de uma instituição cujas características negassem o paradigma precedente (referenciado na centralidade dos hospitais psiquiátricos). São importantes, além disso, as experiências institucionais desenvolvidas em alguns municípios em vigência de políticas públicas convergentes com referenciais da reforma psiquiátrica. Finalmente, a expansão do modelo decorre da ação política que culminou no surgimento de portarias que terminaram por padronizar procedimentos, equipes e demais características da instituição.

Ainda que exista uma tendência em analisar o processo de implantação e expansão dos CAPS como uma parte do desenrolar da reforma psiquiátrica (Guljor, 2003; Koda, 2002; Yasui, 1999), é possível identificar três fases claras nestes processos. Estas não coincidem, exatamente, com as fases usualmente utilizadas para sistematizar os períodos da reforma. Os períodos têm como referência o panorama nacional no que diz respeito às portarias do Ministério da Saúde vigentes. São elas:

- 1) **1987-1991**- período em que os serviços implantados tinham caráter experimental. Estas experiências eram fortemente ligadas a iniciativas políticas sensibilizadas por referenciais da reforma psiquiátrica.
- 2) **1991-2002**- neste período existiam já formas de repasse financeiro às secretarias que optassem por implantar serviços de tratamento psiquiátrico alternativos aos hospitais como os CAPS, NAPS e hospitais dias. Este período inicia-se com a portaria 189/1991 e termina com a portaria 189/2002.
- 3) **2002- dias atuais** - neste período o formato dos CAPS, seus procedimentos, equipe e papel social estavam consolidados, assim como as formas de incentivo financeiros

para implantação e manutenção. O que caracteriza esta fase é a consolidação do modelo no que diz respeito ao perfil institucional e às práticas terapêuticas desenvolvidas em seu âmbito.

Assim, existe uma forte relação entre a expansão dos CAPS com a legislação em saúde mental no país. O surgimento e aperfeiçoamento de portarias foram ao longo dos últimos quinze anos simultaneamente definindo o perfil institucional e retratando os Centros de Atenção Psicossocial.

A tabela a seguir sintetiza as principais portarias e leis relacionadas à saúde mental e que foram determinantes nestas fases.

### Quadro III - Principais portarias relacionadas à Normatização dos CAPS

Lei/Portaria	Determinações
Portaria SNAS 189 19 novembro de 1991	Determina pagamento diferenciado por procedimentos terapêuticos desenvolvidos em CAPS
Portaria SNAS 224 29 de janeiro de 1992	Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Caracteriza os CAPS/NAPS, determina sua equipe e diretrizes gerais acerca de seu funcionamento. Estabelece padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental.
Portaria 336/GM, 19 fevereiro 2002	Determina as equipes mínimas dos CAPS e divide a instituição em diferentes modalidades, CAPS I, II, III,i, Ad. Deixa de utilizar a denominação NAPS.
Portaria 189 20 de março de 2002	Define normas e diretrizes para organização dos serviços. Estabelece forma e valores de repasse por procedimento do CAPS. Classifica os procedimentos a serem realizados nos serviços e as características dos usuários passíveis de serem submetidos a eles. Determina o processo de cadastramento de pacientes e dos serviços, estabelecendo critérios para isto.
Portaria SAS n 305 03 maio de 2002	Estabelece normas de cadastramento e funcionamento dos CAPS destinados a pacientes portadores de transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas
Portaria n 1455/GM 31 de julho de 2003	Definiu incentivo financeiro de implantação de CAPS e para seu funcionamento
Portaria GM 1947 10 de outubro de 2003	Aprova plano estratégico de expansão dos CAPS para infância e adolescência e destina verba para estas instituições

#### ***Primeiro Período: 1987-1991***

Neste período prevalecem as experiências institucionais ocorridas em circunstâncias políticas sensíveis à reformulação das práticas em saúde mental. As mais relevantes foram o surgimento do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e dos Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, chamado Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi inaugurado em março de 1987 em São Paulo, na região da Bela Vista.

Sua área de cobertura compreendia 15 bairros, com uma população de aproximadamente 1,5 milhões de habitantes. Segundo Guljor (2003), a implantação do serviço decorreu não de uma política de saúde mental que envolvia todo o município, mas da iniciativa de um grupo de profissionais referenciados por princípios da reforma psiquiátrica e ligados à Secretaria de Saúde do Estado. O projeto de implantação ocorreu ainda em vigência de uma política de saúde do Estado que havia sido iniciada em 1973 com expansão das ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde e criação de novos ambulatórios de psiquiatria.

A instituição implantada tinha como diferencial oferecer continência multiprofissional, estimular o desenvolvimento de habilidades necessárias ao exercício da vida social, respeito à singularidade do sujeito, adequar o atendimento à atenção integral não baseada exclusivamente na remissão de sintomas. O projeto compreendia-se ainda como uma estrutura intermediária à vida comunitária e ao hospital psiquiátrico e entre seus objetivos estava sistematizar práticas de cuidados intensivos a pacientes psiquiátricos em direção à desinstitucionalização.

A coordenação do projeto definia como potenciais usuários pessoas que fossem socialmente inválidas, diferentes e especiais de ser, pessoas cronificadas por abandono institucional de várias ordens, clientela com maiores comprometimentos psíquicos (incluindo drogadição), pessoas com dificuldades de contato interpessoal, pessoas com limitações sociais (Guljor, 2003). Estes pacientes eram atendidos entre uma e cinco vezes por semana, algumas vezes permanecendo durante todo o dia na instituição.

As principais referências para as práticas diárias do CAPS Prof. Luiz Cerqueira foram os Centros de Atenção Psicossocial criados em Manágua (Nicarágua) no contexto da revolução sandinista (Pitta, 1994). Estes espaços utilizavam líderes comunitários, desenvolviam parcerias com instituições já existentes, como paróquias, recursos que

inspiraram a experiência em São Paulo. Da mesma forma, estava presente a noção de equipe multidisciplinar e responsável por demanda psiquiátrica da região de cobertura, assim como a realização, numa mesma instituição, de procedimentos de prevenção, tratamento e reabilitação.

A abordagem procurava construir uma prática clínica não baseada no reconhecimento de sintomas, mas na produção de um sujeito social (Goldberg, 1996). O referencial não era assim a noção de doença como distúrbio, mas tratar a doença a partir de um campo terapêutico “dilatado”. A experiência desenvolvida em São Paulo serviu como referência na definição de diversas práticas inseridas nos CAPS sistematizadas posteriormente em nível nacional. O CAPS Luiz Cerqueira inaugurou, por exemplo, a incorporação à equipe profissionais não pertencentes à área clínica como professores de educação física e artística, artesões, entre outros profissionais que se adequassem ao projeto da instituição. Surgiram também as noções de equipe multidisciplinar e da inserção das ações em território.

Tendo como referência os processos de desinstitucionalização ocorridos na Itália, a experiência de Santos também inaugurou diversas práticas que iriam ser posteriormente incorporadas ao modelo dos CAPS. Ao contrário do ocorrido em São Paulo, o surgimento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos decorreu de um projeto desenvolvido com plena governabilidade da gestão municipal que estruturou o plano de governo com referência do Sistema Único de Saúde nos moldes estabelecidos na Oitava Conferência Nacional de Saúde (Guljor, 2003). Em 1989 iniciou-se uma gestão ligada ao Partido dos Trabalhadores que criaria experiências emblemáticas relacionadas à reforma psiquiátrica. A primeira ação na reestruturação das instituições de saúde mental se relacionava à intervenção no hospital psiquiátrico existente no município. Em 1989 começaram a surgir denúncias de maus tratos a pacientes na Casa de Saúde Anchieta e, mediante determinação do

governo municipal foi realizada foi decretada intervenção pública da instituição.

Foi então nomeado interventor e constituiu-se uma equipe de trabalho que iniciou um processo de desconstrução da Casa de Saúde. Ao longo deste processo foi estabelecido como objetivo a criação de serviços de referência de saúde mental que tivessem papel substitutivo ao hospital em fechamento. Neste contexto surgiram os NAPS. Estes protótipos tinham funcionamento ininterrupto e eram responsáveis por toda e qualquer demanda psiquiátrica e psicológica do território. Ao contrário das instituições abertas de tratamento psiquiátrico existentes até então, os NAPS tinham 06 leitos e realizavam intervenções nos domicílios dos usuários. Ao final de 07 anos de gestão, foram implantados cinco NAPS no município de Santos articulados a outros serviços de saúde mental: um Centro de Atenção Toxicodependente, Centro de Valorização da Criança entre outros.

O projeto institucional na ocasião incluía a humanização do espaço (pinturas artísticas nas paredes feitas por usuários) e regionalização do atendimento com responsabilização de toda a demanda de saúde mental do território de referência. Fazia ainda parte do projeto criar interlocução com as organizações locais como igrejas e sindicatos; responsabilização da equipe o cuidar da pessoa, evitando o abandono e respeitando sua subjetividade; atendimento à crise, fundamental para que a instituição se tornasse substitutiva ao hospital (Chioro, 1998) Para tal, os NAPS tinham uma equipe de 33 profissionais (dois médicos, dois assistentes sociais, dois enfermeiros, dois psicólogos, três terapeutas ocupacionais, um agente de saúde e vinte e um auxiliares de enfermagem).

A partir destas descrições, o quadro abaixo sintetiza algumas das diferenças quanto às primeiras experiências de Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial do país:

Quadro IV - Comparação entre as primeiras instituições de atenção psicossocial brasileiras no âmbito da reforma psiquiátrica

<b>Aspecto</b>	<b>CAPS Luiz Cerqueira</b>	<b>NAPS Santos</b>
Status	Estrutura intermediária entre hospital psiquiátrico e comunidade	Estrutura substitutiva ao hospital psiquiátrico
Reabilitação	Ocorria através e em paralelo ao tratamento	Identificava a reabilitação psicossocial como um processo social que incluía resgate de autonomia, liberdade e cidadania
funcionamento	Nove horas/dia de segunda a sexta	Funcionamento 24 hs/dia todos os dias
Leitos	Não	Sim

***Segundo Período: 1991-2002***

Em 2005 o Ministério da Saúde emitiu um relatório com a evolução da Reforma Psiquiátrica, avaliando seu percurso, ganhos, dificuldades e vitórias neste período. Em 1991, segundo o documento, ocorreu o alinhamento da política nacional de Saúde Mental com a Reforma Psiquiátrica com a sistematização do modelo, ampliação das experiências, redução do número de leitos psiquiátricos em hospitais e ampliação do número de leitos em CAPS. A partir daí surgiram diversas leis e portarias que regularizavam formas de implantação e práticas ligadas à Saúde Mental. A tabela abaixo mostra a evolução do número de leis relacionadas à saúde mental e normas sancionadas.

**Quadro VI - Número de Leis e portarias de Saúde Mental, Sancionadas entre 1991 e 2003**

<b>Ano</b>	<b>Leis Sancionadas</b>	<b>Normas Sancionadas</b>
<b>1990</b>	0	0
<b>1991</b>	00	01
<b>1992</b>	01	03
<b>1993</b>	01	02
<b>1994</b>	01	03
<b>1995</b>	04	00
<b>1996</b>	01	00
<b>1997</b>	00	00
<b>1998</b>	00	00
<b>1999</b>	01	02
<b>2000</b>	00	04
<b>2001</b>	01	03
<b>2002</b>	01	13
<b>2003</b>	02	08

A evolução da expansão dos CAPS no país acompanhou a edição de portarias e leis que incentivaram a implantação destes serviços. A centralidade do modelo se baseia no seu papel atribuído pelo Ministério da Saúde e pelos recursos financeiros utilizados como incentivo à sua expansão. Em 1991 o Ministério da Saúde adotou a portaria 189/91, segundo Amarante (1997) já influenciado pelas experiências de Santos e São Paulo e pelo movimento da reforma psiquiátrica. Esta portaria permitiu a diversificação de procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde e viabilizava o financiamento de NAPS, CAPS, Hospitais-dia.

Em 1992 surgiu a portaria SNAS 224 que caracterizava os CAPS/NAPS como *“unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população descrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”*. A definição abria ainda espaço para o funcionamento durante 24 hs, sete dias por semana, estabelecia a equipe mínima com um médico psiquiatra, um

enfermeiro e quatro profissionais de nível superior. A mesma portaria descrevia o funcionamento de hospitais-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidades psiquiátricas em hospital geral e estabelecia forma de repasse de verbas sob forma de incentivo aos serviços prestados por estas instituições.

### ***Terceiro Período: 2002-dias atuais***

O processo de padronização dos CAPS ocorrida neste período compreende dois processos: 1) o recadastramento de instituições já existentes que deveriam se adequar às novas portarias do Ministério da Saúde. 2) a sistematização de parâmetros para o cadastramento de novos serviços, com a ampliação de modalidades de CAPS.

O recadastramento dos serviços já existentes, o estabelecimento de critérios para a criação de novos CAPS, assim como a sistematização de formas de fiscalização e controle institucional promoveu uma homogeneidade dos serviços, tanto quanto às práticas terapêuticas como quanto aos princípios de referência. O aumento do número de CAPS foi estimulado ainda pela criação de recursos financeiros repassados como incentivos para a implantação e desenvolvimento de centros comunitários de tratamento. O objetivo, segundo o Ministério da Saúde, foi o deslocamento de recursos destinados aos hospitais para instituições de caráter comunitário de tratamento. O recadastramento de instituições já existentes ficou a cargo da Secretaria de Saúde do Estado, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro VII - Portaria 189 de 20 de março de 2002: Processo de cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial

<b>1- requerimento dos gestores municipais à Comissão Intergestores Bipartite.</b>	
<b>Documentação exigida:</b>	
	a) Documentação da Secretaria de Saúde e do Gestor
	b) Projeto Técnico do CAPS
	c) Planta baixa do CAPS
	d) Discriminação da Equipe Técnica, com currículos anexados
	e) Relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde, realizada na instituição que avalia as condições de funcionamento para fins de cadastramento. Nesta vistoria são avaliados área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e outras exigências da portaria GM/MS, n 336 de 19 de fevereiro de 2002.
<b>2) Aprovação do cadastramento pela Comissão Intergestores Bipartite</b>	
<b>3) Remessa do processo para a Área Técnica de Saúde mental/ASTEC/SAS que deverá emitir parecer</b>	

A portaria 336 criada em 2002 definia a existência de diferentes modalidades de CAPS, extinguiu a denominação dos NAPS, entretanto utiliza-se de sua proposta (funcionamento 24 hs, papel estratégico na substituição dos hospitais psiquiátricos, adoção de leitos) na definição dos CAPS III.

A definição dos CAPS, suas equipes mínimas e populações mínimas para a implantação, segundo a portaria 336/2002 se encontram sistematizadas no quadro a seguir:

**Quadro VIII - CAPS, Caracterização por modalidade quanto à equipe e população municipal mínima para implantação.**

<i>Tipo de CAPS</i>	<i>Equipe Mínima</i>	<i>População municipal mínima para implantação</i>
<b><i>CAPS I</i></b>	1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior: psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional que se adeque ao projeto terapêutico 4 profissionais de nível médio	População entre 20 e 70 mil habitantes
<b><i>CAPS II</i></b>	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de saúde mental 6 profissionais de nível médio	70.000 a 200.000 habitantes
<b><i>CAPS III</i></b>	2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro com formação em saúde mental 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível médio	Mais de 200 mil habitantes
<b><i>CAPS álcool e drogas</i></b>	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 1 médico clínico 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio	70.000 a 200.000 habitantes ou mais de 200 mil habitantes
<b><i>CAPS i</i></b>	1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 5 profissionais de nível médio	Mais de 200 mil habitantes

Os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde serviram de incentivo para a implantação destas instituições que podiam incorporar em seus quadros funcionários públicos já contratados, o que minimizava seu custo. A implantação de um CAPS passou a ser uma forma de captação de recursos para muitos municípios. Isso tornou o modelo institucional peça fundamental na estratégia de criação de uma rede substitutiva aos

hospitais psiquiátricos no país (Onocko-Campos & Furtado, 2006). Da mesma forma, passou a existir uma orientação sobre as possíveis instituições de tratamento psiquiátrico a serem implantadas de acordo com a população municipal. Este conjunto de portarias possibilitou que fosse criado um panorama planejado de atenção em saúde mental no país, que passou a incluir, ainda que potencialmente, todos os municípios em território nacional. A tabela abaixo sistematiza o panorama institucional previsto em relação à população dos municípios.

**Quadro IX - Atenção em Saúde Mental e População Municipal**

<b>População municipal</b>	<b>Rede de saúde mental prevista</b>
municípios até 20.000 habitantes	rede básica com ações de saúde mental
Municípios entre 20 a 70.000 habitantes	CAPS I e rede básica com ações de saúde mental
Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes	CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental
Municípios com mais de 200.000 habitantes	CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Segundo o Ministério da Saúde, (2004), ainda, “*A composição da rede deve ser definida seguindo estes parâmetros mas também atendendo a realidade local.*” O que abria espaço para a possibilidade de implantação de serviços fora dos limites da portaria de acordo com particularidades municipais.

A expansão dos CAPS é ilustrada na tabela abaixo que mostra a evolução do número de Centros de Atenção Psicossocial implantados no país. Após 2002, o processo de implantação de CAPS acelerou-se, sendo que em julho de 2006 já se encontravam inaugurados 884 CAPS.

**Quadro X - Evolução do número de CAPS/NAPS (1992-2003)**

<b>Ano</b>	<b>Número de CAPS no Território Nacional</b>
<b>1996</b>	154
<b>1997</b>	176
<b>1998</b>	231
<b>1999</b>	237
<b>2000</b>	253
<b>2001</b>	295
<b>2002</b>	424
<b>2003</b>	448

Fonte - Ministério da Saúde, 2005.

O processo de implantação e o aumento do número de unidades no país acompanharam a diminuição do número de leitos psiquiátricos. A lei federal 10216 de 06 de abril de 2001 instituiu uma política de desospitalização, com a diminuição sistemática do número de leitos em grandes hospitais e a ampliação de serviços ambulatoriais e comunitários em substituição a serviços hospitalares. O financiamento dos CAPS decorria assim da utilização de recursos utilizados para pagamento de internações em hospitais psiquiátricos.

Em 1997, 6,86 % dos recursos do SUS destinados à saúde mental eram investidos em serviços extra hospitalares. Em 2001, data da aprovação da lei 10.216,

aproximadamente 90% dos recursos destinados à saúde mental no país eram destinados ao custeio de internações psiquiátricas. Em 2004 esta proporção havia subido para 36,16 % . (Ministério da Saúde, 2005). Em junho de 2006, 44% destes recursos já eram destinados a CAPS (O Globo, 27/07/2006).

Quanto à forma de repasse do Ministério da Saúde, conforme a portaria SNAS 189 de 1991, os procedimentos desenvolvidos no CAPS eram repassados às Secretarias Municipais de Saúde pelo Ministério da Saúde, o que continuou acontecendo após 2003 com a portaria 1455/GM. O teto de recolhimento dos CAPS variava com sua modalidade, conforme descrito na tabela abaixo.

**Quadro XI - Valores de Incentivo Financeiro para os CAPS**

Denominação do serviço implantado	Valor do incentivo mensal (teto)	Valor do incentivo de implantação do serviço
CAPS I	\$ 20.000,00	\$ 20.000,00
CAPS II	\$ 30.000,00	\$ 30.000,00
CAPS III	\$ 50.000,00	\$ 50.000,00
CAPS AD	\$ 30.000,00	\$ 50.000,00
CAPS i	\$30.000,00	\$ 30.000,00

*Fonte: Legislação de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 2003.*

Um dos motivos da centralidade dos CAPS em relação à saúde mental dos municípios é o valor dos incentivos de implantação e manutenção. Para que seja possível ter-se uma dimensão do impacto deste incentivo, serão descritos a seguir os custos com recursos humanos num Centro de Atenção Psicossocial. Os dados abaixo têm como base na

equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, com referência no salário de maio de 2005 no município onde foi realizado trabalho de campo, Pedreira.

**Quadro XII - Gastos da Saúde Mental Recursos Humanos, Pedreira, SP**

<b>Equipe de CAPS I preconizada pelo Ministério da Saúde</b>	<b>Salário em 2003 + encargos</b>	<b>Num serviço ambulatorial estes profissionais atenderiam mensalmente (n consultas)</b>	<b>O que corresponderia a um recolhimento de (valor pago pelo SUS x n de procedimentos)</b>
Enfermeira- 40 horas semanais	\$ 2527,22	320	2,50 x 320= R\$ 800,00
Psiquiatra- 40 horas semanais	\$ 4110,30	320	2,50 x 320= R\$ 800,00
Terapeuta Ocupacional – 40 horas semanais	\$ 2527,22	160	2,50 x 160= R\$ 400,00
Psicólogo - 40 horas semanais	\$ 2527,22	160	2,50 x 160= R\$ 400,00
Psicólogo - 40 horas semanais	\$ 2527,22	160	2,50 x 160= R\$ 400,00
Assistente Social - 40 horas semanais	\$ 2527,22	160	2,50 x 160= R\$ 400,00
profissional de nível técnico - 40 horas semanais	\$ 432,40	00	00
profissional de nível técnico - 40 horas semanais	\$ 432,40	00	00
<b>Total</b>	<b>\$17611,20</b>		<b>\$ 3200,00</b>

*Fonte: Prefeitura Municipal de Pedreira, Recursos Humanos.*

Conforme podemos observar, o valor repassado como incentivo aos CAPS não só é suficiente para pagamento de equipe como ultrapassa a totalidade dos salários acrescidos de encargos. Por outro lado, se estes mesmos técnicos estivessem trabalhando em regime ambulatorial, o valor repassado por procedimento ao município corresponderia a apenas 18,17% da folha de pagamento.

A implementação de incentivos financeiros à implantação destes serviços fortaleceu o alcance da Reforma Psiquiátrica e do modelo do Centro de Atenção Psicossocial.

Conforme observamos, o modelo CAPS não implica em encargos extras ao município em relação ao pagamento de recursos humanos e viabiliza, no plano financeiro, a assistência em Saúde Mental no setor público. A mudança do modelo, por sua vez, de assistência hospitalar referenciada por uma rede de ambulatórios de saúde mental para o CAPS, é vantajosa financeiramente aos municípios, em especial àqueles de pequeno porte.

O modelo CAPS reúne características de financiamento, de operacionalidade, referenciais teóricos e critérios de bom desempenho que viabilizam sua implantação e funcionamento na maior parte do território nacional. A instituição, no entanto, é, de forma geral, estudada a partir de referenciais ligados à construção do modelo. Isto é, os CAPS têm sido vistos a partir dos referenciais da reforma psiquiátrica ou no âmbito sanitário. Estes referenciais possibilitam que os CAPS sejam *avaliados*, isto é, estudados no cumprimento de metas, no desempenho dos pressupostos da reforma ou quanto à sua articulação dentro dos sistemas de saúde. Ou mesmo na capacidade do modelo em gerar autonomia, respeitar a subjetividade de seus usuários. Assim, o referencial de análise institucional é a própria reforma psiquiátrica, o que torna a maior parte dos estudos de dentro do movimento para dentro do movimento, num diálogo interno.

Almeida (2002) realizou uma discussão acerca de avaliação dos serviços prestados num CAPS em Irajá (RJ), identificando como melhores critérios o grau de satisfação de usuários, trabalhadores e familiares além de inserção familiar. Critérios como reinserção no mercado de trabalho e reorganização da capacidade econômica foram identificados como secundários no estudo realizado. Andreoli et al (2004) estudaram em Santos, em 2001, o perfil diagnóstico e as características gerais do atendimento realizado nos CAPS do município. A preocupação dos autores foi identificar em que medida as instituições cumpriam com o que era esperado delas em relação a estes critérios. Pelisoli e Moreira

(2005) caracterizaram, da mesma forma o perfil epidemiológico de um CAPS no Rio Grande do Sul, tendo identificado que o mesmo não é adequado ao esperado, prevalecendo pacientes neuróticos e com baixa adesão ao tratamento. As autoras sugerem finalmente que alterações nas práticas institucionais sejam realizadas no espaço estudado.

Os CAPS têm sido estudados, ainda, em relação ao processo de trabalho desempenhado por funcionários ligados à instituição. Rabelo e Torres (2006) investigaram a forma com que os trabalhadores de saúde mental de Goiânia (GO) percebem e interpretam a reforma psiquiátrica. Figueiredo e Rodrigues (2004) realizaram estudo descritivo acerca das práticas diárias dos psicólogos de CAPS localizados no Espírito Santo, identificando que a maior parte destas atividades eram clínicas e não necessariamente ligadas aos referenciais de atenção previstos pelos CAPS.

Estas avaliações têm, sobretudo, dois referenciais: identificação de pontos falhos relacionados ao processo da reforma e análise institucional e no processo histórico a partir dos referenciais do próprio processo. O primeiro tem caráter pragmático, o segundo reforça o processo e consolida o modelo. Ambos os referenciais são voltados para o interior da própria reforma e seu principal modelo institucional.

Assim, ainda que a literatura seja extensa acerca de CAPS e mesmo da reforma psiquiátrica, os estudos não envolvem análise externa. Nem do que diz respeito à instituição CAPS, nem em relação ao processo do qual o modelo decorre. Por outro lado, a quase totalidade dos estudos localiza a instituição CAPS com base na referência direta à história de sua constituição. A literatura tende a identificar os CAPS num contexto de reforma cujos princípios políticos de restituição de cidadania, liberdade e inclusão social de portadores de transtornos mentais não se dissociam das características institucionais.

Assim, realizar uma etnografia do CAPS procura um distanciamento necessário e busca identificar as ideologias institucionais como fatos a serem analisados e não como referências literárias. Da mesma forma, permite que as práticas diárias não remetam continuamente à história da reforma ou à necessidade de avaliar a eficácia dos procedimentos terapêuticos ou a consonância destes com os ideais do movimento.

### Capítulo III- O Universo de Relações Sociais Reconstruído

---

Este capítulo apresenta a etnografia, realizada em 2003, do Centro de Atenção Psicossocial de Pedreira, descrevendo, como pano de fundo, os acontecimentos que antecederam à sua origem, em 1995. Neste primeiro momento o estudo foi dirigido a um grupo de pacientes que participava de diversas atividades terapêuticas supervisionadas por um grupo de profissionais de saúde mental em Pedreira. Estas atividades ocorriam em diferentes espaços institucionais: numa horta comunitária, num centro de saúde e, posteriormente, numa casa cujo projeto era constituir CAPS. Neste último espaço, as atividades estavam recém iniciadas, ainda que o serviço não tivesse cadastramento junto ao Ministério da Saúde, portanto, sem que fosse caracterizado como CAPS tanto em nível estadual quanto em nível nacional.

Este primeiro momento estudado corresponde a um período anterior à história do CAPS e se caracteriza pelo desenvolvimento de experiências de práticas terapêuticas com diferentes referências. Estas eram provenientes de hospitais psiquiátricos, de experiências institucionais ligadas à reforma psiquiátrica e ainda de comunidades terapêuticas. Esta primeira descrição também contempla diferentes protagonistas: psiquiatra, trabalhadores do setor público da área de saúde, paroquianos de uma região rural de Pedreira. Todos estes de alguma forma motivados pela perspectiva de elaboração de práticas de saúde mental não centradas no uso de medicações psiquiátricas. Este período anterior à implantação do CAPS não descreve uma instituição, mas um conjunto de procedimentos de caráter experimental que serviram de base na elaboração do CAPS, descrito no segundo período do estudo, em 2003.

Em 1995, as possibilidades de práticas a serem experimentadas eram muito mais numerosas e, assim, seus insucessos eram parte do processo experimental. Conseqüentemente, a maior parte destas experimentações foi abandonada entre os dois períodos do estudo. Ao contrário, em 2003, as práticas eram validadas numa perspectiva nacional, ou seja, o CAPS em questão seguia os procedimentos sugeridos pelo Ministério da Saúde. O campo da etnografia foi assim a instituição já implantada, com práticas e rotinas terapêuticas já instituídas, consolidadas e incorporadas ao dia a dia do CAPS.

### **1) 1995: A Construção do Centro de Atenção Psicossocial de Pedreira**

O processo que deu origem ao CAPS de Pedreira desenvolveu-se a partir das práticas de uma equipe de saúde mental que atuava no município desde 1993. Este grupo de profissionais, composto por psiquiatra e psicólogas desenvolvia atendimento a pacientes psiquiátricos encaminhados por especialidades médicas no centro de saúde do município. Segundo as psicólogas entrevistadas, o tratamento oferecido era baseado em atendimentos individuais e alguns poucos grupos. Na ocasião, iniciava-se uma nova gestão municipal e o prefeito, segundo ainda as entrevistadas, considerava-se progressista. A isto se somou a contratação de uma psiquiatra no ano anterior, o que não existia anteriormente, dando impulso para o desenvolvimento de novo programa em saúde mental. A idéia de levar um CAPS à Pedreira acompanhou o projeto de implantar o programa de saúde da família, também pouco difundido na ocasião. Um dos relatos sobre o processo de construção e implantação da instituição no município foi dado por Nana, psicóloga do setor público desde 1994 em Pedreira:

*“Em 1995, a psiquiatra que trabalhava no município chamou eu e outra psicóloga para gente montar o projeto para fazer o CAPS. Na época ninguém sabia o que era direito. A gente foi ver o que precisava. Vimos que precisava de uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Assistente social a gente já tinha no município e fomos então contratar a t.o. (terapeuta ocupacional). Montamos o projeto e os pacientes começaram a ir para o Centro de Saúde para fazer outras coisas além de ir só para a consulta médica com a psiquiatra”.*

As *outras coisas* às quais se referia a psicóloga entrevistada faziam parte de uma concepção de saúde mental que reconhecia a importância de procedimentos não médicos, como atividades de terapia ocupacional na horta, psicoterapia de grupo, terapia corporal. A equipe que já desenvolvia atividades, somaram-se outros profissionais. O aumento da equipe ocorreu para atender a normas do Ministério da Saúde quanto ao número mínimo de profissionais necessários e, desta forma, o serviço poder ser denominado Centro de Atenção Psicossocial, conforme descrição de normas de implantação discutidas no capítulo anterior. Com o aumento do número de profissionais, houve uma modificação no processo de trabalho: os profissionais passaram a trabalhar de forma integrada, com reuniões regulares e, com a diversificação das atividades, algumas eram feitas com mais de um funcionário. Com o crescimento do número das ofertas terapêuticas aos pacientes psiquiátricos, a prefeitura foi pressionada pela equipe a ceder espaços mais apropriados às atividades.

*“A partir daí a Prefeitura ofereceu pra gente um prédio de escola primária que funcionava de manhã e podia funcionar como CAPS de tarde. A DIR foi até lá e é lógico que disse que não podia. Então a gente teve o aval da DIR para dizer não para*

*a prefeitura. Então um padre ofereceu a Paróquia, que ficava afastado do centro e a DIR (Diretoria Regional de Saúde- XII sessão) também disse que não, é lógico. Mas tinha um terreno perto da paróquia e a TO começou a fazer uma horta com os pacientes. Os usuários que participaram da horta ajudaram então a gente a montar o CAPS.”*

Conforme o relato, a Igreja Católica local passou a emprestar um terreno para o desenvolvimento de uma horta comunitária. Esta foi implantada na Paróquia de Entremontes, bairro localizado a aproximadamente 06 quilômetros do centro de Pedreira, acessível por estrada de terra. A idéia era, a princípio, que os pacientes psiquiátricos não fossem os únicos envolvidos nesta horta, mas que participassem também os deficientes físicos do bairro e da região. O projeto teria uma administração conjunta, da Secretaria Municipal de Saúde e da Paróquia local, através do próprio padre e de representantes. O terreno foi cercado e em julho de 95 a horta foi inaugurada numa cerimônia no próprio local, com participação dos paroquianos, autoridades locais e dos profissionais ligados à Secretaria de Saúde. Nesta cerimônia foi montado um palanque sobre um caminhão, com a realização de diversos discursos.

A utilização do espaço cedido para o desenvolvimento de atividades da saúde mental ilustra os diferentes poderes envolvidos na construção do CAPS de Pedreira:

1. O poder público municipal, na figura de um prefeito que negociava diretamente com a equipe para a implantação do serviço.
2. A DIR (Diretoria Regional de Saúde), encarregada de ações de apoio, assessoria e fiscalização dos CAPS. Segundo os entrevistados, a DIR constituía em 1995 uma referência logística para implantação dos CAPS.

1. A Igreja local, que dava à instituição em implantação um caráter filantrópico e beneficente.
2. A equipe de saúde mental, ativa na construção do programa.

Desta forma, é possível verificar que o projeto não correspondeu às experiências que haviam sido desenvolvidas em municípios como Santos e São Paulo, havendo uma intensa negociação com o poder local. Este parece ter concepções próprias a respeito desta instituição e, conseqüentemente, das práticas a serem desenvolvidas no local.

Nos meses subseqüentes ao início das atividades em Entremontes, surgiram várias dificuldades:

1- Recursos financeiros (o projeto demandava investimento superior ao que a Prefeitura Municipal estava disposta a investir);

2- Localização de Entremontes, distante de Pedreira em seis quilômetros de estrada de terra, o que dificultava o acesso ao espaço das atividades. Segundo a equipe, desenvolver atividades a esta distância do centro da cidade implicava em mais isolamento aos pacientes em atendimento.

3- Finalmente, a terceira dificuldade dizia respeito à relação da equipe terapêutica com a igreja local. A igreja, representada pelos paroquianos, fazia reuniões semanais quando eram discutidas as atividades junto aos pacientes. Os paroquianos correspondiam para os entrevistados como uma categoria imprecisa, na qual estavam incluídos os moradores locais envolvidos com a horta, o padre e moradores ligados à escola de Entremontes.

Após algumas semanas, o grupo de profissionais deixou de ir a estes encontros semanais, devido a divergências acerca do tratamento que deveria ser dado aos pacientes psiquiátricos. Por exemplo, a equipe insistia na particularidade dos pacientes atendidos e não

concordava com a insistência de inclusão de deficientes físicos na horta ou nas orações realizadas após as reuniões.

Esta ruptura progressiva com a Igreja local, marcada pelas discussões entre a paróquia e a equipe terapêutica em saúde mental, levou o grupo de profissionais a realizar então uma nova pressão sobre o prefeito para que fosse cedido um espaço mais apropriado para as atividades. Este deveria então ser: central, não ligado à igreja e onde os pacientes pudessem desenvolver atividades terapêuticas. Neste período, além da horta comunitária, as psicólogas e terapeuta ocupacional usavam a Igreja, salas de aula de escola em Entremontes, salas do posto de saúde para atividades terapêuticas como terapia corporal, de grupo, expressão corporal e atendimento individual.

Ainda que todo este processo ocorresse dentro de uma negociação entre Prefeitura Municipal e a equipe de saúde mental, houve um significativo trabalho de apoio e assessoria por parte da DIR-12 (que promovia as visitas a outros serviços já implantados e apoiava as discussões com a prefeitura municipal) e da superintendência do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, que a partir de 1990 havia iniciado um processo de reformulação das práticas institucionais segundo moldes da Reforma Psiquiátrica. Esta assessoria estimulou a pressão junto à prefeitura por um espaço físico no qual todas as atividades pudessem ser desenvolvidas sem proporcionar isolamento. A Prefeitura Municipal, com interesse na captação de recursos do Ministério da Saúde (vide capítulo II) ofereceu então como solução uma casa, localizada em bairro residencial e próxima ao centro da cidade, que servia para alojar atletas de outros municípios que participassem de eventuais competições na cidade. Segundo ainda a psicóloga já entrevistada.

*“Em 1995 fomos para uma casa que ficava num bairro residencial e passamos a funcionar lá. Fizemos muitas atividades, como festa junina pros moradores da*

*região se adaptarem a ter pacientes por perto. Ficamos nessa casa até 1996, quando mudou a gestão”.*

A casa em questão tinha quatro quartos: na cozinha passaram a ser desenvolvidas atividades de culinária com os pacientes, os quartos serviam de local para terapia de grupo, individual e corporal. Num dos quartos foi montada uma biblioteca de livros doados. A centralização destes diversos procedimentos neste espaço permitiu que a instituição fosse caracterizada como um Centro de Atenção Psicossocial e que o grupo passasse a tomar como base outras experiências já desenvolvidas no estado. A equipe realizou então visitas a Santos e São Paulo, em CAPS já implantados, a partir da articulação de saúde mental da DIR-XII. Esta referenciação permitiu que as práticas terapêuticas e a organização institucional a partir de então seguissem um referencial. Ao final de maio de 1995 ocorreu então a inauguração do CAPS de Pedreira. A criação do CAPS não descartou, no entanto, a atividade de horta comunitária desenvolvida durante uma tarde por semana em Entremontes, que continuou existindo até meados de 1996.

A implantação do serviço ocorreu com restrições orçamentárias, o que obrigou a equipe de saúde mental a articular-se com diversos setores da sociedade local. Nos meses de março e abril de 1995, doações foram pedidas a donos de supermercados, empresários e autoridades locais. Já articulados com as acessórias da DIR-12 e do Cândido Ferreira, este procedimento procurou mobilizar a comunidade local. O discurso utilizado na ocasião era de que as verbas doadas seriam destinadas à construção de um centro de tratamento que atenderia indivíduos que normalmente eram internados em sanatórios.

Neste contexto foi realizado o primeiro estudo de campo, com descrições dos eventos e das práticas desenvolvidas no período imediatamente anterior à implantação do CAPS de Pedreira. Conforme pode ser observado, estes primeiros dados sugerem grande

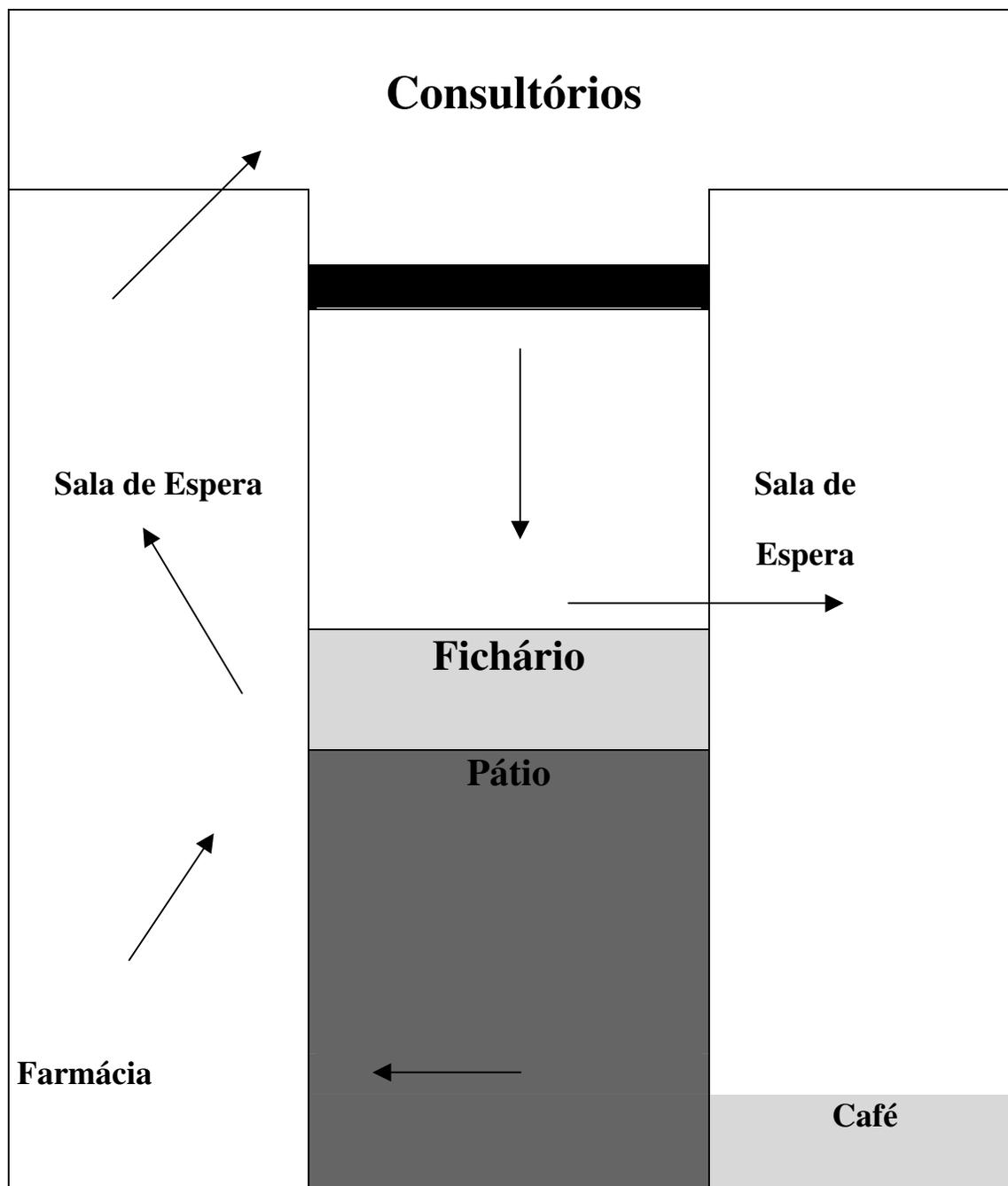
heterogeneidade em relação às práticas que posteriormente viriam a ser modificadas ao longo do período entre 1995 e 2003. Desenvolvido em quatro meses (entre fevereiro e maio de 95), o trabalho de campo ocorreu simultaneamente a visitas às casas dos pacientes ligados à instituição. A investigação envolveu entrevistas, observação de atividades terapêuticas e conversas informais com todos os personagens envolvidos na pesquisa.

Todos os pacientes estudados eram, em média, vinculados há quinze meses ao serviço ambulatorial de psiquiatria e considerados pacientes crônicos, isto é, portadores de uma patologia que deveria ter acompanhamento médico longo e contínuo. A maioria passava a maior parte do tempo em acompanhamento ambulatorial e seguiam vivendo com suas famílias. Ocorriam, eventualmente, internações em algum hospital psiquiátrico da região - geralmente em Amparo e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

### ***1995; Espaços e personagens***

O centro de saúde ocorria parte das atividades dos pacientes realizava atendimentos médicos em diversas especialidades. Num mesmo corredor localizam-se consultórios destinados ao atendimento de pacientes de ortopedia, psiquiatria, cardiologia, pediatria, psicologia. Eram realizados atendimentos agendados e de procura espontânea em clínica médica. Pacientes atendidos pelo psiquiatra eram encaminhados pelos médicos da área clínica. O atendimento médico especializado era centralizado ao posto de saúde, que recebia todos os pacientes com transtornos mentais do município.

Figura II - Centro de Saúde de Pedreira CS II- Albertina Ap. Lopes e o Trajeto dos pacientes da psiquiatria (1995)



Como outros centros de Saúde, o CS II "Albertina Aparecida Lopes", permitia um contato restrito entre funcionários de saúde e pacientes das diversas especialidades. As salas de espera não eram específicas para as especialidades de atendimento. Alguns pacientes esperavam junto às portas dos consultórios, aguardando em filas, quando tinham consulta agendadas. Este era o caso de pacientes psiquiátricos que marcavam retornos periodicamente e

que dificilmente obtinham alta ambulatorial, principalmente os ditos crônicos, como os do grupo estudado. Este tratamento era, até 1995, restrito e exclusivo deste serviço ambulatorial (além das eventuais internações nos hospitais de referência). Todos os pacientes estudados faziam parte de um grupo atendido semanalmente por equipe multidisciplinar num centro de saúde municipal. Todos já haviam sido internados mais de uma vez e, mediante tratamento medicamentoso mantinham-se, no período da pesquisa, vivendo com suas famílias. As atividades no posto de saúde e nos outros espaços utilizados pela saúde mental ocupavam sempre mais de um período por semana. Além do próprio paciente, as atividades envolviam um ou mais membros próximos da família que participava de forma irregular, segundo os entrevistados, de reuniões em grupo com outros familiares.

A consulta médica englobava uma série estereotipada de movimentos: o paciente chegava, entrava por uma porta específica, apresentava-se confirmando sua consulta na recepção (fichário) - sua ficha era levada ao psiquiatra que o atendia. Ele então esperava, junto à porta do consultório até ser chamado e atendido. Após a consulta que durava em média trinta minutos, entregava sua ficha e marcava nova consulta. Com a receita fornecida pelo psiquiatra, ia até a farmácia do posto e recebia seus medicamentos.

O que diferenciava o paciente psiquiátrico dos demais nessa rotina era a frequência com que esta seqüência acontecia. Os pacientes estudados em 1995 repetiam-na semanalmente ou, em alguns casos, a cada 15 dias. Os demais pacientes atendidos no posto eram vistos esporadicamente e a frequência com que eles eram atendidos tornava fácil sua identificação aos funcionários do posto e, conseqüentemente, a ativação de formas específicas de tratamento.

Do movimento descrito faziam parte, além do paciente e do psiquiatra, funcionários da farmácia e do fichário. Estes últimos tinham maior contato com os pacientes, por sua

localização (ver croqui). Ainda que a secretaria estivesse cercada por uma mureta e portas que se fechavam, os funcionários freqüentemente queixavam-se de problemas com estes pacientes.

O convívio entre pacientes psiquiátricos, os outros usuários e funcionários do posto de saúde não era, assim, isento de tensões. Três funcionárias da recepção, já antigas trabalhadoras do posto, que tinham contato direto e diário com os pacientes psiquiátricos os diferenciavam em duas categorias: loucos e drogados. Consideravam os psiquiatras como profissionais que “sabiam lidar com drogados e os loucos”. Para elas, “esses dois tipos de gente eram parecidos porque podiam ficar agressivos”. Os drogados, entretanto, “se acalmam quando a gente fala com eles; eles entendem quando você fala”. Os loucos, ao contrário, eram passíveis de uma agressividade inexplicável e incontrolável, já que era difícil entender os motivos dos seus comportamentos. A loucura era assim, uma “doença mais grave que o uso de drogas”, pois os pacientes eram mais confusos e mais incompreensíveis (não menos compreensíveis).

Para estes funcionários, o contato com pacientes psiquiátricos gerava frequentemente situações curiosas; como um episódio no qual um “*paciente entrou no posto e chutou, sem nenhuma razão, a porta do fichário: não dá para entender*”. As situações, no entanto, que causavam mal estar não se relacionavam com medo destes funcionários em serem agredidos. Contam que numa ocasião, “*uma paciente nos convidou para seu casamento com Jesus Cristo. Eu não soube o que dizer ou o que fazer. Eles têm um comportamento estranho; sempre que você encontra com eles na rua, porque a cidade é pequena, você não sabe se cumprimenta ou não. Acho que eles também não sabem e a gente acaba não se cumprimentando, o que não acontece com os outros pacientes*”.

Os vários impasses deste contato poderiam resumiam-se na questão de “*como se portar diante de um louco*”, conforme uma das funcionárias descreveu. A melhor forma, “*a que funciona melhor, seria tratá-los delicadamente, valorizando tudo o que eles fazem*”.

Contam o caso ocorrido na semana anterior à entrevista, sobre terem elogiado a plastificação de uma carteira de identidade do posto para um paciente do grupo. No dia seguinte, outro paciente também plastificou, com o objetivo, segundo elas, de ser elogiado. Diariamente, seguiram elogiando as plastificações até que oito pacientes plastificaram suas carteiras. Segundo as funcionárias, esta receptividade ocorreu porque estes pacientes eram abandonados por suas famílias e assim sentiam-se desvalorizados, carentes, fragilizados e, por estes motivos "tornam-se crianças", ficando susceptíveis a este tipo de elogio. O mérito desta atitude, da qual elas se orgulhavam, era a "premiação do comportamento normal- de conservação de um bem pessoal", "premiar algo que é certo". Nesta atitude "correta", segundo as funcionárias, estaria a solução da loucura, o incômodo particular que o louco provoca desaparece quando é possível estabelecer contatos compreensíveis.

Segundo funcionários entrevistados do posto de saúde, o louco pode ser caracterizado, comparativamente, conforme o quadro a seguir:

Quadro XIII – Diferença entre loucos e drogados segundo funcionários do centro de saúde

<b>Loucos</b>	<b>Drogados</b>
Difíceis de lidar, abordados apenas pela equipe de saúde mental	Difíceis de lidar mas abordáveis por outros profissionais
Incompreensíveis	Compreensíveis
Despertava muito medo	Despertava medo
Indecisão de como agir	Não causava indecisão
Anormalidade incômoda	Anormalidade não incômoda
Perigosa e invisível	Visível
Tornam-se crianças, regridem	Não regridem

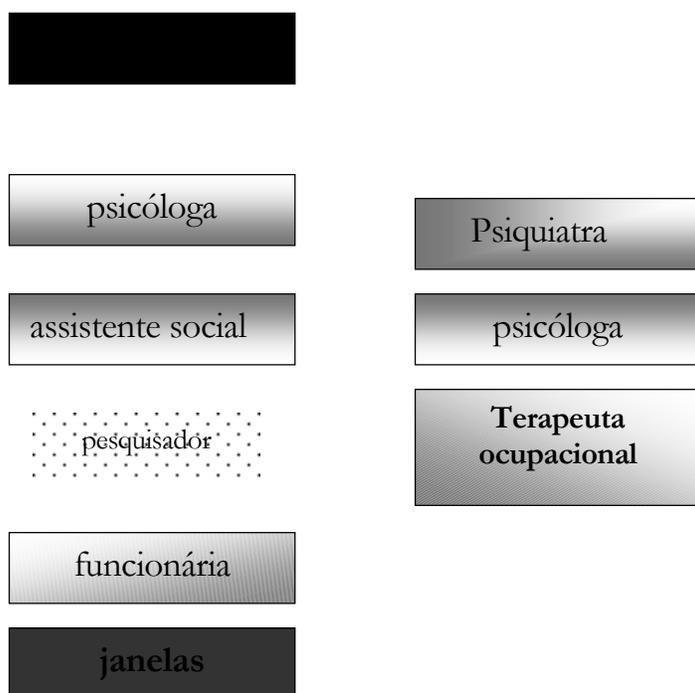
O paciente psiquiátrico era diferente dos demais, e, por sua vez, o louco era diferente dos demais pacientes psiquiátricos. O louco podia responder adequadamente: tornava-se susceptível aos agrados - tornava-se infantil e regredia. Entretanto, um mal estar generalizado persistia ainda que o enlouquecimento estivesse sistematizado, organizado dentro de um sistema. No discurso dos entrevistados era possível observar que a mesma dúvida de como lidar com os pacientes psiquiátricos incentivava o serviço a enviar este atendimento para além do posto de saúde. Quando algumas atividades dos pacientes psiquiátricos foram transferidas para outros lugares houve um alívio entre os funcionários do posto de saúde pela perspectiva de que o atendimento individual de todos os pacientes psiquiátricos também fossem transferidos.

Segundo os funcionários do posto de saúde, os únicos que realmente sabiam como lidar com os loucos eram os membros da equipe terapêutica. Estes trabalhadores diziam que "ficavam encantados" quando viam como estas pessoas sabiam se aproximar destes pacientes,

mesmo quando eles estavam agitados. Esta característica: lidar com os loucos ajuda, assim, a categorizar os membros da equipe.

A própria equipe de saúde mental que atuava no posto de saúde corroborava esta noção. A seguir é descrita uma reunião ocorrida durante o trabalho de campo ocorrido em 1995. Na ocasião, a equipe descrita reunira-se para discutir os projetos da área. Uma das participantes da reunião era funcionária do posto e havia sido remanejada para cumprir funções burocráticas dentro do projeto, como organização de arquivos, requerimento de verbas, documentação - não possuía curso superior ou era ligada a área de saúde mental. O esquema abaixo descreve a disposição espacial na sala dos participantes do encontro:

Figura III - Disposição dos profissionais de saúde mental em reunião (1995)



Durante o encontro, a funcionária remanejada mostrou ter um papel secundário, intervindo apenas quando isto era solicitado. Em vários momentos a discussão rumava para a descrição clínica dos pacientes – ocorria então constrangimento, por parte de alguns dos trabalhadores de saúde mental. Após aproximadamente uma hora, esta funcionária pediu licença e saiu à procura de um copo de água. Uma das psicólogas interrompeu então imediatamente o assunto em discussão e pediu uma definição à equipe sobre a postura de discutir ou não casos clínicos diante da funcionária, uma vez que ela era leiga. Decidiu-se que os casos não seriam discutidos diante dela.

Após a sua volta à sala, a funcionária queixou-se da reação das colegas em relação ao seu novo papel no posto de saúde. Após o remanejamento, ela seria transferida ao CAPS, assim que este estivesse em condições de funcionamento. Com suas palavras: "todo mundo fala que eu não vou agüentar que é muito pesado para mim, que não dá para viver todos os dias com aquela gente (referindo-se aos pacientes)". Uma das psicólogas perguntou se ela estava com medo: "Em algumas horas eu tenho medo de não saber o que fazer". Após breve conversa, foi decidido que: 1) Ela não deveria importar-se com estes comentários, já que denotavam apenas ignorância dos demais funcionários; 2) A funcionária deveria fazer uma lista com seus principais temores. Com esta listagem as psicólogas montariam uma psicodinâmica na qual os participantes (psicólogas e funcionárias) desempenhariam papéis das outras funcionárias, pacientes e colegas de trabalho. A funcionária pareceu feliz com este desfecho e após poucas semanas, tornou-se estudante de enfermagem - curso técnico. Numa reunião posterior, a equipe decidiu que, com o curso, a funcionária estaria deixando de ser leiga e poderia, portanto, ter conhecimento dos casos clínicos.

A categoria de técnicos de saúde mental, ou equipe da mental ou equipe do CAPS, conforme eram chamados estes funcionários envolvia diretamente esta noção de saber como

agir com os pacientes psiquiátricos. Este saber lidar está ligado a um discurso técnico relacionado ao manejo de pacientes e a um método de intervenção supostamente terapêutico, ambos os talentos desenvolvidos por estes profissionais. Os membros da equipe terapêutica em saúde mental sabiam lidar: admitiam um novo membro na medida em que este se dispunha a assumir este papel.

O recorte social dentro do serviço estudado apresenta, assim, formas de identificação e categorização presentes no cotidiano do centro de saúde. Por outro lado, identificou-se também o enfrentamento entre esta equipe e a administração da unidade. A presença de pacientes psiquiátricos era declaradamente incômoda e a criação do Centro de Atenção Psicossocial teve, entre outros objetivos, a finalidade de dar uma resposta a este incômodo. Ainda que adequados a uma rotina que era comum a pacientes de todas as especialidades, verificou-se no Posto de Saúde formas de identificação, tratamento específico para pacientes e profissionais da área de saúde mental.

Outro ponto identificado na experiência dos pacientes psiquiátricos no posto de saúde diz respeito à aquisição de identidade própria a esta condição. Os pacientes de um grupo que, na ocasião, freqüentavam atividades na horta comunitária, a psicoterapia de grupo, terapia ocupacional e no CAPS durante o período do estudo de campo, receberam da Secretaria de Saúde carteiras que os identificavam como membros e lhes dava acesso às atividades. Durante a entrevista de um dos participantes do projeto ele contou orgulhoso o fato de ter levado um amigo, para dentro do projeto: "ele já está no grupo, já fez a carteirinha na semana passada". Os pacientes do grupo eram caracterizados como "dóceis, sossegados, mais afetuosos" pelos funcionários do Posto de Saúde. Seu comportamento aproxima-se do normal, apesar de oferecerem perigo quanto à possibilidade de "falarem alguma coisa errada".

Um caso relatado demonstra a aquisição de identidade deste grupo. Neste, oito pacientes foram surpreendidos tomando café reservado aos funcionários. Tomaram toda a garrafa: segundo os funcionários, uma atitude como esta, "mal educada", poderia apenas ser esperada de pacientes psiquiátricos. Por outro lado, "são hábitos adquiridos num sanatório", segundo uma psicóloga - todos fumavam e consumiam muito café, o que era uma "marca registrada".

Após uma reunião entre terapeuta ocupacional e os pacientes do grupo, estes pediram que eu os fotografasse. Em todos os momentos do trabalho de campo em que estes pacientes foram fotografados, o faziam com prazer, desde que outros pacientes estivessem juntos. O grupo recém constituído adquiria assim identidade e criava critérios de aceitação e de exclusão, admitindo novos membros, segundo normas estabelecidas pela equipe terapêutica. Estas regras incluíam também a punição, que era perfeitamente bem vista pelos membros do "grupo". Durante o estudo de campo um paciente foi suspenso por haver faltado em duas atividades do programa. O episódio foi contado por um dos membros; "a coisa funciona assim e está certo. Assim ele aprende e volta melhor".

Ainda que os usuários do sistema vivessem em casa, um grupo de seis a oito deles, dependendo da flutuação, acompanhara e participara ativamente da montagem deste programa, em diversas situações opinando e discutindo. A maior parte do tempo, contavam, era ocupada com esta participação. Em algumas ocasiões, divulgavam a existência do serviço e levavam conhecidos para lá.

Este foi o caso de André, levado por João Cunha, um dos pacientes mais ativos no processo de construção do CAPS. Sua apresentação ao grupo foi em Entremontes. João Cunha, na ocasião pediu ao coordenador da atividade, um terapeuta ocupacional, para que o novo integrante participasse apenas das atividades em grupo, sem seguir atendimento

psiquiátrico individual no posto de saúde. Ainda que não tivesse diagnóstico dado por psiquiatra do serviço, ele foi aceito nas atividades por, segundo o terapeuta ocupacional, já haver sido apresentado por outro paciente regular.

Nas semanas subseqüentes, André passou a ter papel fundamental dentro das relações do grupo: adquiriu liderança e admiração dos demais pacientes, vestia-se melhor (dizia que chegou a freqüentar a universidade), saía algumas vezes com o carro da família (algo inacessível aos demais pacientes) e freqüentava saunas em Campinas. Durante a viagem de perua, discutia o preço de prostitutas com os demais pacientes, tornava-se rapidamente o centro das atenções. O coordenador das atividades na horta comunitária era reticente na admissão de André no grupo. João, seu amigo, esclarecia que “ele já foi aceito, já está dentro do programa”.

Durante a tarde em Entremontes ele falava sobre mulheres. Queixava-se que a vizinha era casada e inacessível (“o marido quer me bater”), que as médicas eram também inacessíveis e que ele estava lá para “ficar com todas elas”. Ele aproximava-se do terapeuta, mas não dos demais pacientes ao longo da tarde. O restante do grupo preocupava-se, a princípio, em ouvir a conversa que se resumia nas orientações pacientes do coordenador quanto às atividades e a insistência de André sobre o tema único. Este burlava o trabalho físico: evitava o quanto possível usar a enxada e o rastelo no trabalho da horta. Depois de uma hora sob o sol propôs o fim das atividades. Como nas demais situações de reunião do grupo presenciadas, os outros pacientes aproximavam-se, um por um, de André. Sua postura era de isolamento - procurava sempre a presença apenas de psicólogos, funcionários e médicos. Na atividade do CAPS, sentava-se próximo à secretária, evitando um grupo de pacientes que conversava na entrada. Numa tarde, um casal (ela vestida de branco) visitou a instituição e evitou o grupo de

pacientes. Cumprimentou então o médico, a secretária e André, este por não saberem exatamente como categorizar.

No posto de saúde seu papel como paciente era, entretanto muito claro. Os funcionários sentiam-se incomodados por sua insistência em falar obscenidades. Apesar de não cumprir semanalmente com o protocolo do atendimento psiquiátrico individual participava das atividades do grupo, o que o caracterizava dentro do grupo de pacientes.

Clinicamente sabia-se pouco sobre seu caso. Ele se recusava a contar a história de sua doença em pormenores. Resumia: "eu gostava de uma menina no colegial, quando não deu certo fiquei deprimido. Minha família me levou ao psiquiatra e nunca mais me deixou parar de ir lá". Dizia que nunca havia sido internado. Sua família recusava-se a fazer parte de qualquer atividade do programa. Durante o período do estudo, seu cunhado procurou a psiquiatria reclamando que André estava voltando agitado para casa desde que havia começado a freqüentar atividades que o deixavam excitado (a atividade, conforme se soube depois, era uma terapia corporal, que era coordenada por uma das psicólogas). Durante o estudo, sua família concordou com a publicação dos dados, mas se recusou a ser entrevistada.

Segundo a equipe terapêutica ele era um paciente acompanhado em um consultório particular e que procurou, espontaneamente, um serviço público. Ao contrário dos demais pacientes, ele possuía um padrão de consumo compatível com classe média, ia às casas de massagem, aparecia às atividades do grupo com uma lata de coca cola nas mãos- luxos inacessíveis aos demais que recebem quase exclusivamente o salário de aposentadoria por invalidez. Tinha acesso a serviços de saúde privados cuja utilização era estimulada pela família. À equipe terapêutica parecia positivo um paciente optar pelo serviço – na ocasião em início de atividades, recém-construído, e entretanto com qualidade suficiente para ser preferido em relação a um serviço particular. Esta situação tornava os técnicos menos rígidos em relação

necessidade de diagnóstico, adesão e disciplina no tratamento de André. Era permitido que ele, disperso, frequentasse atividades, abandonasse sessões de terapia, etc. Esta condição especial permitia que ele fosse apenas parcialmente vinculado ao programa.

Esta situação de aparente privilégio não comprometia, entretanto, sua aceitação e liderança em relação aos demais pacientes. André reunia para eles características que o aproximavam da normalidade. Ele estabelecia um modelo, o que o afastava da condição anômala, na medida em que articulava duas condições dificilmente conciliáveis aos demais: a doença (representada pelo acompanhamento psiquiátrico e pelo uso de medicamentos) e a normalidade - o fato de ser cumprimentado, vestir-se bem, ter acesso às mulheres. É interessante ainda notar que a reação esboçada pelo grupo em relação a André foi fundamental para sua aceitação institucional.

Se por um lado André representava uma ponte com a normalidade, no outro extremo estava Seu Pedro, considerado pela equipe e pelos pacientes como o mais “regredido”. O termo era utilizado para descrever a perda de capacidades mentais e perda de autonomia nas atividades do dia-a-dia, decorrentes de longos anos de doença psiquiátrica. Seu Pedro havia sido internado um número maior de vezes que qualquer outro, ainda que ninguém soubesse precisar este número com exatidão. Guardava também, mais que todos os outros pacientes, o que era considerado como marcas dos anos de hospitalização: o uso crônico de antipsicóticos (havia desenvolvido nele um quadro clínico conhecido como discinesia tardia, que fazia com que ele fizesse constantemente movimentos com a língua). Era o que menos falava, fumava constantemente cigarros que ele próprio enrolava e tinha aspecto muito envelhecido. Era objeto de ironia dos demais pacientes, que se referiam frequentemente sobre seu silêncio e passividade. Um deles propôs que Seu Pedro, após o plantio das sementes na horta

comunitária de Entremontes, servisse como espantalho; outro sugeria que ele se tornasse decoração do CAPS. André perguntava várias vezes se ele era virgem.

Esta ironia permitia que ele desempenhasse também um papel. Ficava calado, ouvia os comentários e ria, várias vezes sozinho, de forma descontextualizada, sempre próximo aos colegas. Estes, ao ironizá-lo tornavam-no mais inofensivo, ainda que fosse referência permanente a um futuro possível e trágico. Seu Pedro era *o* louco dentro do grupo. Entre eles, o olhar clínico-psiquiátrico não servia como referência; alucinações e delírios faziam parte de uma experiência corriqueira. O desvio estaria presente nos movimentos de sua boca e língua, na sua incomunicabilidade, em seu comportamento retraído. A presença de Seu Pedro causava reações ambíguas; ao mesmo tempo em que o repeliam, ele servia de aviso constante a um futuro possível.

### *Saúde mental e segregação*

Durante o período de estudo de campo de 1995, foi possível identificar durante a implantação do CAPS alguns fenômenos:

- 1) Existência de uma unidade constituída por este grupo de pacientes, que desenvolveram papéis, cada um com seu desempenho próprio.
- 2) Existência de mecanismos de identificação de pacientes e profissionais de saúde mental.
- 3) Foi observado um processo de segregação progressiva da saúde mental e de todas as categorias referentes a ela.

No período anterior à composição de uma equipe de saúde mental no centro de saúde, segundo os entrevistados, a psiquiatria e os psicólogos não constituíam um grupo que se distinguiu das demais especialidades do serviço. Não existia a categoria saúde mental: psiquiatra e psicólogos estabeleciam relações entre si que não diferiam das relações que os

clínicos tinham com os psicólogos ou com o psiquiatra. Quando se criou a noção de equipe e iniciou-se a transformação das práticas diárias, como a realização de reuniões periódicas e discussões de caso, tomou corpo uma categoria que passou a ser caracterizada e identificada. Da mesma forma os pacientes passaram a ser identificados, em sua especificidade junto àqueles que sabiam lidar com eles. A equipe de saúde mental introduziu a loucura no centro de saúde. Uma loucura que foi isolada, caracterizada e cujo manejo foi desenhado por toda a instituição, no caso o centro de saúde.

Assim, ainda que não houvesse reforma psiquiátrica, o caminho para a criação de uma instituição específica para pacientes psiquiátricos e profissionais de saúde mental (que passaram a constituir um binômio) estava em andamento. Este processo foi, sobretudo, externo aos procedimentos desencadeados pela equipe e obedeciam uma lógica também externa aos seus referenciais teóricos. Esta, no entanto, reificava este processo, esclarecendo as especificidades dos seus pacientes. Estes eram então diferentes dos demais pacientes do centro de saúde, diferentes dos deficientes físicos (ao contrário das concepções da igreja de Entremontes). A equipe reificava o processo de segregação também reforçando critérios de diferenciação entre os membros da equipe e os demais profissionais do centro de saúde, como visto na reunião de equipe descrita.

O período anterior à inauguração do CAPS num espaço próprio corresponde a um processo de isolamento progressivo e de institucionalização de práticas terapêuticas. De delimitação do perfil de pacientes a serem tratados. Ao longo dos oito anos que separaram os dois estudos de campo no CAPS, o número de pacientes passou de 10 ou 20 (não se sabia ao certo o número de pacientes cadastrados em 1995) para 220 em 2003. As relações sociais tornaram-se mais complexas, passaram a envolver em diversas circunstâncias relações amorosas, conflitos e a formação de subgrupos dentro da instituição.

## 2) Em 2003: o CAPS Reformado

Entre 1995 e 2003 o serviço passou por diversas transformações. O prédio utilizado não era mais a casa alugada cedida pela prefeitura. Em 2003 o edifício utilizado pela saúde mental ocupava um espaço que era antes um centro cultural do município. Não estava localizado numa área residencial, mas próximo à Secretaria de Saúde e do Fórum municipal. A psicóloga Nana descreveu esta mudança de espaço:

*“... Então mudou a gestão [em 1996] e sempre que muda governo alguma coisa muda pra gente. O prefeito procurou a gente e disse que precisava cortar gastos. Propôs que a gente se mudasse para um prédio público onde funcionava o centro cultural. Como o CAPS abria só de tarde, eles propuseram que durante a manhã a guarda-municipal usasse o prédio (risos). É difícil ter que explicar que não dá pra ser no mesmo lugar as duas coisas. Então, pra evitar isso, mudamos o ambulatório para o mesmo prédio, para funcionar de manhã. Então a mesma equipe era de manhã ambulatório e de tarde CAPS”.*

Estas negociações culminaram no surgimento de um espaço delimitado para a saúde mental no município. Por um lado isto promoveu um isolamento da área em relação a outras especialidades médicas, por outro deu à equipe terapêutica uma ampla autonomia de trabalho, escolhendo a forma de fluxo de pacientes, critérios para inserção no serviço e atividades desenvolvidas. Em 1997 o serviço foi cadastrado no Ministério da Saúde, passando a receber incentivo financeiro, superior, segundo a coordenadora do serviço, à folha de pagamento dos funcionários, o que reforçou a autonomia da instituição.

A partir de 2000, o serviço passou a ter de contratar psiquiatras que permaneciam pouco tempo no serviço devido à má remuneração e à escassez deste profissional no mercado, segundo os entrevistados. Segundo eles, estes psiquiatras cumpriam um número limitado de horas por semana. Em muitas ocasiões o serviço esteve sem médico, o que fez com que a equipe tivesse de procurar saídas criativas para que a instituição continuasse em funcionamento.

Segundo a coordenadora em 2003, uma das marcas do CAPS de Pedreira era, há anos, uma pobreza material decorrente do pouco investimento das gestões anteriores no serviço.

*“nós nunca tivemos enfermeira, sempre trabalhamos com uma equipe abaixo da equipe mínima, os médicos param pouco tempo aqui. Os profissionais do CAPS precisam se desdobrar para trabalhar também num ambulatório de saúde mental que não é nem cadastrado. O CAPS tem só três mesas, faltam cadeiras para todos os pacientes. Muitas vezes não temos faxineira e temos de nos virar para deixar o prédio limpo.”*

No ano de 2002, o espaço físico do CAPS sofreu ainda mais uma mudança estrutural com a separação de um espaço destinado ao ambulatório e o restante do CAPS. Estas alterações ocorreram no sentido de atender a exigências quanto ao espaço físico necessário para que o CAPS pudesse se caracterizar como tal e assim continuar a receber recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde, como vinha recebendo desde 1998. Ainda que o serviço já estivesse em funcionamento, a necessidade de alterações estruturais sugere um aumento no número de exigências quanto à regulamentação do espaço da instituição:

*“Em 2002 tivemos que fazer recadastramento do CAPS e então a DIR disse que o Ambulatório não poderia ficar no mesmo prédio do CAPS. A solução da Secretaria foi dividir o prédio em dois com uma parede (risos).” (Nana, psicóloga CAPS).*

Na ocasião do trabalho de campo em 2003, o edifício evidenciava estas adaptações sofridas: tinha um teto alto, poucas janelas e era cercado por uma cerca de metal. Logo na entrada uma garagem coberta onde uma perua ficava estacionada. Esta era destinada ao traslado dos pacientes no percurso entre o CAPS e suas respectivas casas. A varanda, nos períodos em que a perua não ocupava a garagem, tornava-se uma área utilizada para os pacientes fumarem. A parte próxima à porta (ver fotografia em anexo) servia como uma sala de estar para alguns pacientes que se sentavam em cadeiras espalhadas. Os ambientes do CAPS eram separados por placas de fórmica até a altura das vigas. Dali para cima alguns ambientes se separavam por uma parede de tijolos rebocada grosseiramente e não pintada, sendo que em outros não havia nem mesmo esta divisão. No serviço havia três salas que eram usadas como consultórios. Um palco remanescente da época em que o edifício era um centro cultural era utilizado como sala de grupo. As reuniões entre os trabalhadores do CAPS eram realizadas na cozinha. Ao final do hall de entrada estava uma grande janela que se comunicava a uma pequena sala de recepção, com arquivos e um computador.

Neste espaço se davam todas as atividades do CAPS: a horta comunitária de Entremontes já não existia e os atendimentos do posto de saúde haviam sido transferidos para o ambulatório anexo ao serviço. Da mesma forma, todas as relações entre os trabalhadores e pacientes da instituição se davam neste espaço. Após as mudanças

arquitetônicas de 2002 não houve nenhuma outra e a planta a seguir corresponde à instituição no período do estudo.

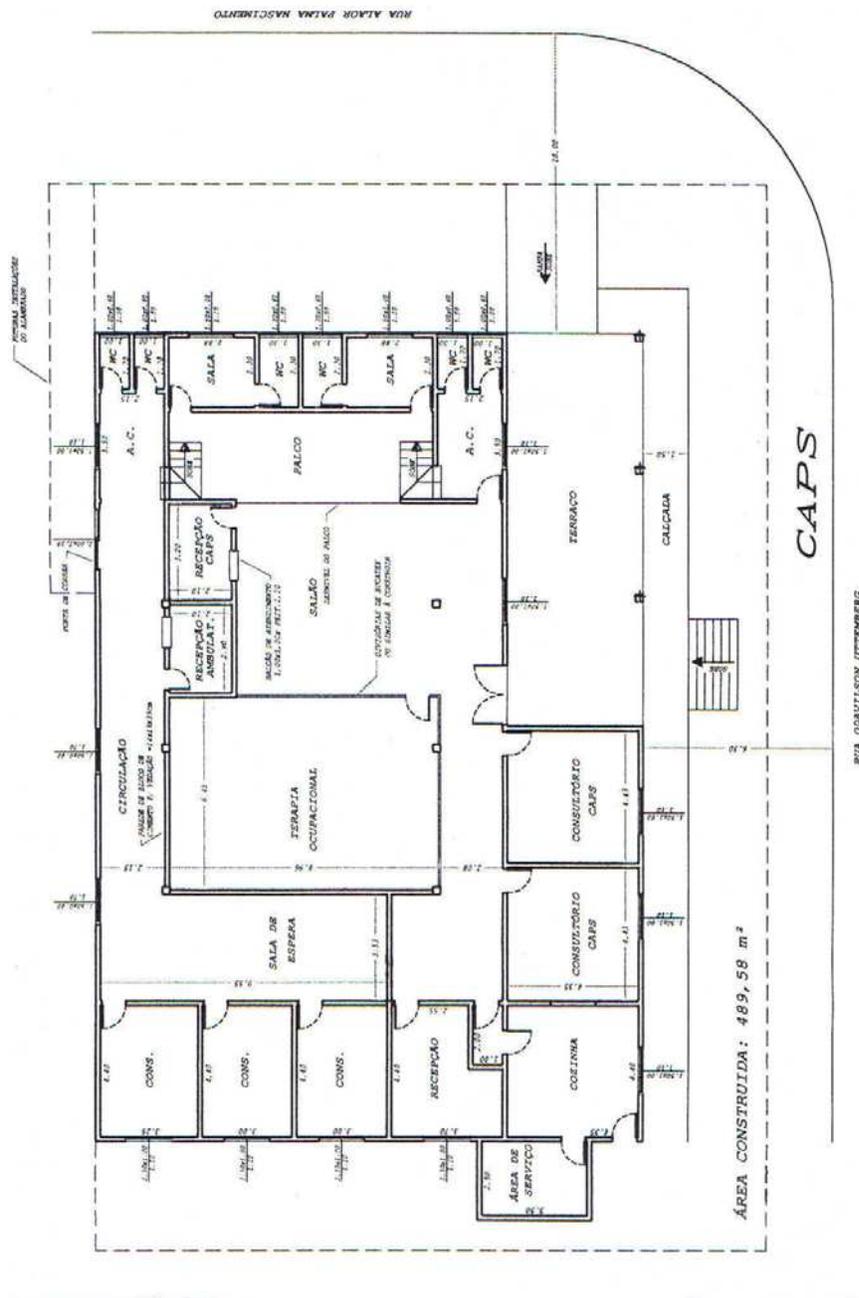


Figura IV – Planta Baixa do CAPS Pedreira, 2002

### ***3) Usuários e Técnicos: Categorias Sociais***

Em 1995, a inexistência de uma instituição que incorporasse todas as práticas terapêuticas relacionadas aos pacientes em tratamento fazia com que as categorias de tratamento e referência utilizadas fossem incorporadas dos outros serviços médicos como o centro de saúde. Ao contrário, em 2003, as formas de tratamento entre funcionários e pacientes na instituição eram complexas e já não reproduziam a forma utilizada nestas outras áreas. Existiam formas específicas de categorização características da instituição.

Em relação às categorias de referência, as mais abrangentes diferenciavam pacientes de não pacientes. Esta diferenciação era utilizada tanto por pacientes quanto por não pacientes. Os pacientes diferenciavam os funcionários de nível secundários daqueles com nível superior. Estes, pelos pacientes eram separados em médicos dos não médicos. Esta diferenciação, entretanto, não ocorria entre os não pacientes, que consideravam, formalmente, os médicos dentro da categoria de técnicos e os funcionários como equipe de apoio.

Profissionais de nível superior referiam-se ao próprio grupo como equipe e cada um deles como técnicos, ainda que não tivessem curso técnico. Profissionais de nível médio referiam-se aos pacientes como pacientes e não como usuários. Existia, no entanto, um esforço por parte dos profissionais de nível superior para que o termo paciente fosse suprimido pelos profissionais de nível secundário. Segundo uma terapeuta ocupacional, o termo usuário não faz referência à doença, o que estabeleceria uma relação de diferença e possível hierarquia. Ao contrário, usuário implicava apenas na utilização de um serviço público, de acesso universal. Assim, teoricamente, qualquer técnico poderia tornar-se usuário.

Ainda que houvesse uma preocupação na superação de desigualdades com base nesta categorização, ela se mostrava insuficiente no dia a dia institucional, quando as rotinas diferenciavam claramente as categorias pacientes/não pacientes. Assim, apesar dos esforços dos técnicos, os dados empíricos apontaram para a categorização entre pacientes e trabalhadores ou funcionários como a mais apropriada para a descrição da rotina institucional.

Profissionais de nível superior e nível médio diferenciavam os pacientes em três categorias institucionais: intensivos, semi-intensivos e não intensivos, conforme será discutido mais adiante. A partir de então, os pacientes eram classificados em relação a alguns atributos considerados relevantes ao tratamentos. O quadro abaixo sistematiza as categorias de referência dos não pacientes.

**Quadro XIV- Categorias de referência segundo os não-pacientes**

Não Pacientes		Pacientes (Usuários)		
Equipe de Apoio	Equipe técnica	Intensivos	Semi-intensivos	Não Intensivos
– Motorista, recepcionista	– Técnicos (Psicólogos, Psiquiatras, Terapeutas Ocupacionais)	– Pouca autonomia	– Família funcional	– Muita autonomia
– monitor de terapia ocupacional,		– Paciente com boa adesão	– Paciente com pouca adesão	
– faxineira		– Paciente que interna	– Paciente que não interna	

Entretanto, conforme descrito, os pacientes utilizavam outras formas de classificação que definiam outras categorias sociais:

## Quadro XV - Categorias de referência segundo os pacientes

Não Pacientes			Pacientes		
Funcionários	Psiquiatra	TO (Terapeuta ocupacional)	Psicóloga	Homens	Mulheres

Assim, para os pacientes não havia distinção entre os não pacientes de duas equipes, sendo uma técnica e outra de apoio. Também eram preservadas as características relacionadas à formação técnica dos trabalhadores de nível superior. Não tinha sentido para os pacientes os termos intensivo, semi ou não intensivo. Entretanto, para os pacientes, o gênero era muito importante uma vez que definia as atividades das quais eles faziam parte e, conseqüentemente, o grupo social que iriam ter como referência.

Existia diferenciação quanto às categorias de tratamento. Em 1995 os pacientes tratavam-se entre si pelo nome, os funcionários todos eram chamadas pelos pacientes algumas vezes pelo primeiro nome, outras por doutor. Ao contrário, os médicos eram sempre chamados de doutor/doutora, muitas vezes sem referência ao primeiro nome. Na ocasião, a instituição era pequena, algumas das atividades eram desenvolvidas no Centro de Saúde e tendia a reproduzir os modelos de relação existentes lá.

Em 2003 a definição de categorias sociais e a especificação de formas de tratamento apontavam para uma instituição com formas específicas de relações sociais. Ao contrário do que ocorria em 1995, os pacientes chamavam sempre os funcionários pelo primeiro nome, ainda com exceção dos médicos que tinham tratamento diferenciado. Quando pacientes conversavam entre si, referiam-se aos profissionais de nível superior e nível

secundário pelo primeiro nome. Referiam-se aos médicos por médico ou doutor. Profissionais de nível superior tratavam-se pelo primeiro nome, incluindo os médicos. Referiam-se aos pacientes como usuários em reuniões ou informalmente.

### ***3.1) Pacientes (ou usuários)***

Os pacientes cujo dia a dia é descrito neste estudo foram aqueles que freqüentavam o que era chamado de sistema intensivo e semi-intensivo de tratamento. Segundo os referenciais dos profissionais que trabalhavam no CAPS, estes pacientes eram mais graves, tinham mais sintomas psiquiátricos e menor capacidade de atender às exigências.

Tabela IV - Usuários em Regime Intensivo no CAPS de Pedreira

<b>N</b>	<b>Iniciais</b>	<b>Nascimento</b>	<b>Diagnóstico presente em prontuário</b>	<b>Medicação em Uso</b>
1	PF	6/65	Esquizofrenia	antipsicóticos
2	MM	10/59	Depressão Recorrente e Transtorno de Personalidade	antipsicóticos
3	LC	8/79	Retardo Mental e esquizofrenia.	antipsicóticos
4	AD	12/58	Esquizofrenia e Depressão Recorrente	antipsicóticos
5	FP	7/48	Depressão Grave	antipsicóticos
6	CS	12/57	Esquizofrenia	antipsicóticos
7	IG	Desconhecida	Depressão Grave	antipsicóticos
8	AC	9/63	Esquizofrenia	antipsicóticos
9	SP	03/78	Esquizofrenia	antipsicóticos
10	ES	12/41	Esquizofrenia	antipsicóticos
11	LM	4/66	Esquizofrenia	antipsicóticos
12	PL	03/59	Esquizofrenia	antipsicóticos
13	IF	4/66	Esquizofrenia	antipsicóticos
14	BP	9/75	Esquizofrenia	antipsicóticos
15	VC	01/72	Esquizofrenia	antipsicóticos
16	SC	5/63	Esquizofrenia	antipsicóticos
17	JF	3/41	Depressão Recorrente	antipsicóticos
18	RM	Desconhecida	Retardo Mental	Nenhuma
19	OM	8/79	Retardo Mental	Nenhuma
20	LCM	10/64	Esquizofrenia	Nenhuma
21	CA	4/74	Esquizofrenia	Nenhuma

da vida social. Da mesma forma, os usuários do regime intensivo e semi-intensivo eram aqueles que conviviam mais intensamente entre si, estabeleciam relações mais próximas e tinham um contato mais intenso com os funcionários da instituição. Esta proximidade foi bastante importante na descrição das redes de relação social no dia a dia do Centro de Atenção Psicossocial.

Usuários de regime intensivo compareciam diariamente ao CAPS durante a semana, passando parte ou a totalidade do dia em atividades, enquanto que aqueles em regime semi-intensivo compareciam entre uma e quatro vezes por semana. Conforme a tabela 1, os diagnósticos psiquiátricos dados pelos médicos da instituição e registrados nos prontuários indicavam que em sua maioria estes pacientes eram psicóticos e viviam com familiares. O atendimento em regime intensivo no CAPS era iniciado de diferentes formas:

- 1- Pacientes que freqüentavam o ambulatório de saúde mental e que eram encaminhados pelo psiquiatra por demandarem, segundo seus critérios, de um acompanhamento mais próximo.
- 2- Pacientes que eram acompanhados em regime não-intensivo e semi-intensivo no próprio CAPS, mas que apresentaram piora clínica ou perda de apoio familiar e necessitavam permanecer mais tempo em acompanhamento na tentativa de evitar hospitalização.
- 3- Diagnóstico: os pacientes acompanhados ambulatorialmente com diagnósticos de esquizofrenia ou outros considerados “graves” eram automaticamente encaminhados para o CAPS.
- 4- Podiam ainda ser encaminhados de outra instituição, de cidades próximas que não disponham de CAPS. Esta forma de inclusão em regime intensivo era bastante rara.

## ***Rotinas***

Ao contrário do que acontecia em 1995, o fluxo dos pacientes que chegavam ao CAPS era, em 2003, bastante sistematizado. Os pacientes novos eram procedentes e encaminhados ao CAPS do ambulatório de psiquiatria que ficava no mesmo prédio, conforme pode ser visto na planta baixa. Neste ambulatório o paciente passava por uma triagem padronizada e então:

- 1) era encaminhado ao CAPS, ou
- 2) era encaminhado ao ambulatório de saúde mental ou ainda
- 3) recebia alta.

A articulação do serviço com o restante da rede de saúde do município era precária, ocorrendo por sistema de referenciação e contra-referenciação escrita, não havendo programas comuns articulados com outras áreas da atenção básica ou especialidades. Da mesma forma, não havia um planejamento comum dentro da saúde mental ou mesmo entre a saúde mental com o restante da rede.

O dia de um usuário do regime intensivo podia começar para a instituição de duas formas diferentes:

- 1) caso tivesse, segundo a equipe, autonomia (isto é, capacidade segundo a equipe técnica) de deslocar-se sozinho ou de ônibus para o CAPS. Neste caso, recebia passes e ajuda de custo para ir até a instituição.
- 2) Caso não tivesse esta autonomia, podia ser levado para o CAPS por uma perua que serve a instituição. O perueiro era um funcionário da prefeitura municipal que não tinha nível superior e, assim, não fazia parte da categoria dos técnicos.

Nem todos os usuários do regime intensivo passavam todo o dia na instituição. Alguns passavam apenas um período. O período da tarde costumava ser mais freqüentado pelos usuários. Durante o dia existiam alguns grupos de terapia com horários e participantes

definidos. Outras atividades, como algumas oficinas e reuniões aconteciam com participação livre e não tinham indicação programada pelos técnicos. Neste caso, os pacientes que se sentiam mais adequados à atividade compareciam ao CAPS e as freqüentavam. As atividades e os horários destas, conforme descritos pela equipe técnica estão relacionadas na tabela .

Tabela V - Atividades e Grupos do CAPS I - Pedreira

<i>Nome da atividade</i>	<i>Usuários Participantes</i>	<i>técnicos Participantes</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Horários</i>
Oficina de Cantina	Maria de Fátima, Eduarda, Joana, Maria de Fátima, Bárbara, Mariana, Anália, Rosilda e Madalena	Maria, Fátima	Ressocialização	Segunda a Sexta de manhã e de Terça a Sexta a tarde
Trabalho Protegido	Mariano, Fabiano, Antonio Carlos, Paulo Lima, Bento, Valdemar, Fabrício	Maria, Fátima	Ressocialização	Terça a Sexta (4 hs por dia)
<i>Grupão</i>	Todos	Todos os técnicos	Comunicação de como foi o final de semana. Orientação e Avaliação de atividades	Segunda-feira às 13 hs
Grupo de Expressão Corporal	Todos os pacientes	Nana	Relaxamento, auto conhecimento, consciência corporal	Variável
Grupo de Psicoestimulação	Pacientes com retardo mental segundo critérios da CID-10	Bárbara	Melhora das capacidades cognitivas	Quarta-feira de tarde
Oficina de Bordado,	Fabiana, Luiza, Clara, Maria Ap. Alves, D. Eunice	Fátima e Maria	Aprendizado de atividade geradora de renda, promoção de insight	Todas as tardes
Grupo de Pacientes com Transtornos de Humor	Joseane, Fabiana, Samara, Sara, Renato, Maria de Fátima, Fabiana, Rosimeire	Bárbara	Promover insight	Sexta-feira de tarde
Oficina de tapete	Joseane e Fabiano	Fátima e Maria	Aprendizado de atividade geradora de renda, promoção de insight	Todas as tardes
Oficina de Fuxico	Maria de Fátima Fabiana, Joana, Mariana	Fátima e Maria	Aprendizado de atividade geradora de renda, promoção de insight	Todas as tardes
Oficina de Jornal	Mário, Francisco Piva, Valdemar	Fátima e Maria	Aprendizado de atividade geradora de renda, promoção de insight. Estimular a leitura e informação.	Variável
Oficina de Papel Reciclado	Laércio, José Ap de Oliveira, Luiz Carlos Munhoz, Gumercindo	Fátima e Maria	Aprendizado de atividade geradora de renda, promoção de insight.	Variável
Oficina de Manicure	Fabiana, Joana e Raquel	Fátima e Maria	Aprendizado de atividade geradora de renda, promoção de insight	Variável
Oficina de Bijouteria	Anália, Mariana, Bárbara, Ademir, Fabiana	Fátima e Maria	Aprendizado de atividade geradora de renda, promoção de insight	Variável

Os usuários que ficavam todo o dia na instituição almoçavam no próprio CAPS. Ao contrário, aqueles que freqüentavam apenas o período da tarde almoçavam em casa e faziam um lanche com pão e manteiga, suco e leite por volta das 15hs. Este lanche era preparado por funcionários e alguns pacientes e não era servido à mesa. Os usuários faziam fila junto aos pratos, serviam-se e comiam à mesa ou em cadeiras na instituição. Após a refeição os usuários começavam a voltar para casa, de ônibus, com fornecimento de passes pelo CAPS ou de perua. Dependendo do número de pacientes, faziam-se duas ou até três viagens. Ainda que os técnicos permanecessem na instituição até às 17 horas, por volta das 16:15 horas quase já não havia usuários.

### ***Grupos e subgrupos***

Os usuários agrupavam-se no CAPS por gênero e por atividade. Existiam atividades eminentemente masculinas (trabalho protegido) e outras eminentemente femininas (oficina de bordado, cantina e oficina de fuxico). Estas atividades convertiam-se em remuneração e permitiam que os pacientes adquirissem identidade relacionada ao trabalho. O pagamento das atividades era feito através de uma associação de pacientes (*Associação Reviver*) que era gerenciada por uma técnica do CAPS. Esta associação recolhia o que era pago pela empresa, pelas vendas de cantina e artesanato e repassava mensalmente aos usuários que participavam destas atividades.

A conformação das atividades terapêuticas identificadas em 2003 no CAPS foi estabelecida em momentos diferentes da história institucional. O que é descrito a seguir corresponde ao resultado de experiências bem sucedidas e de outras mal sucedidas. Assim,

no período anterior ao estudo uma das psicólogas dizia que já houvera uma modalidade de trabalho protegido onde mulheres trabalhavam e experiências com usuários masculinos na cantina. A configuração destas práticas em 2003 correspondia a um modelo consolidado e parte já do funcionamento institucional.

Os insucessos e sucessos das atividades propostas eram discutidos semanalmente em reunião pelos profissionais de nível superior. O referencial, segundo os membros desta equipe, era verificar o quanto a atividade era efetiva em promover ressocialização e em não permitir que o paciente fosse meramente um trabalhador, isto é, da atividade ter um caráter terapêutico. A configuração observada em 2003 não era apenas consolidada, mas produzida e reproduzida em todos os seus aspectos. Isto incluía a divisão dos participantes das atividades em gênero, isto é, o fato da oficina de trabalho protegido ser eminentemente masculina era algo legitimado pelos trabalhadores da instituição.

Dos 21 usuários que eram atendidos em regime intensivo, 19 faziam parte desta divisão. Dois usuários que não faziam parte destes grupos eram aqueles clinicamente *mais comprometidos*, segundo membros da equipe. Ao contrário dos demais, passavam o período no CAPS sentados na garagem, sem muita atividade. Participavam de grupos gerais, como a reunião das segundas quando os usuários contavam sobre o final de semana.

### ***Trabalho Protegido***

O trabalho protegido era tecnicamente uma atividade da terapia ocupacional, com objetivos de ressocialização do usuário através da reinserção deste no trabalho (ver anexo). Foi desenvolvido a partir de um convênio que existia desde 1999 entre o CAPS e uma empresa local e comportava até 06 pacientes por turno. Os pacientes eram remunerados e

podiam fazer refeições no refeitório da empresa no mesmo horário dos demais operários. Anualmente era enviado um relatório das atividades para a empresa e o responsável técnico era obrigatoriamente um médico, segundo solicitação da própria fábrica. O relatório do ano anterior ao estudo de campo encontra-se em anexo.

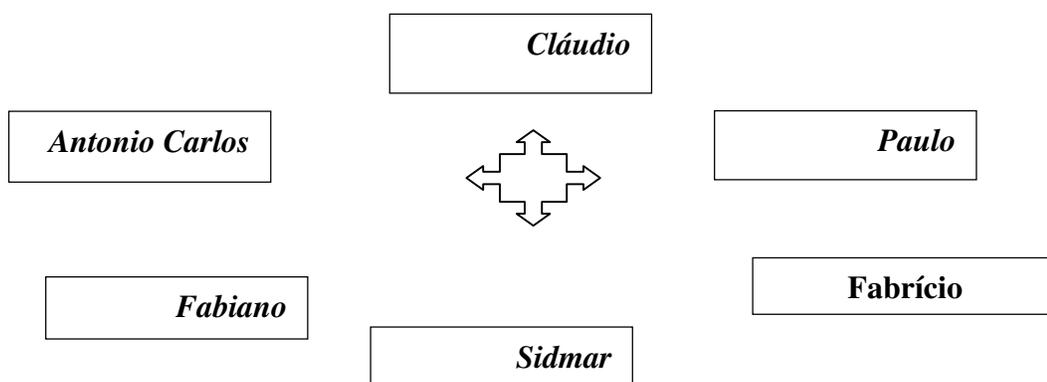
Ainda que houvesse esta proximidade com o trabalho habitual da empresa com que o CAPS havia estabelecido parceria, vários aspectos diferenciavam os pacientes dos demais trabalhadores locais. Em primeiro lugar, os pacientes eram supervisionados por funcionário do CAPS, sendo orientados e cobrados por ele. A autoridade da instituição estendia-se ao trabalho assim como o funcionamento institucional. O funcionário da empresa comunicava-se com os pacientes através deste funcionário, dizendo qual seria a atividade do dia. Não havia, assim, uma relação direta de autoridade entre o paciente funcionário e o sistema hierárquico e institucional da empresa.

Os pacientes não eram inseridos na produção da empresa, ficando restritos a atividades periféricas, como cortar grama e limpar as áreas circundantes à fábrica. Nos horários de refeição, os pacientes não entravam na fila: esperavam até que os funcionários regulares se acomodassem e então entravam, ficando preferencialmente nas mesmas mesas. Após as refeições, os pacientes tinham um local específico para higiene bucal, também longe de outros funcionários.

O grupo de usuários que estabelecia relações sociais mais intensas entre si era provavelmente o dos pacientes do trabalho protegido. Estes pacientes eram muito próximos: trabalhavam juntos diariamente, chegavam ao CAPS no mesmo horário, encontravam-se frequentemente fora da instituição para conversar, freqüentavam a casa um do outro. Quando conversávamos com um deles, geralmente os demais estavam por perto.

Referiam-se ao grupo normalmente por “nós”. Insistiam para que o local das atividades fosse visitado. Orgulhavam-se invariavelmente do trabalho que desenvolvem.

Figura V - Trabalho Protegido



Conforme podemos identificar, todos os usuários deste grupo eram masculinos. Apresentavam em comum uma preocupação em obter companhia feminina. Suas conversas no CAPS giravam em torno deste assunto. Admitiam durante as conversas, com tranquilidade, sensações de solidão e da falta de companhias femininas. Ao contrário do habitual, referiam-se como “desajeitados”, “sem saber como chegar”, envergonhados e com poucas oportunidades. A exceção era Fabiano, que era bissexual e apresentava comportamento considerado pela equipe técnica como promíscuo. Contava com tranquilidade sobre suas aventuras, como havia adquirido o vírus do HIV. Apesar deste contraste com outros usuários do grupo (dois deles nunca tiveram relações sexuais), o

convívio tornava-os um grupo homogêneo, que se referiam ao grupo muito mais do que individualmente. Sobre o fato de ter uma vida sexual ativa, Fabiano não parecia despertar inveja ou raiva dos colegas. Ao contrário, suas aventuras eram compartilhadas e alguns usuários deste grupo contavam sobre as experiências de Fabiano, como se apropriassem delas.

### *Oficina de Cantina*

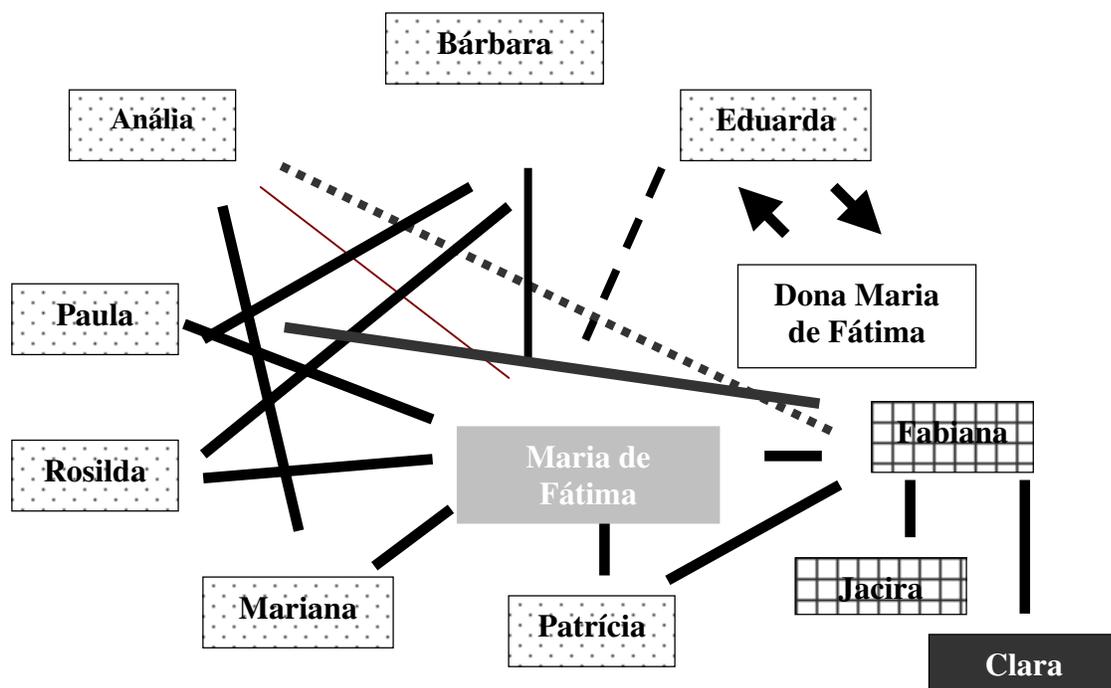
Em 2001 a Prefeitura Municipal de Pedreira, através da Secretaria de Saúde cedeu ao CAPS um quiosque pré-fabricado de madeira com aproximadamente 10 m<sup>2</sup> para as atividades do CAPS. Este quiosque ficava na área interna da Secretaria Municipal de Saúde que, junto a um ambulatório médico formavam a Central de Saúde Municipal. Segundo os técnicos do CAPS, a atividade de Cantina permitia que as pacientes que participavam da atividade estabelecessem relações com a população local através do trabalho, além de serem remuneradas para isso. As usuárias que faziam parte do programa vendiam neste quiosque salgados, refrigerantes para funcionários e pacientes que eram atendidos por lá. Os recursos gerados por esta atividade eram administrados pela Associação Reviver, de pacientes e familiares e os pacientes eram remunerados de acordo com o número de períodos nos quais trabalharam ao longo de um mês.

A atividade comportava uma ou duas pacientes por período. Existia assim uma escala através da qual esta paciente se responsabilizava pela atividade. As demais pacientes que faziam parte do programa, mas não estavam escaladas no dia, continuam freqüentando o CAPS e participando a terapia ocupacional.

Ao contrário dos usuários do trabalho protegido, as relações femininas eram muito mais complexas. Existiam claras inimizades e pares de amigas que freqüentavam a casa uma da outra. Curiosamente quase todas as usuárias descreviam as relações do grupo da mesma forma, demonstrando um senso comum em relação à configuração das relações sociais. Os usuários masculinos passavam à margem desta rede.

O esquema a seguir resume as relações entre as usuárias deste grupo.

Figura VI - Oficinas femininas



O esquema representa uma rede de relações sociais entre as usuárias destas atividades. As linhas espessas representam relações de amizade nas quais as usuárias

tinham relações cordiais, mas limitadas ao convívio no CAPS e nas atividades. As linhas pontilhadas representam relações hostis e as tracejadas relações muito próximas, que ultrapassam os períodos em que as atividades eram compartilhadas. Os diagnósticos existentes nos prontuários são tratados como categorias êmicas e estão representados pelo preenchimento dos quadros. Os quadros com preenchimento pontilhado correspondem aos diagnósticos de retardo mental, acompanhado ou não com sintomas psicóticos. Os quadros com preenchimento quadriculado correspondem às pacientes que têm diagnósticos de transtorno depressivo, os com preenchimento negro de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e o quadrado cinza de pacientes com epilepsia, também segundo o diagnóstico anotado em prontuário.

Conforme é possível verificar no esquema, Maria de Fátima estabelecia relações e se articulava com todas as demais pacientes. Esta liderança era legitimada pela equipe terapêutica: em um encontro de CAPS que ocorrera dois anos antes da realização do trabalho de campo, Maria de Fátima havia sido escolhida como representante dos usuários e havia viajado para Brasília. Ostentava num porta-retratos um certificado ganho neste congresso. Era ainda presidente da *Associação Reviver*, associação de pacientes psiquiátricos, familiares e simpatizantes criada em 2000 e que tinha a função de administrar convênios entre empresas e pacientes que desenvolviam atividades remuneradas. Maria de Fátima havia sido eleita por outros usuários, mas sua participação na Associação era bastante limitada, o que não lhe impedia ganhar prestígio com o papel de presidente.

Maria de Fátima encontrava-se muitas vezes num espaço intermediário entre equipe terapêutica e o grupo de usuários. Quando incomodada com algum dos profissionais da equipe, Maria de Fátima articulava-se com outros pedindo a saída deste

profissional. Era freqüente que fizesse queixas em nome de outras usuárias com as quais se articulava previamente. Ao contrário da maioria dos usuários, tinha uma rede de apoio externa a CAPS: seu marido e filhos a apoiavam intensamente. Quando ocorriam fatos que a desagradam no CAPS, era freqüente que sua família ligasse queixando-se.

Maria de Fátima tinha epilepsia segundo avaliação médica em prontuário. Apresentava, também de acordo com a mesma referência, pseudocrises convulsivas em situações de estresse. Estas crises ocorriam freqüentemente em público e normalmente decorriam de insatisfações pontuais. Assim, segundo outras pacientes contavam, Maria de Fátima apresentava crises após sentir-se mal tratada por profissionais. Seu papel de líder implicava na relação privilegiada com profissionais do CAPS. Segundo a terapeuta ocupacional, “*Maria de Fátima vai ao CAPS todos os dias não porque precise, mas porque é presidente da Associação Reviver*”. Visitava o CAPS para “supervisionar” o funcionamento.

O papel de liderança de Maria de Fátima decorria desta forma de sua capacidade de articulação com a equipe terapêutica, com as usuárias, de seu apoio familiar e da forma com que se utilizava de seus sintomas. Durante o trabalho de campo, ela apresentou uma crise durante uma tarde no CAPS e foi levada a um pronto socorro. Após aproximadamente uma hora, sua família ligou queixando-se do atendimento do pronto socorro, do encaminhamento descabido e do atendimento recebido no CAPS. As profissionais da equipe freqüentemente referiam sentirem-se “impotentes”, portanto já haviam (segundo as mesmas) “*desistido de insistir com os limites*” diante desta manipulação. A forma com que Maria de Fátima mobilizava toda a instituição ou como potencialmente poderia fazê-lo era fonte de poder.

Maria de Fátima ainda intermediava a relação entre usuários que não se davam bem. Era o caso de Fabiana e Anália que haviam discutido há mais de um ano e, no período do estudo, se evitavam. Seu único ponto comum era a amizade com Maria de Fátima que levava notícias de uma para outra.

Esta rede de relações sociais associada à Cantina e atividades da Terapia Ocupacional eminentemente femininas permitia exemplos extremos de sociabilidade entre as usuárias do CAPS. Se Maria de Fátima era a paciente mais profundamente inserida nesta rede de relações sociais, na outra extremidade estava Eduarda, que trabalhava na cantina, mas que raramente freqüentava o CAPS. Eduarda era vistosa, usava roupas justas e era muito namoradeira, segundo os técnicos do CAPS. Havia tido namorados entre os usuários e sempre tinha relacionamentos fora da instituição. Tinha amigas fora do CAPS, saía de noite para dançar, tinha suspeitas freqüentes de gravidez (4 durante os 6 meses de estudo). Algumas vezes “sumia” do CAPS por várias semanas, segundo os técnicos. Ela própria contava que tinha uma relação tumultuada com a mãe, com brigas freqüentes que não raro necessitavam de intervenção de outros setores da saúde pública do município, como o programa de saúde da família.

Eduarda tinha relações mais “frouxas” com o CAPS, o que incluía também os técnicos. Dizia ser simpática a todos, mas não considerava nenhum dos usuários como amigo. Da mesma forma, colocava-se junto aos técnicos e demais trabalhadores da instituição. Ainda que fizesse parte do CAPS há anos, os técnicos contavam que ela tinha “*outras coisas para fazer além de vir aqui*”. Com efeito, tinha dois filhos de dois relacionamentos anteriores e freqüentes problemas de ordem jurídica. Seus vínculos institucionais eram flexíveis e instáveis.

Era freqüente que os pacientes se referissem a estas duas possibilidades (relacionar-se dentro ou fora do CAPS) como elementos que caracterizassem a si próprios. Da mesma forma, promoviam em seu discurso uma freqüente comparação entre relações dentro e fora da instituição. Patrícia era casada e tinha contato diário com seus pais e irmã. Contava que preferia a companhia das usuárias à da sua família:

*“eu gosto mais daqui, é tudo legal. Em casa minha mãe e irmã não estão conversando comigo. Fico lá em casa sozinha, ninguém quer conversar comigo. Vou no vizinho conversar. Eu gosto de conversar com as pessoas. Aqui eu converso bastante, com a Fátima, com a Mariana. Lá em casa, sei lá. Minha irmã acha sempre que eu estou brava com ela e fica brava comigo. Ela é muito esquisita e fala que eu sou a esquisita. Meu marido é pior. Ele conversa comigo mas fica logo bravo e pára de conversar.”*

Era freqüente que os usuários identificassem alguns pontos característicos de relacionamento nas redes que se estabelecem no CAPS que distinguiam das relações fora da instituição. Muito além de estar inserido num programa terapêutico, através desta função o CAPS tornava os pacientes profundamente ligados à instituição.

### ***Sexualidade e afeto***

Clara contava que em 1990 teve suas primeiras visões e recebeu suas primeiras mensagens, mas só pôde interpretá-las corretamente a partir de 1993. Estas visões relacionavam-se a seu futuro amante e depois esposo, Jesus Cristo Tomás. Após bastante tempo de namoro, Clara casara-se com ele quatro anos antes do trabalho de campo, tendo ganhado seu vestido do prefeito municipal na ocasião. Após o casamento, conta que foi fiel a Jesus, com quem tinha relações sexuais freqüentemente, e não teve, a partir de então, nenhum outro homem.

Nana, uma das psicólogas do CAPS, acompanhava o caso de Clara há mais de cinco anos. Segundo contava, ela havia se tornado uma preocupação para a equipe terapêutica na medida em que apresentava comportamento sexual promíscuo em função de suas limitações cognitivas e dos seus sintomas psicóticos.

*“Ela chegava a ter relações com pessoas quase desconhecidas no mato, em construções. Tínhamos medo que ela corresse risco de vida inclusive. Depois do casamento, parece que ela ficou tranqüila, não teve mais relacionamento no CAPS, não tivemos mais motivos para preocuparmos com ela nesse sentido. Na época em que ela casou-se, fiquei muito preocupada. Porque ela vinha dizendo que iria casar com Jesus. E na festa junina, os outros usuários disseram que ela tinha de ser a noiva. Aí eu pensei ‘agora que ela fica doida’. Ainda tentei contextualizar e disse: ‘Clara, isto É UMA BRINCADEIRA, você não vai se casar de verdade’. E ela dizia ‘Tudo bem, eu sei disso’. Mas ela já estava na viagem, mas não ia dizer nada a mim afinal de contas ela é esperta apesar da doença. E eu percebi que todo mundo de certa forma estava na viagem junto. O prefeito da época deu o vestido a ela”.*

Após o casamento, Clara assumiu o sobrenome Tomás e passou a assinar desta forma. Foram realizadas tentativas medicamentosas com o objetivo de remover este comportamento, sem sucesso. Passou a assinar seu nome como *Clara Tomás*, o que a princípio não foi aceito na sua lista de presença do CAPS. Houve, contam as técnicas, na época um grande debate em torno do assunto. Por um lado, alguns técnicos diziam que era importante confrontar Clara à realidade e “enfrentar” o que poderia ser chamado de delírio. Por outro lado, era importante acolher a usuário mesmo que estivesse com o que era, enfim, um sintoma. Não aceitá-la pela manifestação do sintoma seria como puní-la segundo uma das técnicas.

Após muita discussão, que durou semanas, a equipe terapêutica optou por aceitar esta assinatura. Sem que fosse percebido, a instituição legitimou a união, com apoio do poder político local (prefeito que doou o vestido), considerando que a sexualidade de Clara fosse mantida dentro de um padrão passível de controle. Segundo a consideração de Nana, era pouco provável que seu delírio relacionado a seu casamento com Jesus se tornasse aceitável caso incorresse num comportamento considerado sexualmente promíscuo.

Clara, que considerava sua relação conjugal atual estável, contava com frequência sobre um relacionamento que teve no CAPS, com Valdemar, outro usuário que tinha diagnóstico de esquizofrenia. Clara descrevia este relacionamento com raiva, contando que já fez diversos boletins de ocorrência contra ele e havia pensado, em várias ocasiões, em processá-lo. Namoraram por quase três anos depois de se conhecerem numa fila do INSS. Numa noite ele a convenceu a manter com ele relações sexuais. Apesar de haver consentido, Clara contava que aquilo que a tornara doente. Após este episódio o relacionamento entre ambos terminou e Valdemar passou a ir com menor frequência ao CAPS por sentir-se “desanimado, descontente”.

Apesar de ser um dos primeiros usuários do CAPS, Valdemar tinha frequência pequena na instituição. Em seu prontuário constavam diversos períodos de abandono às consultas médicas e atendimento psicológico. A equipe terapêutica era unânime ao dizer que ele apresentava dificuldades em relacionar-se com os demais usuários por apresentar uma postura arrogante. Em relação à Clara tinha sempre uma fala, comentário ou comportamento irônico quanto a suas queixas e acusações. No período do estudo, ele procurava o serviço exclusivamente atrás de médicos, para solicitar receitas.

O relacionamento de Clara com Jesus era vivido por toda a instituição. Os usuários comentavam sua condição, sobre sua relação e fidelidade com seu marido. Os técnicos

alternavam momentos em que viam os sintomas como algo divertido e outros em que os viam com preocupação. Os usuários respeitavam as descrições delirantes de Clara, comentando sobre elas, muitas vezes em tom de voz baixo e de forma jocosa. Mas existia sempre uma forma de tolerância.

Ainda que não existisse nenhuma forma sistematizada de repressão a namoros ou relacionamentos afetivos, algumas das relações entre usuários não eram compartilhadas com a equipe técnica. Nana, uma das psicólogas, contava que existia uma cortina no palco e atrás dela os usuários namoravam. Após uma das reuniões de equipe, decidiu-se retirar a cortina.

Segundo uma das psicólogas da instituição, o grau de controle da equipe sobre estes relacionamentos era variado. Algumas vezes “*todo mundo namora todo mundo e ninguém sabe*”, segundo uma das psicólogas do CAPS, ao passo que alguns outros relacionamentos eram acompanhados muito de perto pelos profissionais.

Este último caso foi o que ocorreu com Eduarda e João Cunha. Ela faz acompanhamento no serviço desde 1999 e ele desde 1995, tendo sido um dos primeiros usuários. João e Eduarda estabeleceram um “relacionamento assumido, sério”, decidiram morarem juntos e compraram móveis. A equipe passou a desenvolver um trabalho diário de orientação. Durante o relacionamento, passaram a existir discussões e crises no namoro que, somados a situações de ciúme e dificuldades financeiras e de autonomia, levaram João a apresentar um episódio psicótico muito grave que o levou a ser hospitalizado após mais de 04 anos sem internações. Durante o relacionamento, este se queixava freqüentemente que as medicações dificultavam sua vida sexual. Durante o namoro “*eles passeavam na cidade e parecia um casal normal, ninguém dizia que eram do CAPS*”, segundo uma funcionária do local. Este exemplo é ilustrativo quanto ao olhar dos funcionários frente aos

pacientes que, ainda que estes tivessem aparência saudável, não eram considerados normais.

Manifestações de afeto ligado a relações de amizade são freqüentes e não mereciam preocupações dos técnicos. Marcos era um usuário de 22 anos, acompanhado por vários anos na APAE de Pedreira por Retardo Mental e que desenvolveu dependência química por crack aos 17 anos. Andava sempre de bermuda, camiseta e chinelos. Perdera há alguns anos dois dos dentes da frente e tinha um comportamento expansivo. Passou a fazer acompanhamento no CAPS em 1999. Estava há mais de 2 anos em abstinência de cocaína e freqüentava a instituição diariamente. Ia ainda 3 vezes por semana ao trabalho protegido, sempre supervisionado.

Antes de iniciar este acompanhamento, dividia seu tempo entre a casa, onde tem relações frágeis com seus avós que o criaram e a rua, onde passava a maior parte do tempo fazendo pequenos furtos para consumir crack. Tinha ainda dificuldades importantes de compreensão, prejuízo importante da crítica e alguns comportamentos impulsivos, que eram amenizados e sempre abordados em seu acompanhamento psicológico e no desenvolvimento de atividades de terapia ocupacional. Não fazia uso de medicações.

O trabalho protegido permitiu que fosse visto de forma mais positiva pela sua família. Ganhou mais autoridade em casa e era visto menos como um problema. Durante o trabalho de campo, insistiu, sempre com certo orgulho, em diversas ocasiões para que eu o acompanhasse ao trabalho, para que descrevesse sua atividade. Tinha muitos amigos no CAPS e passava parte da tarde, quando não estava no trabalho protegido, sentado na garagem que funcionava como uma sala de estar reunido com outros usuários.

Um de seus amigos era Carlos, de 25 anos epilético, também com retardo e idade mental próxima a de uma criança de 5 anos. Vivia com sua irmã Irene da qual demandava

uma atenção excessiva, segundo a própria se queixava. Inseguro, não se sentia bem em sair de casa sozinho e insistia para que ela o levasse para passear. Isto a sobrecarregava nos finais de semana que, segundo contava, tinha de dividir seu tempo em atender as demandas de seu marido, filho de seis anos e de Carlos. Irene contava que algumas vezes sentia-se enlouquecer porque ainda que Carlos fosse dócil, apresentava eventualmente sintomas psicóticos e tinha de ser hospitalizado. Assim, existia um medo constante em não atender aos pedidos do irmão, causando um surto de agressividade. *“No final de semana ele me deixa louco, fica me seguindo como uma sombra pela casa, pedindo para passear e por atenção. No domingo de noite fico horas chorando, dizendo para o meu marido que não agüento mais”*. O sobrinho de Carlos de 06 anos brincava com ele aos finais de semana e de noite, quando este não se encontrava no CAPS. Ele era o único que exercia alguma autoridade sobre o paciente, ameaçando sempre puni-lo com recusa a brincar.

Numa das tardes durante o estudo de campo, Carlos e Marcos estavam sentados na garagem do CAPS olhavam para o portão durante uma atividade de grupo quando esperavam para relatar como haviam passado o final de semana. Olharam-se, estenderam as mãos e cumprimentaram-se sem palavra e com um sorriso expansivo. Este contato espontâneo e cotidiano se repetia com boa parte dos usuários que viviam na instituição modelos “normais” de relação social. O modelo de reabilitação social no qual estruturava-se a instituição fornecia elementos que permitia a formação de redes de relação social que limitavam as vivências dos usuários aos seus pares dentro do próprio CAPS. A instituição era local de encontros e de reconstrução de universo de relações permeados, entre outras coisas, por afeto e acolhimento entre os pacientes.

### ***3.2) Psiquiatras, psicólogos, motoristas, terapeutas ocupacionais***

Em 1995 o CAPS havia sido constituído a partir de uma equipe já existente no município. Em 2003 esta equipe se modificara em parte. A criação da instituição e sua normatização em relação aos critérios do Ministério da Saúde para que continuasse a ser cadastrado como CAPS criou a necessidade de que houvesse sempre uma equipe mínima de profissionais. Isto fez com que a cada saída de um trabalhador fosse acompanhada de uma contratação que o repusesse. A totalidade destes trabalhadores está descrita no quadro a seguir.

Tabela VI - Trabalhadores do CAPS- Pedreira

Nome	Profissão	Grupo	Cidade de origem	Tempo de Trabalho no CAPS
Nana	Psicóloga	Equipe	Campinas	08 anos
Otávio	Médico Psiquiatra	Equipe	Amparo	02 anos
Cristiane	Médica Psiquiatra	Equipe	Campinas	02 anos
Fátima	Terapeuta Ocupacional	Equipe	Amparo	05 anos
Maria	Terapeuta Ocupacional	Equipe	Pedreira	03 anos
Eduarda	Psicóloga	Equipe	Pedreira	05 anos
Carla	Técnica de Saúde/ Monitora de TO	Equipe de apoio	Amparo	03 anos
Elza	Auxiliar de limpeza/ Monitora de TO	Equipe de apoio	Pedreira	02 anos
Patrícia	Recepcionista	Equipe de apoio	Pedreira	01 ano
Murilo	Motorista	Equipe de apoio	Pedreira	01 ano
Beatriz	Enfermeira	Equipe de apoio	Pedreira	06 meses

Conforme pode ser observado, existem algumas características dos trabalhadores da instituição que orientam a criação de sub categorias entre eles. Uma delas é a procedência, outra é o nível de escolaridade. Ainda que esteja descrita a formação específica de cada trabalhador de nível superior, esta distinção não era vista como fundamental. Não havia uma divisão específica de funções atribuíveis a terapeutas ocupacionais ou psicólogas, ao contrário do que foi observado em 1995 quando estas categorias se distinguiam quanto à função e papéis. A exceção era relativa aos psiquiatras, que eram vistos como parte de uma outra categoria, tanto por profissionais sem nível superior quanto para os pacientes. Outro critério importante na subcategorização dos trabalhadores do CAPS era sua escolaridade. Aqueles sem nível superior eram considerados como parte de uma equipe de apoio. Este subgrupo era definido como parte dos recursos humanos que permitia aos técnicos (ou profissionais de nível superior) desenvolverem suas práticas terapêuticas no âmbito do CAPS.

Os profissionais de nível superior faziam parte da equipe que se reunia mensalmente para discutir o funcionamento institucional, as práticas terapêuticas e os conflitos entre eles, pacientes e equipe de apoio. Entretanto, equipe era um conceito, que, em alguns momentos, podia se tornar flexível. Em algumas situações, um funcionário da equipe de apoio poderia referir-se a uma decisão como tomada em equipe e assumir-se como parte deste grupo. Estes critérios e a funcionalidade deste conceito serão discutidos adiante.

#### ***técnicos: Equipe como Ideologia institucional***

Conforme mostra o contrato de tratamento em anexo, existia uma divisão de obrigações entre família, equipe e usuário. Esta divisão dos personagens nestas três categorias é bastante funcional e amplamente utilizada no dia-a-dia da instituição. A

maioria das decisões é tomada não em nome do médico, da terapeuta ocupacional ou da psicóloga, mas atribuídas à equipe.

A idéia de equipe ultrapassava, entretanto, em muito, a noção de decisões consensuais no lidar com o usuário. A equipe era efetivamente uma entidade funcional, que legitimava as práticas institucionais e caracterizava toda a operacionalidade do CAPS.

Não parecia haver uma definição por parte dos técnicos sobre o significado de “equipe”. As definições atribuídas por eles reportam normalmente à idéia de grupo, de unidade funcional. Em entrevistas, colhidas durante o trabalho de campo foi possível identificar alguns pontos comuns presentes no discurso dos *técnicos*: unidade, companheirismo (segundo a coordenadora atual, “*é impossível trabalhar bem em equipe sem uma relação próxima e afetiva com os demais*”) e solidariedade. As definições eram vagas, prevalecendo o caráter funcional do conceito que legitima os procedimentos do corpo técnico da instituição.

A noção de equipe parece estabelecer-se por contraposição. Os profissionais do CAPS, efetivamente, trabalhavam num modelo antagônico a várias forças. Alguns dos princípios da instituição se contrapunham aos desejos de familiares de usuários, ao poder local e algumas vezes aos próprios usuários. Alguns exemplos podem ser citados com dados obtidos no trabalho de campo:

André era um usuário que passou a viver desde os nove anos de idade em instituições psiquiátricas, recebeu alta hospitalar no final de 2003. Sua mãe passou a procurar o CAPS quase diariamente solicitando o preenchimento de um laudo para que ele fosse novamente internado. André dominava pouco a linguagem, apresentava limitações em relação ao desenvolvimento de atividades terapêuticas e freqüentemente ficava agressivo e agitado. Nestas ocasiões gritava, tirava sua roupa e corria a esmo, como foi possível

presenciar durante o período do estudo. Após discussão entre os profissionais, decidiu-se que seriam tentadas várias abordagens antes de recorrer novamente à internação. A medicação prescrita passou a ser colocada em pequenos sacos de papel indicando o horário e a forma de tomada dos comprimidos. Também foi oferecido para que a mãe de André o levasse ao CAPS para tentar participar de atividades.

Como forma de pressão, a mãe de André deixou de dar as medicações e passou a levá-lo quase diariamente ao pronto-socorro do Hospital Municipal para que fosse medicado e, eventualmente, internado. Os médicos que o atendiam passaram a ligar para o CAPS solicitando internação após contato prévio com a coordenadora deste. A hospitalização era sempre negada em nome da equipe. Após várias semanas, deixou-se de investir no usuário e este foi finalmente hospitalizado. O exemplo ilustra a idéia de que a “equipe” existia no sentido de dar força e legitimidade às posturas contrárias ao desejo de familiares e mesmo de outras instituições de saúde locais. São ainda recorrentes exemplos que os profissionais contam sobre pressões que receberam de diferentes secretários de saúde e de diferentes instituições ao longo dos anos que precederam ao trabalho de campo.

Ainda que houvesse funcionalidade neste conceito na legitimação de práticas institucionais, o referencial de que as decisões tomadas em equipe eram democráticas inspiram uma outra contraposição - o antagonismo entre o CAPS e o Hospital Psiquiátrico. Fátima, terapeuta ocupacional trabalhou durante vários anos em um sanatório de uma cidade próxima. Segundo contava: *“tinha uma reunião de sexta-feira, em que só o diretor clínico falava. Algumas vezes alguém fazia uma proposta mais inovadora mas ela nunca era adotada. Sempre diziam que a administração não permitia”*. De fato, os hospitais psiquiátricos da região tendiam a tomar decisões de forma vertical, submetendo os profissionais a práticas pré-definidas.

A noção de equipe procurava quebrar a hierarquia entre profissionais na qual o psiquiatra tinha papel de liderança e deliberava acerca do tratamento. Assim, o conceito de equipe fortalecia a identidade do CAPS como instituição por oposição ao Hospital Psiquiátrico. Este discurso de oposição era muito mais forte naqueles profissionais que já haviam trabalhado em hospitais. Este sentido de oposição ao Hospital Psiquiátrico era um dos eixos da reforma psiquiátrica e fazia a noção de equipe como parte de uma ideologia

A noção de equipe pressupunha ainda uma capacidade de auto gestão do grupo. Segundo os trabalhadores entrevistados, os conflitos relacionados aos membros da equipe eram resolvidos entre eles, durante as reuniões e não eram levados, nem para a secretaria de saúde e nem para os pacientes. Para que deliberações provenientes do grupo de tratadores produzisse autoridade entre as duas categorias, usuários e técnicos, era necessário que as decisões ocorressem mediante consenso. Segundo a coordenadora da instituição, dois anos antes do início do estudo o prefeito municipal havia ligado pedindo que fosse emitido um laudo para internação de sua prima. *Ela não fazia acompanhamento aqui, vivia internada, não tomava remédio. Então falamos pro prefeito que não íamos internar. Falamos com jeito, mas não internamos.* Para Nana, psicóloga: *toda vez que muda o governo, o prefeito, nós ficamos preocupados porque sabemos que alguma coisa vai acontecer. A maioria dessa gente que entra na prefeitura e na secretaria não tem idéia do que nós fazemos, como a gente trabalha. Até a poeira assentar, é problema na certa.*

Desta forma, ainda que o consenso nestas circunstâncias não fosse destituído de conflitos e contradições entre os tratadores, estes não eram expostos fora do grupo. A noção de equipe servia simultaneamente como instância deliberativa, de oposição e de coesão institucional e de homogeneidade do discurso.

Ao longo dos anos que separaram os dois estudos de campo, houve a saída de quatro psiquiatras, três psicólogos e uma terapeuta ocupacional, sendo que todas estas perdas haviam sido repostas pela Secretaria de Saúde. Em relação à equipe de apoio, as trocas de faxineira, motorista e monitoras havia sido maior, sendo que os funcionários mais antigos estimavam entre 08 e 10 trabalhadores. O grupo de trabalhadores do CAPS no período do estudo tinha como característica ter membros que permaneceram no serviço, suportando dificuldades reconhecidas por eles com o tratamento de pacientes psiquiátricos. Ao contrário, na perspectiva dos funcionários, qualquer que fosse seu nível de escolaridade, estes estavam no *lugar certo*, segundo expressão utilizada em mais de uma ocasião. Segundo a coordenadora:

*“as pessoas que estão aqui são poucas, mas todas estão adaptadas e querem trabalhar aqui. Tem sempre um ou outro funcionário que entra e sai do CAPS, principalmente na recepção. Mas os técnicos não: a auxiliar de limpeza ajuda como monitora porque quer, porque gosta, porque aprendeu a trabalhar na TO. A Fátima era recepcionista antes de ser monitora também. Elas conhecem todos os usuários, gostam do que fazem. Já passou gente aqui que não deu certo e foi embora.”*

Desta forma, *equipe* passou a caracterizar ainda o grupo de *profissionais que ficaram*, de forma que permanecer passou a ser um processo de seleção para a construção do grupo, seu fortalecimento e o consenso atribuído às suas decisões.

### ***Funcionários e suas Subcategorias***

Os técnicos que trabalhavam na equipe técnica tinham basicamente 03 procedências: Campinas, Pedreira e Amparo. A origem e procedência dos profissionais implicavam numa importante diferenciação. Técnicos locais tinham uma relação com a

política local e com a comunidade bastante diferente. Este era o caso da coordenadora do CAPS: ocupava o cargo desde 2001 por decisão da equipe terapêutica. Outros técnicos locais estabeleciam relações pessoais com usuários e seus familiares por morarem na mesma cidade. Neste aspecto existia um contraste claro com os profissionais que viviam em outras cidades. Estes em sua maioria eram ligados à reforma psiquiátrica e articulados à saúde mental num âmbito público antes de serem contratados para desenvolverem um trabalho no CAPS.

Segundo uma das técnicas, alguns anos antes do estudo houve uma política originária da Secretaria de Saúde que priorizou o remanejamento de profissionais locais para o CAPS em detrimento de novas contratações. Este procedimento tinha como objetivo utilizar os profissionais da área de saúde mental que fossem originários de Pedreira, evitando com isso a necessidade de concursos públicos e diminuindo os custos operacionais da instituição. Estes remanejamentos resultaram na presença no CAPS de funcionários concursados e ligados às sucessivas gestões das Secretarias de Saúde. Ao contrário, os profissionais originários de outros municípios possuíam conexões com o movimento de reforma psiquiátrica que ocorria independentemente das mudanças políticas locais. Para mais de uma das técnicas (que não eram oriundas de Pedreira), existia uma diferenciação clara dada tanto pela política local quanto nas relações dentro do CAPS em função da origem dos profissionais. Ao contrário da ideologia pregada na noção de equipe, esta distinção implicava, em alguns momentos em hierarquização das relações na instituição.

Profissionais de nível superior e secundário eram diferenciados de forma hierarquizada dentro da instituição. Existia um sistema de referência para pacientes na qual um profissional servia como um contato privilegiado a um grupo de pacientes. Este procedimento freqüentemente implicava em pontos de interpenetração entre a equipe

terapêutica e os usuários. Um técnico de referência poderia acompanhar um paciente ao supermercado, tomar com ele um refrigerante, ir com ele ao banco. Ainda que não implicasse numa função técnica, foi vetada em reunião, que os funcionários sem curso superior desempenhassem o papel de profissionais de referência. A justificativa foi de que funcionários sem nível superior não teriam competência técnica para o desenvolvimento da atividade.

Entretanto, na prática, foi observado que funcionários sem nível superior eram capazes de dar informações muito precisas a respeito dos usuários. O motorista que os buscava e levava diariamente para casa conhecia toda a família de cada paciente, seus horários, compromissos, limitações e relações com o serviço. A proximidade destes trabalhadores com os pacientes ocorria de forma espontânea. No caso de funcionários locais, havia freqüentemente um conjunto de diferentes vínculos com os pacientes: alguns eram vizinhos, outros tomavam ônibus juntos. Em diversas ocasiões foi possível identificar a equipe de apoio como intermediária entre equipe técnica e usuários, como na solicitação de informações por profissionais de referência, na orientação para funcionários da equipe de apoio intervirem em conflitos entre os pacientes. Ainda que funcionários sem nível superior constituíssem fontes de informação acerca dos pacientes, eram impedidos de participar das reuniões de discussão de caso.

Da mesma maneira, a proximidade entre pacientes e funcionários sem nível superior era melhor tolerada. Ao menos 03 funcionários da equipe de apoio faziam uso de medicações psiquiátricas e já haviam sido atendidos no ambulatório de psiquiatria. Este fato era visto com naturalidade entre os funcionários. Entretanto, estas informações não eram comentadas junto aos pacientes, segundo os funcionários, para que a privacidade deles fosse preservada. Por outro lado, funcionários contavam que um dos técnicos que

havia trabalhado no CAPS há anos passou a apresentar episódios de confusão mental durante o período de trabalho, tendo isso criado uma situação extremamente tensa e desconcertante na instituição, inclusive junto aos pacientes. Foram realizadas reuniões, com e sem a técnica, junto à Secretaria de Saúde até que a funcionária foi persuadida a ser transferida do CAPS.

Assim, o acesso a algumas práticas, informações, e até a possibilidade de adoecer mentalmente eram pontos que definiam a existência de duas subcategorias entre os trabalhadores do CAPS. A identificação das subcategorias entre os tratadores não se limitava, no entanto, aos contrastes técnico/não técnico, locais/não locais. Ao contrário das terapeutas ocupacionais e psicólogas, que estavam ligadas ao serviço há vários anos, existia uma circulação bastante freqüente de médicos psiquiatras pelo serviço. Existiam duas noções presentes no discurso de toda a equipe técnica e que estava relacionada a esta freqüente troca de médicos:

- 1) **A possibilidade dos psiquiatras em serem substituídos** - durante os períodos em que o CAPS ficava sem psiquiatras, eram feitos contratos acordo junto à Secretaria Municipal para que outros médicos fornecessem receitas para os usuários do CAPS. Era freqüente também que as técnicas preenchessem receitas e enviassem para que o médico as assinasse e carimbasse.
- 2) **O serviço prescindia do médico para ser gerido**; ainda que fosse obrigatória a presença de psiquiatra para que um CAPS fosse credenciado. Conforme descrevia a coordenadora no período de estudo de campo: *“ficamos um longo período sem psiquiatra e sentimos dificuldades em algumas coisas. Mas afinal foi bom porque sabemos*

*agora que não precisamos deles*". Este discurso se alinhava a alguns discursos mais radicais ligados à luta anti manicomial que identificava no poder médico a perpetuação de um sistema de poder semelhante ao dos hospitais psiquiátricos.

Algumas outras situações são ainda ilustrativas em relação a esta independência do serviço em relação aos médicos. O número de reuniões de equipe durante o período de estudo foi bastante limitado, ainda que formalmente os técnicos devessem se reunir ao menos semanalmente. Foi possível contar quatro reuniões gerais, ainda que nenhuma destas tenha reunido todos os funcionários do serviço. Na penúltima destas reuniões constatou-se que o grupo se reunia pouco, o que o tornava homogêneo, discordante em relação às condutas. Decidiu-se então criar um cronograma de reuniões a partir da semana subsequente.

Na semana seguinte deu-se a última das reuniões presenciadas durante o trabalho de campo. Ao final desta, constatou-se que um dos médicos do serviço não havia sido convocado para a reunião por esquecimento de toda a equipe. Acordou-se que, no próximo encontro, ele deveria estar presente.

Uma das psiquiatras que esteve no serviço apresentava nos prontuários descrições detalhadas de procedimentos médicos e de suas hipóteses diagnósticas. Ainda que fosse considerada de forma unânime uma boa médica, estabeleceu um contato muito limitado com o restante da equipe terapêutica. Segundo uma das técnicas, ela *“chegava, dizia bom dia, entrava na sala, atendia seus usuários, se despedia e ia embora. Não conversava”*. Quando questionadas sobre a iniciativa da equipe em aproximar-se dela, a mesma técnica confessou que esta iniciativa nunca existiu. O aspecto da profissão parece ser relevante

porque existia, em relação a esta psiquiatra proximidade de idade, classe social e outras finalidades que poderiam favorecer uma aproximação.

É possível assim que a noção de equipe não englobe todos os profissionais da instituição. Pertencer à equipe exige um longo tempo de permanência no CAPS, ter formação superior na área de saúde mental e não ser paciente. A existência de trabalhadores que não fazem parte da equipe cria uma categoria intermediária entre esta e o grupo de usuários. Pertencer à equipe é, enfim, o ponto final de uma série de categorizações por oposição que se faz entre os personagens que convivem no CAPS.

#### **4) A institucionalização das relações sociais no CAPS**

As categorias descritas foram observadas numa instituição cujas práticas terapêuticas, assim como a relação entre as categorias se construíram e se modificaram ao longo dos últimos dez anos. Institucionalmente esta construção se deu por referências locais, como é o caso da distinção de trabalhadores de Pedreira e de fora de Pedreira, assim como a partir de referenciais externos. Estes últimos seriam as intermediações realizadas por acessores da Direção Regional de Saúde, assim como os contatos de alguns trabalhadores com capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde e da inserção de técnicos no movimento da reforma psiquiátrica. Produto de diferentes processos, a instituição consolidou-se dentro deste modelo descrito.

O CAPS estudado, assim como os demais, não era uma instituição cujo surgimento, conforme vimos, deu-se de forma espontânea. Ao contrario, se alinha a um movimento político-social com objeto e finalidades específicas. Tomando como referência dois projetos escritos para esta instituição (em anexo) observamos como objetivos:

- em 1995- Entrar em contato com sua espontaneidade e desenvolver seu processo criativo.
- Em 2003 - Através de atuação interdisciplinar proporcionar resgate da saúde mental, da cidadania, encontrando lugar na família e sociedade.

Tendo como parâmetro as prerrogativas da instituição dadas pelo Ministério da Saúde (ver capítulo II), identificamos que os objetivos descritos em 2003 se alinham mais à instituição projetada para ser implantada em nível nacional. Assim, os CAPS são unidades funcionais, dotadas de práticas com objetivos.

Anteriormente, foram descritas categorias e a relação entre elas, entretanto sem que os aspectos da funcionalidade institucional fossem discutidos. Assim, o que surgiu nesta instituição após oito anos de consolidação das práticas e relações sociais é funcional no sentido de ressocialização dos pacientes? Foi observado que existe a construção de relações no interior da instituição, mas o quanto estas correspondem aos objetivos institucionais?

Existe pouco consenso na literatura quanto ao significado de ressocialização e de reabilitação social particularmente em relação a quadros psiquiátricos graves, como esquizofrenia (Bachrach, 2000). Assim, ainda que haja uma literatura consistente sobre os processos de exclusão ligada ao modelo hospitalar (como são os textos de Goffman, 1972; Castel, 1978 Foucault, 1978), pouco se sabe sobre a forma, o alcance ou a funcionalidade dos processos de ressocialização promovidos pelos CAPS.

A discussão ganha complexidade na medida em que remete a um debate entre as razões da perda de sociabilidade de pacientes psiquiátricos graves, porque parte do que é considerada disfunção nas relações sociais de pacientes psiquiátricos decorre dos próprios

sintomas das doenças. É difícil definir até onde as transformações na rede de relações sociais, assim como as perdas ocorrem em função exclusivamente dos sintomas psiquiátricos dos pacientes e até que ponto ocorre em função de situações criadas institucionalmente.

Goldberg (2001) realizou estudo com aplicação de escalas de avaliação de timidez e retraimento num grupo de 23 pacientes esquizofrênicos em contraste com 23 controles sem diagnóstico psiquiátrico. Verificou-se que pacientes esquizofrênicos apresentaram significativamente maiores escores de timidez e menores de sociabilidade. Timidez e retraimento fazem parte do espectro dos chamados sintomas negativos como falta de prazer e indiferença afetiva (Parker, 1997; Tammaga, 1998). Sintomas negativos são normalmente associados à disfunção na sociabilidade. A descrição clássica da esquizofrenia inclui a chamada “personalidade pré-mórbida” (Kaplan, 1999) que inclui retraimento e embotamento afetivo. Quanto mais precoces e mais intensos tais sintomas, pior o prognóstico da doença (Addagton, 1993), assim como pior funcionamento social. Estas características dizem mais respeito aos indivíduos como pacientes do que como agentes sociais.

Modelos teóricos baseados na concepção que posturas críticas em relação à doença e etiologia por parte da família são indicadores de pior prognóstico da doença (Kleinman, 1980). Estroff (1981) desenvolveu um estudo etnográfico no qual investigou a adaptação de pacientes psiquiátricos em tratamentos comunitários. A investigação procurava estratégias de como uma pessoa identificada como “louca” poderia viver em comunidade. Vistas “de fora” as estratégias observadas pela autora apontavam para uma não integração. Os pacientes apresentavam limitações nas relações sociais, preferindo a outros pacientes como

relações preferenciais e apresentando, em geral, postura de retraimento social. Entretanto, a partir da experiência dos próprios sujeitos, a atitude de ter outros pacientes psiquiátricos como referência central de sua rede de relações representa uma escolha “saudável”, uma vez que procuram pessoas com valores, recursos e experiências comuns.

Os laços entre pacientes esquizofrêncos e familiares são apontados como particularmente frágeis. Garrison (1978, 1977) comparou os tipos de redes sociais e comportamentos de apoio utilizados por pacientes psiquiátricas portorriquenhas com diferentes níveis de gravidade clínica. A autora observa que o processo de retraimento social em esquizofrenia ocorre de forma escalonada e conforme uma ordem específica de perdas. As relações conjugais perdem-se primeiro, as relações para família nuclear e estendida (com a exceção de laço de pai-criança) em segundo. As relações com pessoas com conexões mais frágeis (amigos, vizinhos, amigos de igreja) normalmente se mantêm, com exceção de pacientes com o maior grau de cronicidade e dependentes de instituições sociais (por exemplo, instituições psiquiátricas). Ocorre, no entanto, a construção de uma nova rede de relações sociais, na qual estão presentes, segundo a autora, vizinhos, amigos próximos, filiados a igrejas pentecostais e espíritas.

A literatura, desta forma aponta para um fenômeno comum de perdas nas relações sociais, decorrente tanto dos sintomas e de processos sociais que independem da existência de hospitais psiquiátricos. Os pacientes em tratamento no CAPS estudado apresentavam já perdas anteriores ao tratamento. A noção de reconstrução utilizada neste capítulo diz respeito ao processo posterior a estas perdas e que se dá no interior da instituição. Neste sentido, a discussão da sexualidade dos pacientes e dos contatos íntimos no interior da instituição é ilustrativa para a compreensão desta reconstrução.

O estudo de campo identificou entre os pacientes entrevistados, a sexualidade é frequentemente observada como um importante parâmetro de ressocialização e de normalidade, nos dois momentos do estudo e, em particular, entre os pacientes do sexo masculino. O tema da sexualidade entre pacientes psiquiátricos graves tornou-se uma preocupação de saúde pública nos EUA quando se identificou o grupo de pacientes com esquizofrenia como sujeitos a contaminação pelo vírus do HIV (Miller LJ, Finnerty M, 1995; Miller LJ, 1997). De uma forma geral, verificamos que alguns aspectos são específicos para pacientes com esquizofrenia. Entre estes podemos citar: 1- menor acesso a possíveis parceiros por discriminação, desaprovação social e medo, efeitos colaterais das medicações (diminuição da expressividade, distonias musculares, ganho de peso); sentimentos de menos valia e auto-imagem associada a pouca atratividade física (McCann, 2000).

Temas relativos à sexualidade estão presentes em todos os recortes deste estudo. Na descrição da relação entre os pacientes em 1995, verificamos o papel assumido por André no grupo decorria de um status dado pelo seu discurso acerca de sua atividade sexual. O papel de liderança decorria do acesso a mulheres descrito por ele e não compartilhado por seus colegas. Da mesma forma, o tema de acesso a mulheres era o mais presente no grupo do trabalho protegido. Ainda, João namorou outra paciente e chegou a viver junto com Eduarda, conforme descrito, e o fim da relação culminou em sua piora clínica e hospitalização.

Ellen Corin (1992) descreve um comportamento característico de pacientes esquizofrênicos em se retraírem e diminuírem o contato social, numa limitação pessoal que os deixa menos sujeitos a situações de frustração e, conseqüentemente, diminuindo o risco

de reagudizações e reinternações. Este “retraimento protetor” é um dos modelos criados no limiar da experiência pessoal, da psicopatologia e das relações sociais. A sexualidade, conforme descrita pelos pacientes do CAPS, parece pertencer a um grupo de comportamentos que se encontram no limiar do perigo e da exposição excessiva. Um fracasso amoroso não causa apenas sofrimento e desconforto, mas pode levar a uma internação. Neste sentido, o CAPS parece ser um ambiente mais seguro para encontrar alguém e muitos dos pacientes procuram a instituição para conhecer e conviver com outros pacientes. Considerando circunstâncias comuns a pacientes esquizofrênicos, como possibilidade menor de contatos afetivos, sentimentos de discriminação e desaprovação social (McCann, 2000), o CAPS aparece como a viabilização de contatos sociais que não ocorreriam espontaneamente.

O convívio entre os pacientes é estimulado, observando algumas regras (vide contrato, anexo) e o contato social visto como forma de ressocialização. O estudo das relações entre os pacientes, tanto em 1995 quanto em 2003, mostrou que estas relações tendem a tornarem-se suficientes aos usuários do CAPS. Este modelo institucional proporciona inclusão, mas num grupo social específico, numa condição protegida, com limites definidos, seja nas portas de uma perua de transporte, seja no trajeto que os pacientes percorrem juntos diariamente.

Assim, o Centro de Atenção Psicossocial constitui-se como um local de encontro onde as relações sociais são controladas, supervisionadas e tuteladas. Promove um ambiente acolhedor e seguro onde as relações sociais são possíveis (mesmo quando geram conflito). Para os técnicos, atividades terapêuticas não ocorrem *por obrigação*. Assim, é chamado de “tarefismo” o procedimento de obrigar os pacientes a cumprirem uma agenda de atividades diárias. São encontrados muito freqüentemente usuários sentados

conversando, o que não é visto de forma negativa nem inviabiliza a vinda destes ao CAPS. Ao contrário, estar no CAPS parece cumprir uma função institucional de convivência. Ou uma *função clube* do Projeto, o que substitui a proposta inicial da reforma psiquiátrica em reinserir socialmente transformando o olhar social frente à loucura.

A constituição deste espaço no qual as relações entre os pacientes se dá de forma protegida é constituída a partir de uma normatização. Algumas destas normas não foram descritas e ocorrem informalmente, sem sistematização. É o caso de alguns namoros que são permitidos enquanto outros não, como foi descrito o papel da cortina do palco. Outras normas são sistematizadas nos projetos institucionais.

#### **4.1) Os projetos e normas de relação social**

Em duas ocasiões diferentes, as práticas terapêuticas desenvolvidas no CAPS e os referenciais teóricos que as norteavam foram documentados. Na primeira ocasião, em 1995, num projeto que tinha como objetivo o credenciamento de um serviço que vinha sendo implantado. O surgimento da instituição era creditada a uma necessidade da equipe em promover uma diversificação do atendimento e sua humanização. Na segunda ocasião, de 2002, o documento tinha como objetivo o re-credenciamento e continha uma descrição acerca da instituição bastante diferente daquele escrito 07 anos antes.

Estes documentos constituem um norteador de:

1. delimitação de categorias,
2. delimitação de obrigações e direitos de cada uma destas categorias e
3. horários, descrição de uma rotina institucional prevista.

Os contratos indicam, sobretudo, algumas das regras no interior das quais as relações entre diferentes categorias sociais ocorrem. No quadro a seguir estão resumidos, comparativamente, os dois projetos consultados.

Quadro XVI - Aspectos gerais dos projetos e contratos, 1995 e 2002

Conteúdo do projeto	1995	2002
<b>Perfil dos usuários do serviço</b>	<b>Pacientes</b> de Pedreira, egressos de hospitais ou com demanda espontânea. Ampla gama de diagnósticos ( <i>pacientes com distúrbios mentais, alcoólatras e drogaditos e neurótico dispersivo</i> ). A equipe selecionava os pacientes.	<b>Usuários</b> da Saúde Mental e seus familiares: deficiência/retardo mental, esquizofrenia, “psicose maníaco-depressiva” (atualmente chamada de transtorno afetivo bipolar), neuroses (depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, etc), problemas psiquiátricos dos pacientes epiléticos
<b>Objetivos do CAPS</b>	- Entrar em contato com sua espontaneidade e desenvolver seu processo criativo.	- Através de atuação interdisciplinar proporcionar resgate da saúde mental, da cidadania, encontrando lugar na família e sociedade.
<b>Obrigações referidas no contrato/ proibições</b>	- Participação de 80 % das atividades - Agressões físicas - Uso de álcool/drogas - Troca/empréstimo e venda de objetos - Namoro nas atividades - Receber visitas	- comparecer ao Caps em dias e horários a serem previstos pela equipe - seguir orientações incluindo as medicamentosas - permanecer no CAPS durante as atividades - justificar ausências - ir a consultas médicas com familiares
<b>Obrigações da equipe</b>	Sem discricção	- Acolhimento do pacientes - Desenvolvimento da sociabilidade - Orientação durante internações

O projeto de 1995 foi escrito no período da implantação do serviço, quando as atividades eram desenvolvidas em espaços diferentes. É efetivamente um projeto, na

medida em que não existia propriamente uma instituição, mas atividades, um grupo de pacientes e funcionários públicos que seria seus precursores. Em 2003, o projeto é mais um retrato institucional, congruente a um conjunto de práticas e normas existentes em instituições semelhantes em todo o país.

O funcionamento, projeto terapêutico e o próprio discurso dos profissionais envolvidos na construção do Centro de Atenção Psicossocial em 1995 não correspondem à instituição que se consolidou posteriormente. Exemplos corroboram esta perspectiva:

1) Não existe distinção do tratamento oferecido para pacientes psicóticos e para pacientes dependentes químicos no primeiro projeto terapêutico (1995). Ao contrário neste consta a existência de atividades para “drogadictos” e “alcoolistas” no CAPS. Para a reforma psiquiátrica existe uma grande especificidade nos processos sociais que culminaram na exclusão do louco e, portanto, as instituições criadas para seu tratamento devem comportar em sua estrutura esta singularidade. Esta diferenciação acentuou-se ao longo dos oito anos subsequentes; no campo legal, a regulamentação do tratamento para dependência química e para pacientes psicóticos prevê diferentes instituições nas quais se dá a abordagem (portaria GM de 19 de fevereiro de 2002).

2) O projeto terapêutico de 1995 tem um caráter normativo, reformista e muito semelhante às propostas presentes nas comunidades terapêuticas quando comparado ao de 2002 (ver capítulo II). Observa-se, por exemplo, a obrigatoriedade da permanência no CAPS durante todo o período de atividades, a exclusão do programa no caso de falta (não é explicitado o número), com grande preocupação no estabelecimento de limites aos pacientes. Os pacientes de 1995 passam a ser usuários de 2002. Ainda, a apresentação não descreve enfrentamento aos processos de institucionalização, mas de humanização do tratamento. A perspectiva é de reformar o atendimento ao invés de propor uma ruptura

com o modelo hospitalar. Existe ainda uma delimitação hierárquica clara entre pacientes e equipe técnica, sem a descrição das obrigações desta última. Esta hierarquia fica explícita na intenção de *informar* os familiares a respeito do diagnóstico em grupos e entrevistas, como descrito no projeto, ao invés de negociar significados.

No estudo realizado em 2003, o CAPS já compreendia uma instituição que proporcionava aos usuários uma ampliação desta rede de relações sociais. Mas, ainda assim, esta rede observava alguns limites externos. Os pacientes relacionavam-se muito preferencialmente com outros pacientes, o contato com a família limitava-se aos períodos menos sintomáticos, a relação com a sociedade era intermediada por uma perua. Mesmo os pacientes que voltavam para casa de ônibus, o faziam em grupo. Entretanto, observamos no projeto da instituição referenciais convergentes à reforma psiquiátrica. São descritos, por exemplo, processos de resgate da cidadania, multidisciplinaridade no tratamento e, particularmente, a existência de um final ao tratamento (*“não esperamos que os usuários permaneçam indefinidamente no CAPS”* - projeto 2002).

No estudo etnográfico realizado em 1995 foi descrita uma reunião entre os profissionais de nível superior e uma funcionária que começava a trabalhar junto à equipe. Debatia-se se era possível discutir casos clínicos com esta última. Existe nesta postura uma noção de equipe corporativa, baseada na formação em nível superior, com pouca flexibilidade de papéis. Esta concepção de equipe é centralizada no saber médico, ao contrário das representações acerca da categoria de equipe terapêutica, descritas em 2003, quando equipe define-se primordialmente por oposição.

#### **4.2) Família como uma representação**

Ainda com referencia aos projetos, em 2002 há referencia a uma terceira categoria além de usuários e técnicos: a família. Ao contrário, em 1995 ignorava-se este personagem,

ainda que no programa de atividades conste a existência de grupos com familiares. Era esperado, em 2002, que houvesse uma presença intensa de familiares no tratamento, considerando que esta é fundamental ao bom funcionamento do programa institucional.

Entretanto, durante o trabalho de campo não se identificou nenhuma atividade junto aos familiares. Muitas vezes os técnicos queixavam-se asperamente de familiares e do fato destes não contribuírem no tratamento e mesmo atrapalharem em diversos momentos. Assim, três pontos chamam a atenção: 1) em 1995 não existiam expectativas em relação à participação de familiares no tratamento; 2) em 2002 era exigida esta presença da família (o contrato registra a assinatura de um familiar do paciente); e 3) ao contrário do acordado, a ausência da família de familiares não inviabiliza o tratamento.

Segundo uma das psicólogas presente em Pedreira desde 1995, a participação da família no tratamento permitia que fossem feitas alianças, contratos para o tratamento. Aspectos objetivos estavam envolvidos nesta exigência: muitas vezes pacientes ficavam à espera de familiares até o CAPS fechar às 17 horas, contrariando contratos realizados no início do tratamento. Outro aspecto era a administração de medicação é que, freqüentemente, não era feita pela família. Em outras situações, ainda segundo a psicóloga, os familiares julgavam o paciente como vagabundo e não como doente. O papel da equipe era intervir nestas concepções, “explicar, orientar”, segundo a psicóloga.

Mas este papel era muito pouco desempenhado na medida em que a família do paciente só ia ao CAPS mediante convocação. “Alguns deles nunca vêm”, contavam os técnicos. Para a psicóloga, em 1995 não existia a noção da importância do papel da família e por isso “não nos preocupamos em citá-la no projeto”. Outro motivo para esta ausência foi que “também não sabíamos que as famílias tinham tanto descaso com os pacientes. Não

sabíamos que ia ser tão difícil que eles participassem do tratamento. A maioria só quer largar eles aqui”.

Ainda que esta ausência ocorra, familiares ocupam as falas dos técnicos na maior parte das discussões de caso. São constantemente referidas as dificuldades de abordagem da família, histórias de possível abuso sexual e conjecturas acerca dos motivos de rejeição dos pacientes. Um dos caracterizadores do paciente é sua família e mediante esta ausência, os usuários incorporam em sua história sua relação familiar. Um paciente, por exemplo, é alguém cuja família o rejeita ou aceita, ou que acredita que o problema é religioso e não dá remédio, ou mesmo que é continente, tolerante. Pacientes cujas famílias eram menos presentes no tratamento eram olhadas com mais cuidado, eram mais frequentemente discutidos em reunião e tinham uma presença mais marcante na instituição.

O caso descrito a seguir foi resumido a partir das informações de prontuário e da entrevista com duas das técnicas, uma delas psicóloga e outra terapeuta ocupacional.

DM, usuário com diagnóstico em prontuário de esquizofrenia, atendido em regime intensivo frequentava o CAPS diariamente. Tomava boa parte de suas medicações na instituição durante à tarde ainda que estas lhe causassem sonolência. Quando questionada, a terapeuta ocupacional da equipe contou que haviam sido realizadas diversas tentativas no sentido de orientação sobre uso adequado das medicações prescritas. No entanto, a mãe do usuário, com quem este morava, insistia em regular a medicação segundo sua própria vontade. LS, mãe de DM procurou o serviço para queixar-se da sonolência de seu filho. Após longa negociação comprometeu-se a administrar a medicação segundo prescrição, após longa orientação.

Eram muito frequentes casos como o acima descrito. A equipe terapêutica encarregava-se de administrar a medicação em usuários cujas famílias eram consideradas insuficientes, mesmo que isto incorresse em prejuízo. Além da justificativa pragmática (DM apresentava piora significativa de sintomas psicóticos produtivos como alucinações auditivas quando fazia uso inadequado das medicações), observou-se uma iniciativa de substituição da família pela equipe em funções que são atribuídas a primeira. Outros exemplos de casos corroboram esta observação.

GL usuário com diagnóstico de esquizofrenia, era acompanhado 03 vezes por semana no CAPS, vivia apenas com sua irmã que trabalhava em uma das fábricas de porcelana da cidade. Em junho de 2003 apresentou piora de sintomas psicóticos, tornando-se agitado, inquieto e ansioso. Afastou-se da instituição e sua irmã passou a ligar relatando esta piora. Ainda que houvesse impossibilidade de atendimento médico imediato, a psicóloga da equipe, que servia de profissional de referência para GL, insistiu para que ele fosse levado ao CAPS “para passar o dia e olharmos ele de perto”. Sua justificativa foi que “apesar de não poder ser atendido pelo médico, é melhor ficar com a gente cuidando dele aqui que sozinho em casa”.

O caráter intervencionista e de proteção a usuários intensivos reflete numa constante luta para que eles não voltem a ser hospitalizados. Existia um investimento contínuo da equipe neste sentido. A hospitalização era vista como um movimento por parte dos familiares em diminuir o peso do convívio com pacientes psiquiátricos. Hospitalizar um usuário era visto também como fracasso do projeto terapêutico. Era comum que esta postura ocasionasse um choque entre a família dos pacientes e a equipe. Segundo Lola, terapeuta ocupacional, “as famílias não se acostumam a tolerar os sintomas e procuram

mandar o usuário para o hospital na primeira oportunidade. Algumas vezes até param de dar remédio”.

O suposto desejo de familiares em hospitalizarem os usuários do CAPS decorria segundo os técnicos de uma deficiência, fosse da capacidade de tolerar as diferenças, fosse de afeto. Este caráter deficitário da família, freqüentemente implicava, assim, num movimento da equipe em substituir o que era considerada uma falha ou incapacidade.

#### **4.3) Adesão, negociação e controle**

Dentro da rotina do CAPS, usuários faziam uso de medicações prescritas por médicos durante a permanência na instituição. Administrar a medicação era um atributo da terapia ocupacional *“como não temos enfermeira na maior parte do tempo, temos que fazer isso nós mesmas”*, dizia uma das terapeutas. Uma ou duas vezes por semana, uma delas se fechava durante toda uma tarde em uma das salas e preparava *“saquinhos”*, com medicação preparada do que devia ser tomado à noite ou durante o final de semana. *“Isto é feito quando o usuário está tomando errado ou quando ele toma vários comprimidos de uma vez só, o que é perigoso para ele. Na maioria das vezes chamamos a família e explicamos: olha, tem que tomar assim, mas muitas vezes as famílias não entendem e a gente tem que fazer saquinho. É difícil parar de fazer saquinho. Não tem uma programação - vamos fazer saquinho por um mês, por exemplo. É um trabalho que acumula”*.

Nos prontuários não havia anotações médicas que definissem quais eram os usuários que deviam fazer uso de medicação de forma monitorizada. Quem definia quando o usuário tinha ou não capacidade de controlar, sozinho, a própria medicação ou não eram os psicólogos e as terapeutas ocupacionais. O nome dado para esta capacidade era *“autonomia”*, categoria utilizada em diversas *“atividades da vida diária”* ou *“AVDs”*.

A tomada de medicações não era ritualizada no CAPS, ou seja, os usuários não faziam fila, não havia a “hora da medicação”, como havia a hora do lanche e do almoço. Às 14 horas, por exemplo, um dos técnicos, normalmente uma das terapeutas ocupacionais, avisava os demais que iria dar os remédios. Ia até o armário, abria os potes, com o esquema da prescrição, separava as medicações e distribuía abordando usuário por usuário. Alguns procuravam os profissionais e lembravam “é hora do meu remédio”. Durante o período do trabalho de campo não foi observado nenhuma resistência à tomada da medicações, com exceção de um episódio. Neste, um usuário, Luiz, não quis fazer uso dos comprimidos. Vários outros usuários que estavam ao seu redor insistiram para que ele usasse, dizendo “se você não tomar vai ficar ruim” ou, “se você não tomar remédio vai ouvir vozes”. Luiz irritou-se e foi embora, indispondo-se com os outros usuários, mas não com a profissional que lhe oferecia a medicação.

Via de regra, os usuários do CAPS estabeleciam uma relação harmoniosa com o uso de medicações (ou os usuários que freqüentam o CAPS eram aqueles que tomavam remédio). *“Eu tenho que tomar remédio. Se não tomar, eu sei que vou ouvir vozes, eu fico muito louca e então eu tomo. Se fico muito ruim, eu até peço pro médico aumentar”*.

Existiam queixas em relação ao uso de medicações *“elas engordam, olha como eu estou. A boca fica seca também, mas tem que tomar”*. Piora clínica normalmente relacionava-se ao uso das medicações de forma inadequada e, uma vez que os usuários eram bastante conhecidos pelos técnicos, logo se percebia o problema. Alguns usuários eram notoriamente mal aderentes aos esquemas medicamentosos. *“O Paulo toma remédio do jeito que quer, o Luiz também. Não adianta explicar e já levamos o caso deles pra reunião. Um dia o Luiz vai piorar e vai acabar internado porque a família dele não tem paciência nenhuma”*.

Dezessete dos usuários que freqüentavam o CAPS em regime semi-intensivo e intensivo faziam uso de medicações desenvolvidas mais recentemente e que eram fornecidas por um programa de medicação de alto custo do Ministério da Saúde. Para que fizessem uso destas drogas, os usuários deviam ser caracterizados com diagnóstico de esquizofrenia, ou transtorno esquizoafetivo, e serem refratários ao tratamento, ou seja, não haverem apresentado melhora significativa com uso de antipsicóticos ditos “convencionais”. Estas, mais comuns e fornecidas pela Secretaria de Saúde de Pedreira, desenvolviam efeitos colaterais como tremores, rigidez articular, diminuição da mímica facial e diminuição da amplitude dos passos ao andar. Existia um processo de solicitação das medicações que incluía uma longa lista de documentos a serem preenchidos, solicitação com relatório médico detalhado e justificativa para a prescrição. Havia ainda uma longa espera para que o pedido fosse avaliado e aprovado, Durante o período do estudo, o tempo médio entre a solicitação e o início do fornecimento da droga era de dois meses.

Os usuários que vinham em uso destas medicações modernas, em sua maioria, apresentaram melhora clínica global, controle da agressividade e passavam a freqüentar o CAPS com maior freqüência. Este achado surpreendeu na medida em que a freqüência com que o usuário ia ao CAPS era, segundo os técnicos, proporcional a sua gravidade clínica.

Enaldo, um dos usuários de olanzapina, uma das medicações de alto custo, interrompeu uma seqüência de internações psiquiátricas e espontaneamente passou a freqüentar o CAPS de uma vez ao mês quando ia a consultas médicas para duas vezes por semana, inserindo-se a pedido próprio no trabalho protegido. Após algumas semanas com maior freqüência no CAPS, Reinaldo começou a namorar uma outra usuária, Dirce, que ia ao serviço também em regime intensivo. A observação deste fato sugeria que 1- O CAPS era referência de sociabilidade dos usuários sendo que a remissão, ou a diminuição dos

sintomas psicóticos implicava na retomada de relacionamentos na instituição e a piora clínica associava-se ao afastamento do CAPS. Ou 2- A melhora clínica aumentava a frequência das idas de usuários ao CAPS e este fenômeno era associado ao uso adequado de medicações. Assim, o uso de antipsicóticos funcionava no sentido de manter o usuário institucionalizado, criando um vínculo estreito entre eficácia da instituição enquanto ambiente de inserção social, melhora clínica e uso de medicamentos.

Valdemar, antigo namorado de Clara era bastante queixoso. Reclamava de efeitos colaterais da medicação, do que ocorreu em sua vida, de sua separação e do tratamento que lhe era dado no CAPS. Contava que em um determinado momento, os técnicos *“falaram para que eu passasse a ir nos horários que eles me falavam ou que não fosse mais porque aquilo lá não é uma praça nem um parque”*. Dizia que fora um dos fundadores do CAPS e exigia um tratamento de respeito. Debatia exaustivamente sobre uso de medicações e normalmente seus comprimidos terminavam antes do previsto o que sugeria, segundo os técnicos, que ele fazia uso de suas medicações como lhe convinha. Esta postura de Valdemar frente aos horários, assim como frente às medicações, assim como sua assiduidade esporádica a despeito das regras e limites impostos pelo CAPS era bastante incômoda à equipe. Esta postura era ainda vista como explicação para a baixa adesão do paciente no tratamento, ainda que ele dissesse que não ia ao CAPS por sugestão dos próprios técnicos.

### ***Adesão***

Ainda que o papel do médico fosse afirmado, em algumas circunstâncias, como substituível no tratamento oferecido no CAPS, era corrente para os profissionais e usuários a concepção o uso de medicações era parte fundamental para o tratamento. Os profissionais não médicos sabiam quais pacientes deviam fazer uso de medicação durante o tempo

passado na instituição. Estes técnicos, ainda, percebiam quando os pacientes “*não tomam remédio direito*” e sabiam ainda o papel de cada medicação. Apesar disso, existia uma postura de não interferência na conduta medicamentosa. Um psicólogo ou terapeuta ocupacional nunca oferecia uma medicação a mais ou alterava alguma dose. Durante os períodos em que o CAPS estudado funcionava sem psiquiatra, os pacientes em crise eram encaminhados ao pronto socorro ou ao centro de especialidades para serem consultados, mesmo que este atendimento fosse feito por clínicos não especialistas. Durante os períodos em que os pacientes se encontravam bem, receitas eram feitas pelos profissionais do CAPS e encaminhadas ao médico do pronto socorro junto ao prontuário para que as receitas fossem assinadas.

Assim, a escolha das medicações prescritas não era considerada um atributo de profissionais não médicos ao passo que o controle das medicações e de seus efeitos era. A importância de uso de medicamentos era considerada inclusive por pacientes que se estimulavam uns aos outros a se utilizarem às medicações como forma de controle de sintomas. Apesar disso, piores clínicas eram sempre atribuídas à baixa adesão às medicações. Era comum que isto se desse em função de queixas de efeitos colaterais, particularmente ganho de peso e disfunção sexual. Entretanto, a leitura que os pacientes faziam da medicação era particular de cada um deles: o referencial médico não era o norteador único do uso de medicações.

Esta postura não é surpreendente: Hayes-Bautista (1976) verificou que pacientes desenvolvem comportamentos “próprios” relacionados ao uso de medicações no sentido de deter controle em relação ao próprio tratamento. O autor encara a baixa adesão como uma demonstração deste controle, como um conjunto de práticas (e táticas) para diminuir a

assimetria existente entre o poder do médico e do paciente durante o tratamento. Modificar a prescrição proposta seria uma forma do paciente se apropriar do poder médico.

Esta postura era normalmente bem tolerada, mas freqüentemente se observava que pacientes que apresentavam piora clínica por não usarem a medicação como prescrito passavam a ser vistos com mais freqüência. Pacientes que pioravam por este motivo passavam a ser vistos diariamente, tomando remédio no próprio CAPS. Normalmente esta conduta era antecedida por uma tentativa de controle menos invasiva: “fazer saquinhos”, colocar a medicação com registro dos horários a serem utilizadas em saquinhos de papel. O modelo institucional no CAPS permitia um controle muito maior que o que ocorre normalmente.

Aderir ao tratamento objetivado ao paciente incluía uso de medicações e a instituição organizava-se para que houvesse garantias quanto a isto, uma vez que o controle adequado dos sintomas era condição necessária para que o tratamento no CAPS fosse viabilizado. Os técnicos do CAPS conheciam as medicações prescritas a cada um dos pacientes de regime intensivo. Quando um destes “sumia”, a primeira das hipóteses explicativas era a baixa adesão medicamentosa e conseqüente piora clínica. No caso dos pacientes cujas medicações eram fornecidas em saquinhos, esta hipótese se acentuava, uma vez que as medicações eram fornecidas no serviço. Eram freqüentes as visitas domiciliares quando se constatava que o paciente estava sem medicações psiquiátricas.

Por outro lado, em algumas situações os técnicos demonstravam flexibilidade em relação à baixa adesão. Segundo uma das psicólogas do serviço:

*“...e ela não tomava remédio de jeito nenhum. Dizia que se tomasse remédio ficava dormindo o dia inteiro e não conseguia vir no CAPS. Aí eu fui conversar com o psiquiatra pra tentar marcar uma nova consulta. E nisso, a*

*Paula estava em crise porque não estava tomando remédio. Mas o psiquiatra estava de férias e não tinha ninguém pra atender ela. E eu falei, Olha, se você não tomar remédio, vai piorar então tome até o psiquiatra voltar de férias e mudar sua medicação. E o pior é que o caso dela era complicado e outro médico não ia conseguir resolver. Mas ela não aceitou, falou que ia parar mesmo. Então combinamos que ela viria todo o dia, ia tomar um mínimo do remédio e aguentar até a volta do psiquiatra. Foi um inferno, ela falava sozinha, queria sair pra rua, tínhamos que ficar por perto. Umás duas vezes ligamos pro pronto socorro e mandamos ela pra lá. Depois o psiquiatra voltou e mudou a medicação. Acho que é importante saber acolher o usuário mesmo que ele não faça o que a gente espera dele. Quando ele melhora, ele se lembra do que aconteceu e isso reforça o vínculo dele com a equipe”.*

A medicação era um veículo de relação entre paciente e instituição através do qual o paciente tem sua autonomia negada ou afirmada. Em situações como a descrita, a ausência da medicação é substituída pela relação com a instituição. Esta substituição pressupõe que o CAPS e os remédios possam desempenhar em algumas situações um papel semelhante. Pressupõe também uma possibilidade de negociação acerca do tratamento, mesmo quando o usuário está com muitos sintomas que interferem em sua capacidade de avaliação.

#### ***4.4) Os limites institucionais e sua permeabilidade***

##### ***Limites internos***

Como já foi citado, existia de forma corrente a categorização, por parte dos técnicos, que dividia os personagens da instituição em usuários, familiares e equipe

terapêutica. O estabelecimento deste limite era necessário uma vez que o caráter pouco hierarquizado tendia a gerar fragilidade nos limites entre usuários e funcionários. Como nos casos descritos de uma paciente simultaneamente usuária presidente da associação de pacientes e, no outro extremo, uma técnica que adoeceu do ponto de vista psiquiátrico.

Por um lado, a rotina do CAPS estabelecia algumas situações ritualizadas, nas quais o limite entre as categorias de usuário/funcionário era explícito. Existia um agendamento de consultas com o médico. Era exigido no contrato que o usuário seguisse rotinas e estivesse presente em compromissos, como consulta médica, sob pena de desligamento do serviço. Nas atividades terapêuticas o papel do funcionário era claramente distinto do papel do usuário. A adesão do usuário ao tratamento medicamentoso era normalmente cobrada. Existiam, enfim, regras que normatizavam o funcionamento institucional em função destas categorias. Estes limites eram sólidos, preservavam a autoridade institucional frente ao usuário e reproduziam os limites do patológico e do saudável.

Entretanto outras fronteiras eram mais frágeis. Algumas destas diziam respeito a questões de sexualidade. Segundo uma das psicólogas que faziam assistência no local, existia uma dificuldade em lidar com questões relacionadas à sexualidade uma vez que havia pouca experiência da equipe em relação ao tema. Ao contrário do que ocorria em hospitais psiquiátricos, a formação de casais não era simplesmente reprimida. Existia uma dúvida da melhor forma de orientar as usuárias, se a equipe devia correntemente esperar que os assuntos relativos surgissem ou se deveriam ser criados programas específicos para isto. Segundo a psicóloga, funcionou durante alguns meses no CAPS um grupo para falar do assunto que era freqüentado apenas por mulheres. Após algumas discussões não formalizadas em reunião, segundo a mesma psicóloga, tentou-se incorporar usuários masculinos ao programa. Mas *“já era muito tarde. As usuárias já haviam criado uma*

*situação de intimidade, compartilhando confidências e não permitiram a entrada de homens no grupo”. Segundo ela, havia ainda uma limitação dos próprios profissionais em relação à inclusão dos usuários masculinos: “talvez haja sim dificuldade. Acho que acabamos reproduzindo a opinião dos usuários. Talvez por termos uma preocupação com a possibilidade de usuárias femininas engravidarem, ao contrário dos masculinos”.*

Se as relações entre os usuários não eram bem administradas, o tema tornava-se mais incômodo quando envolvia atitudes dos usuários em direção às trabalhadoras do CAPS. Ainda que não houvesse uma regra expressa sobre o tema, a abordagem de usuário em direção às técnicas proporcionava, invariavelmente, mal estar. Um dos exemplos era o de Armando, usuário com diagnóstico de esquizofrenia e que estava inscrito como semi-intensivo, ainda que não freqüentasse o CAPS.

Segundo sua mãe, Armando tinha uma doença nas pernas que o levava a consultas semestrais na neurologia da UNICAMP. Ainda que tenha freqüentado o CAPS entre 1995 e 1997, passava todo o tempo dentro de casa com dificuldades de locomoção. Ao contrário do que era usual, as visitas a Armando eram muito pouco freqüentes e seu tratamento resumia-se à tomada de medicações que sua mãe pegava na Central de Saúde mediante liberação de receitas que as técnicas do CAPS preenchiam e que o psiquiatra assinava. Armando contava que passava o dia em seu quarto com medo de bruxaria, protegendo-se das pessoas que queriam o seu mal.

Existia visivelmente uma limitação no investimento terapêutico quanto ao tratamento de Armando. Por um lado, sua resposta limitada a medicações e seu estado de estabilidade pareciam desanimar os tratadores. Por outro lado, sua impossibilidade física não permitia que seus sintomas (ouvir vozes, sentir-se perseguido) implicassem em agitar-

se, agredir pessoas de sua família ou a si mesmo. Entretanto, Armando causava incômodo à equipe terapêutica: ele e sua mãe eram citados com irritação.

Duas técnicas contavam que já haviam sido abordadas por Armando. Uma delas, Fátima, fazia visitas domiciliares à casa de Armando com frequência bimestral. Após algumas semanas; *“ele falava que queria casar comigo, achava que eu ia a sua casa porque gostava dele. Isto não era o pior: sua mãe achava uma boa idéia o filho namorar uma funcionária do CAPS e chegou a falar comigo se eu não estava interessada nele. Eu parei de ir lá”*. O caso de Nana, psicóloga, era semelhante. Entretanto, a abordagem de Armando era mais antiga e remota do período no qual ele efetivamente freqüentava o CAPS. Ele contava que se apaixonara por ela e que sua família gostava da idéia. Escreveu músicas e poemas para a psicóloga:

***“Minha Doce Querida Nana***

*Briguei com o meu amor  
por causa de uma ladainha  
Ela diz que estou dando bola  
Para uma de suas amiguinhas.*

*Ela anda toda cheia de blá blá  
e nem comigo não se fala  
Isso me deixa muito doente  
Como um revolver sem bala.*

*Meu amor deixe essa bobeira  
e pare com este disse me disse  
esqueça esse drama e jura que me ama  
minha doce e querida Nana.*

*Você diz que muito me ama  
e não sei viver sem ti  
do aconchego dos meus braços  
eu não vou te deixar partir.*

*Se você se afastar de mim  
Vai fazer uma grande tolice  
Deixa essa onda de lero lero  
minha doce e querida Nana.*

*Eu nunca paquerei sua amiga  
e nunca vou te enganar  
você é a minha doce amada  
e eu sempre vou te amar.*

*Aqueles boatos são mentiras  
coisas de quem não tem o que falar  
Nana você é a minha doçura  
Eu nunca vou te deixar.”*

Esta letra de música, assim como sua versão cantada pelo usuário, sem acompanhamento foram entregues a mim durante o estudo para que levasse à psicóloga.

A postura de exclusão passiva do serviço foi verificada mais de uma vez, ainda que informalmente, quando o usuário tinha um comportamento que constrangia a equipe particularmente feminina. Outro exemplo de postura semelhante era a de Eduardo, paciente com diagnóstico de esquizofrenia segundo o prontuário e que se envolvia com diversas pacientes do CAPS. Todas elas foram unânimes em apontá-lo como um homem “*ruim, que só pensa em sexo, que fala um monte de mentiras e depois manda a gente embora*”.

Eduardo tinha, efetivamente, uma postura sedutora com usuárias e com membros da equipe. Após abordar algumas das técnicas, fazendo telefonemas fora dos períodos de tratamento, a equipe decidiu em não insistir para que comparecesse ao CAPS, com o risco de serem mal interpretadas. No período do estudo, Eduardo ia raramente ao CAPS e dizia ser um pacientes muito antigo mas que não tinha o respeito e reconhecimento da equipe. Numa destas visitas, ao entrar no espaço do CAPS, foi até a recepção avisando que havia chegado para atendimento. Encostou-se na parede que ficava à frente do consultório de pé, observando pacientes e funcionários que passavam pelo corredor. Acompanhava com a cabeça o movimento do ambiente, visivelmente interessado numa das usuárias que também esperava por atendimento médico. Após aproximadamente meia hora esta paciente foi queixar-se para Carla, monitora de terapia ocupacional que se aproximou e falou: *isto não está certo, ela não quer nada com você*. Voltou para a terapia ocupacional sem que Eduardo dissesse nada. Carla comentou comigo depois: *ele só vem aqui pra aprontar mesmo*.

Uma vez que questões ligadas à sexualidade eram tratadas como pontos limitadores na relação entre técnicos e usuários, cabe a observação dos mecanismos institucionais pelos quais se dava este controle. Este tinha um caráter diferente do simples uso da autoridade institucional. Por outro lado, a exclusão informal implicava num olhar em direção ao paciente que não o visse apenas como usuário. No cotidiano do CAPS, pacientes psiquiátricos freqüentemente apresentavam comportamentos socialmente pouco aceitáveis, mas que eram toleráveis uma vez que faziam parte de um conjunto de sintomas. Esta postura acolhedora fazia parte da instituição. Logo, para que o discurso ou comportamento de um usuário passasse a ser visto como inaceitável deviam escapar da categoria de sintoma.

Assim, duas possibilidades explicavam que os comportamentos destes pacientes não fossem aceitáveis: 1) o comportamento do usuário escapava totalmente do conjunto possível de sintomas psiquiátricos compatíveis com seu diagnóstico e 02) a equipe possuía um sistema de múltiplas referências para interpretar os diferentes comportamentos de um mesmo usuário. Nos casos descritos, o comportamento dos pacientes não era interpretado como um sintoma a ser tratado, mas como parte da pessoa do paciente. Esta que pessoa era possuidora de sexualidade tal qual os técnicos, o que potencialmente os tornava semelhantes. E, desta forma, criava um espaço de perigo, que aproximava técnicos e usuários e onde as categorias sociais do CAPS não interferiam apropriadamente.

Da mesma forma, o modelo de relações sociais na instituição permitia que as categorias sociais formalizadas nos contratos e projetos terapêuticos fossem utilizadas simultaneamente a categorias utilizadas fora da instituição. Este sistema de diferentes referenciais tornava possível que um usuário psicótico fosse visto também como um *homem sem vergonha*, como Eduardo já havia sido chamado. É importante notar que essa multiplicidade de referenciais permitia que o sistema de categorias sociais que opunha técnicos a usuários fosse descartada quando insuficiente para delimitar espaços institucionais. Conforme ocorria nos temas relacionados a sexualidade de pacientes e técnicos.

### ***Limites externos***

A análise mais contundente a respeito da instituição asilar psiquiátrica foi realizada por Erwin Goffman (1972), autor da obra “Manicômios, Prisões e Conventos” que se tornou uma crítica clássica aos hospitais psiquiátricos. Estes, assim como os conventos e as prisões, caracterizavam-se em reunir pessoas sob uma mesma autoridade que coordenava todas as atividades do dia a dia. Este modelo denominado pelo autor como instituição total

apresenta ainda outras características. Instituições totais são fechadas, isto é são introduzidas barreiras físicas em relação à vida social com o mundo externo. Este tipo de instituição é ainda, destinada a tratar de pessoas consideradas incapazes de cuidarem de si mesmas e que podem representar perigo para a sociedade, mesmo que de forma não intencional. Ao contrário do que ocorre na vida moderna, o indivíduo tende a participar de situações de lazer, trabalho e moradia sob uma mesma autoridade, junto a um número limitado de companhias. Numa instituição total, ainda, todas as atividades diárias seguem um horário pré-determinado, tem duração, regras e objetivos pré-definidos.

Tais instituições têm a finalidade explícita de controle de determinados grupos sociais. Para tal, desenvolve-se uma rede burocrática que administra os movimentos dos internos. Quando existe uma movimentação de grupos destas pessoas, esta se dá sob supervisão e vigilância. Este aparato burocrático cria ainda uma divisão muito bem definida de um grande grupo controlado e uma pequena equipe de supervisão. A autoridade deste primeiro grupo sobre o segundo estabelece ainda uma rotina diária para que a satisfação das necessidades dos internados deve ser planejada. Entre estes dois grupos prevalece, finalmente, uma relação de hierarquia.

Num dos raros estudos recentes acerca de instituições psiquiátricas que utilizavam referencial etnográfico, Quirk, Lelliott e Seale (2006) investigaram a atualidade do conceito de instituição total de Goffman nas instituições psiquiátricas atuais. Para tal, realizaram o estudo etnográfico de três unidades de internação psiquiátrica utilizando os critérios de Goffman como referenciais de observação. Segundo os autores, estas instituições não se caracterizam como totais segundo os critérios de Goffman: o curto espaço de tempo no qual se dá a internação não permite que haja institucionalização. Sua localização geográfica faz com que a instituição seja parte da sociedade. Existe ainda uma comunicação aberta com o

mundo externo, e, finalmente, a hierarquia não implica numa diferenciação rígida dos níveis. Os autores chamam esta nova instituição psiquiátrica de *instituição permeável*. O termo utiliza um referencial do próprio Goffman, que define permeabilidade como o grau com o qual as bases sociais internas são isoladas das externas, ou seja, o quanto a instituição cria uma realidade isolada do mundo externo.

Entretanto, Goffman não propõe apenas uma descrição de instituições fechadas a partir de critérios de *totalidade*. Weinstein (1994) apontou ao fato do autor haver escrito acerca de um modelo que serve como ferramenta analítica para instituições que apresentavam um mesmo funcionamento. A sociedade na qual surgia este modelo institucional permitia que ela desempenhasse um papel de isolamento em seu interior, com trocas restritas com o mundo externo e com um rígido regime de normas internas.

Nem o modelo de instituições totais nem de instituições permeáveis serve como base analítica para os CAPS. As práticas institucionalizadas nos CAPS decorrem de um volume de crítica do qual fazem parte autores como o próprio Goffman, o que teoricamente pressupõe um afastamento de seu funcionamento do modelo criticado. No entanto, Goffman lança uma noção poderosa que diz respeito à existência de modelos que abarcam todos os aspectos da vida dos integrantes de uma instituição. Outros aspectos afastam os CAPS do modelo de instituição total: ao contrário do que ocorre num manicômio, os cuidados aos usuários são compartilhados entre a equipe e as famílias dos pacientes.

Tratar em comunidade, entretanto, não implica na inexistência de um espaço social delimitado a este grupo social composto por pacientes. Conforme observado no estudo etnográfico, existe uma restrição à atuação social dos pacientes do CAPS. Porque: 1) estar no CAPS implica em enquadrar-se numa categoria social externa ao universo interno abordado nesta etnografia (ser paciente do CAPS e, em si, uma categoria). E porque 2) o

tempo vivido pelos pacientes é passado em seu interior e os acontecimentos cotidianos são compartilhados quase exclusivamente com outros pacientes.

O caráter do CAPS, neste sentido, parece a princípio contraditório quando discutido a partir dos referenciais de Goffman (1972) ou de Quirk (2006). Porque é uma instituição inserida na comunidade, mas, cria um universo ao qual os pacientes permanecem mais ligados do que a uma instituição permeável. Simultaneamente mantém os pacientes por um longo período em seu interior ainda que num espaço sem limitações físicas, como muros ou cercas.

Este espaço não é delimitado por proibições específicas ou limites físicos. O universo dos pacientes que é reconstruído corresponde a uma larga rede de relações sociais entre os usuários do CAPS. A limitação constrói-se, sobretudo, simbolicamente. Nestas, é possível a existência de encontros afetivos, amorosos ou não; um espaço protegido e um trabalho também protegido e remunerado. O universo de relações sociais reconstruído constitui assim dois fenômenos:

- 1) **A inexistência de um processo de ressocialização**, ocorrendo, na realidade, a criação de uma nova sociabilidade, pautada pela inserção institucional permanente. Ainda que não seja uma instituição fechada, o CAPS não fornece elementos para que haja uma reconstrução da rede de relações existente previamente à doença. Ao contrário, cria-se uma nova. O CAPS não é uma instituição *meio*, ou intermediária, mas uma instituição *fim*, onde o paciente se torna também usuário, é protegido e cuidado.
- 2) **Substituição das relações sociais**: A rede de relações que ocorre no interior da instituição não estabelece pontos de contato com as demais relações sociais existentes ou teoricamente previstas aos pacientes. Não se insere um usuário

num emprego formal, mas se cria um protegido e viabilizado pela intervenção institucional. Não se criam condições que possibilitem ao paciente estabelecer relações amorosas, mas cria-se um ambiente onde sua condição é compartilhada e aceita. Assim, é natural que um paciente de CAPS tenha uma namorada, desde que ela seja uma outra paciente e que o namoro ocorra no interior da instituição.

O CAPS caracteriza-se assim por ser uma instituição aberta e permanente, não constituindo um espaço intermediário, mas um espaço de vida social. Neste aspecto, os CAPS incorporam características tanto da instituição permeável de Quirk, Lelliot e Seale (2006), quanto às da instituição total de Goffman (1972). Esquemáticamente, as instituições podem ser comparadas conforme o quadro abaixo:

Quadro XVII - Instituições totais, permeáveis e os CAPS

<i>Denominação, autor e data</i>	<i>Instituição Total (Goffman, 1961)</i>	<i>Instituição Permeável (Quirk, Lelliot e Seale 2006)</i>	<i>Instituição Fim (Dias, 2007)</i>
<i>Permanência</i>	Muito tempo (anos)	Pouco tempo (dias)	Muito tempo (anos)
<i>Localização</i>	Isolada da cidade	Dentro da comunidade	Dentro da comunidade
<i>Comunicação com o mundo externo</i>	pouca	muita	Contínua (livre)
<i>Institucionalização</i>	intensa	pouca	Intensa
<i>hierarquia</i>	Ambiente muito hierarquizado	Ambiente hierarquizado	Ambiente pouco hierarquizado

Os CAPS, conforme mostram os dados etnográficos, tornaram-se, em si, uma ressocialização repleta de particularidades, apresentando-se como resposta final às demandas de inclusão social de pacientes psiquiátricos. Deixa, com isso, de ser numa instância intermediária entre o hospital e a sociedade, e descarta a noção de cura ou da

equiparação das possibilidades de vida social de seus pacientes com não pacientes psiquiátricos.

## Capítulo IV - Experiência e Inserção Social

---

Este capítulo discute as relações entre os aspectos institucionais e a experiência da doença psiquiátrica. Para isso são estudados quatro pacientes em tratamento em um CAPS, comparando-se entrevistas e observações realizadas em 1995 e 2003, que incluíram, além dos pacientes, seus familiares e profissionais do CAPS.

São enfatizados no capítulo três planos principais:

- 1) Estudo da história do adoecimento
- 2) Estudo das representações da doença
- 3) Descrição do cotidiano e das relações sociais dos pacientes

A partir de uma abordagem antropológica, são realizadas considerações a respeito do tratamento de pacientes com o mesmo perfil clínico e social daqueles dos pacientes estudados.

### **1) Doença e experiência**

A narrativa de pacientes psiquiátricos acerca da experiência do sofrimento e dos sintomas decorrentes de sua condição clínica vem se tornando uma importante referência ao acesso de significados atribuídos à doença. Hyden (1997) aponta para a existência de três modalidades de narrativas relacionadas à doença. A princípio, pode ser estudada a doença como narrativa, com a fusão da narrativa, narrador e doença, como é usual no decorrer de uma consulta médica. Pode haver ainda (2) a narrativa sobre a doença que traz idéias e concepção sobre esta e (3) a narrativa como doença, quando a própria doença intervém no conteúdo e forma da narrativa. Para Hydén (1997), a narrativa da

doença permite identificar aspectos nucleares da vivência da doença contextualizados socialmente. Assim, o estudo da narrativa estabeleceria um elo entre as transformações na experiência da doença destes pacientes e como que ela se configura após vários anos de inserção institucional.

No caso específico deste estudo, sabe-se que a narrativa de pacientes psicóticos frequentemente sofre interferência dos sintomas da doença. A narrativa, por sua vez, constitui-se como o principal recurso no estudo da experiência. A categoria experiência, neste campo de estudo, torna possível diversas abordagens. Utilizando um referencial que privilegie o papel dos sintomas psicóticos na organização da experiência de pacientes esquizofrênicos, é possível identificar a categoria como uma manifestação psicopatológica. Cutting e Dunne (1989) realizaram um longo estudo no qual utilizaram um instrumento padronizado para definir a experiência subjetiva de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e depressão em relação a alterações perceptuais como visuais, auditivas, alterações de linguagem e alterações conceituais. Por outro lado, Corin (1998) aborda experiência como uma categoria que inscreve o paciente psicótico no mundo ocidental, em suas instituições e cultura.

Ainda que a experiência não se limite exclusivamente à narrativa, narrar constitui a sua expressão através da linguagem, sendo o que cria uma ponte entre o saber e o contexto (Csordas, 1994). O contexto, neste capítulo é a expressão do cotidiano dos pacientes estudados e os saberes são aqueles impressos nas representações da doença e nas opiniões pertinentes ao adoecer. Seguindo ainda a sistematização de Hyden (1997), estudar a narrativa acerca da doença potencialmente se confunde com a narrativa como doença. Pesquisas que utilizam o estudo de caso como método vêm abordando estas duas possibilidades de análise e sua articulação. Ellen Corin (1990, 1998) identificou nos

chamados sintomas negativos uma forma de negociar a inserção social no dia a dia de pacientes esquizofrênicos. Este comportamento retraído teria como objetivo diminuir a exposição do paciente a situações de risco que os levariam a tratamentos hospitalares. Redko (2003) estudou como 21 pacientes em primeiro episódio psicóticos se utilizavam de um idioma religioso para dar significado para sua experiência psicótica. Este idioma servia ainda para elaborar e transformar esta experiência, assim como possibilitava uma interlocução com outras pessoas acerca das vivências psicóticas.

Os estudos de Corin e outros autores ligados ao mesmo grupo (Redko, 2003) vem se constituindo como uma importante articulação entre fenômenos psíquicos ligados à psicose e sua experiência social. A articulação desta experiência voltada para a doença e os processos sociais nos quais se insere o doente, no entanto, é deficitária dentro desta abordagem. O sistema de prestação de serviços médicos e sua utilização implica na articulação de diferentes saberes, diferentes percepções de saúde e de manejo. Especificamente neste estudo, a abordagem exclusiva da relação entre os sintomas e a cultura não identifica as particularidades das práticas e saberes que as estruturam presentes na instituição (CAPS) na qual os pacientes vinham sendo assistidos.

Kleinman (1988) definiu experiência como um meio de transações sociais, inserido no campo das relações interpessoais e mediado pelo universo moral local, muito além de ser um fenômeno subjetivo. Tomando esta concepção de experiência, passa a ser importante ampliar o campo de análise da relação do sujeito com a doença (considerando a cultura inserida na narrativa), passando a ser abordada toda a rede de relações, representações sociais e organização institucional de tratamento psiquiátrico na qual estão inseridos os sujeitos do estudo. Considerar esta dimensão da experiência é, portanto, ampliar o estudo da abordagem da *experiência psicótica* para a abordagem da

*experiência de ser psicótico*. Esta segunda é mais pertinente ao contexto e com um número maior de articulações com o processo histórico dos sistemas de saúde e, em particular neste estudo, da reforma psiquiátrica.

A *experiência de ser psicótico*, ainda que tenha interferência de fenômenos psíquicos, tem um caráter longitudinal, constituído pela organização das instituições terapêuticas, relação com família, representações sociais da doença e história pessoal de cada sujeito. Ainda que a experiência da psicose se construa a partir do contato com diferentes saberes, vivências institucionais como em igrejas e serviços de saúde (Redko, 2003), a condição de ser identificado como psicótico é profundamente ligada à inserção institucional que esta identificação define. Goffman (1972) descreveu transformações relacionadas à identidade do paciente, ritualização do cotidiano e estereotípias nas relações sociais no interior de uma instituição asilar e identificou uma carreira institucional para pacientes hospitalizados. Da mesma forma, hoje o manejo social de psicóticos pressupõe formas de identificação, tratamento e inserção institucional. Estes processos são definidores da experiência de ser psicótico.

Os estudos de caso descritos neste capítulo são assim formas de acesso à experiência de ser psicótico num contexto institucional que ocorreu durante o desenvolvimento e consolidação da reforma psiquiátrica. Descrever a experiência de ser psicótico neste contexto é estabelecer uma relação entre a subjetividade dos pacientes, sua vivência institucional e a concretização de um projeto político que implica em transformações no cotidiano e na subjetividade destes sujeitos. Finalmente, antes da descrição dos casos importa ressaltar que, nestes, a narrativa é comandada pelos familiares dos pacientes, além das narrativas formalizadas pelos profissionais de saúde.

## 2) Histórias: os Quatro Pacientes

Os dados apresentados a seguir foram obtidos através de entrevistas com os pacientes, quase sempre acompanhados por seus familiares. O local das conversas foi predominantemente em suas casas, algumas vezes no próprio CAPS. A descrição da trajetória, dos tratamentos e da origem da doença corresponde à versão dada por familiares e pacientes, nem sempre consensualmente. As tabelas abaixo permitem uma visão geral nos dados relativos aos quatro entrevistados. A primeira e a segunda descrevem respectivamente dados sociodemográficos e psiquiátricos ao longo dos últimos oito anos.

Quadro XVIII - Dados Sociodemográficos dos Pacientes Estudados

<b>Paciente</b>	<b>Idade (em 2003) e Estado Civil</b>	<b>Religião e prática religiosa 95/2003</b>	<b>Condição trabalhista em 95/2003</b>	<b>Com quem vivia em 1995</b>	<b>Com quem vivia em 2003</b>
Armando	46 anos, divorciado	católico não praticante em ambos os momentos	aposentado por invalidez em ambos os momentos	com seus pais	com seus pais
Cláudio	Solteiro, 38	católico não praticante em ambos os momentos	aposentado por invalidez em ambos os momentos	com seus pais e irmãos	com seus pais e irmãos
João Cunha	Solteiro, 43	católico não praticante em ambos os momentos	aposentado por invalidez em ambos os momentos	mãe, avó e dois irmãos.	mãe e dois irmãos.
Antonio de Souza	38 anos, solteiro	católico não praticante em ambos os momentos	aposentado por invalidez em ambos os momentos	com seus pais e irmãs	com seus pais, irmãs e um irmão

Verificamos que nenhum dos pacientes estabeleceu relações afetivas estáveis ao longo dos anos que serviram de intervalo entre os dois estudos etnográficos. Todos continuavam vivendo com suas famílias. Todos são aposentados por invalidez e esta condição não se transformou ao longo dos dois momentos do estudo. As alterações na estrutura familiar dos pacientes não decorreram de nenhuma transformação ligada aos

próprios pacientes. Da mesma forma, a religião e atividade religiosa de todos eles manteve-se a mesma ao longo do intervalo de oito anos. Identificamos assim uma condição de grande estabilidade no que diz respeito às relações sociais e à condição de vida dos pacientes entrevistados.

Quadro XIX - Dados Psiquiátricos dos Pacientes Estudados

<b>Paciente</b>	<b>Diagnóstico 95/2003 segundo prontuário</b>	<b>Regime de tratamento em 95/2003</b>	<b>Número de internações 89- 95</b>	<b>Número de internações 95-03</b>	<b>Medicações em uso em 95/03</b>
<i>Armando</i>	Esquizofrenia paranóide	Não intensivo/visitas domiciliares eventuais	04	00	1995- Haloperidol 2003- ziprasidona (irregular)
Cláudio	esquizofrenia	intensivo/intensivo	06	00	1995- Haloperidol 2003- Haloperidol
João Cunha	esquizofrenia	Intensivo/Não intensivo	08	02	1995- Haloperidol 2003- Olanzapina
Antonio de Souza	Esquizofrenia paranóide	Intensivo/Não intensivo	04	00	1995- Haloperidol 2003- Haloperidol

Em relação à condição psiquiátrica dos mesmos identificamos que existiu uma diminuição da frequência de atendimento no caso de três dos quatro pacientes. Identificamos uma manutenção do diagnóstico e uma significativa diminuição do número de internações psiquiátricas. Dois dos quatro pacientes passaram a fazer uso de medicações modernas, inexistentes no mercado em 1995 e fornecidas gratuitamente pelo programa de medicação de alto custo. Estes dados serão discutidos a seguir junto à discussão de cada um dos pacientes.

#### *Armando*

Armando havia se separado há vários anos no período do estudo, há tanto tempo que dizia “não se lembrar mais como era a vida antes”. Não sabia como eram seus filhos

já que na última vez que os havia visto eram ainda crianças. Ainda assim parte de sua aposentadoria por invalidez era diretamente depositada na conta de sua ex-esposa, sem que ambos tivessem algum contato. Em 1995 já vinha se instalando uma doença que diminuía a “força das pernas”, segundo Armando, e que o impedia de ir ao CAPS na frequência que era desejada. Em 2003 com a evolução da doença, Armando passava quase a totalidade do tempo em seu quarto, com receio de sair de casa parte pela fraqueza nas pernas parte em decorrência dos sintomas. Havia sido realizadas diversas tentativas entre 95 e 2003 para que ele passasse a frequentar a instituição regularmente mas tanto os profissionais do CAPS quanto o paciente haviam desistido e no momento do trabalho de campo, em 2003, sua relação com a instituição limitava-se a raras visitas domiciliares feitas por um psiquiatra.

Desde 1995, na ocasião do primeiro estudo de campo, era marcante a insatisfação de sua mãe em relação à condição de Armando, tanto no que diz respeito à presença de sintomas psiquiátricos e clínicos quanto à sua condição financeira. Na história acerca de seu adoecimento contada pela mãe, na época, havia diversas imprecisões como a data do início de sua doença, o que variava entre oito e quinze anos anteriores à narrativa. Armando não se lembrava, assim como sua mãe dos dados de forma precisa. Seu pai se recusava a sair do quarto e receber visitas (o que se repetiu em 2003). Dizia-se que “muitos anos antes” Armando havia sido casado, bebia demais e tinha dois filhos. Dizia que ficara doente porque não havia cumprido uma promessa de parar de beber. Sua mãe concordava, achava que era “da bebida mesmo”.

Alguns meses depois da quebra da promessa, ainda casado e morando com esposa e filhos, começou a ouvir vozes, a ter comportamentos estranhos de andar de madrugada. Insistia para que as portas ficassem trancadas, tanto de sua casa quanto de

seu quarto. Passou a esconder-se em casa durante o dia. Então por iniciativa de sua mulher, Armando separou-se, ficou desempregado e foi morar com seus pais. Para sua mãe, na época isto foi:

*“muito ruim porque estávamos vivendo só os dois na casa [ela e o esposo], tranqüilos e o dinheiro da aposentadoria do meu marido mal dava para nos sustentar”.*

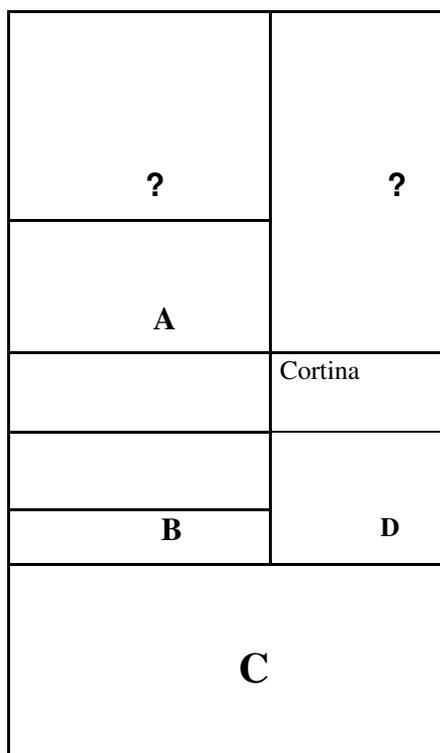
Depois de mudar para a casa de seus pais, Armando foi internado diversas vezes. Entre as internações fazia uso regular de medicamentos mas continuava muito retraído, com medo de sair de casa. Sua presença constante em casa irritava seu pai que passou também a ficar mais esquivo e ambos se encontravam muito raramente apesar de viverem na mesma casa. A internação era um recurso frequentemente utilizado para diminuir as tensões domésticas entre a mãe e o pai de Armando. Mesmo muito delirante, Armando não era agressivo. Na época em que acompanhava com maior frequência no CAPS, em 1995, isto era constantemente apontado pelos profissionais. Os pedidos de internação dos familiares passaram a ser questionados e na ocasião das entrevistas (em 1996) já não era hospitalizado há quase um ano. Armando contava que: *“Durante a internação, comecei uma leitura séria da bíblia e não fui mais internado”.*

Seu quarto era repleto de velas, santos e imagens que Armando dizia serem como “fotos de amigos”. Ao contrário, sua mãe considerava isto um “exagero”. Armando na época freqüentava atividades em grupo ligadas ao CAPS, mas desde então já apresentava muitas faltas por seus problemas nas pernas. Sua mãe não acreditava na existência de um problema “sério na cabeça” e sim nas pernas e tinha esperança de Armando voltar a trabalhar, visto que *“a aposentadoria dele já é pequena e ele tem que dar a metade para os filhos”.*

Em 1995, Armando foi entrevistado em sua casa em cinco ocasiões. A disposição arquitetônica de sua casa expressava o processo de isolamento no qual se encontrava: para se chegar ao seu quarto, era necessário atravessar um corredor, passar por uma cozinha, duas cortinas e uma porta. Chegava-se então ao quarto que cheirava a cigarro e tinha as paredes escurecidas onde ficavam os cinzeiros. O acesso a ele era exclusivo, a sala e o outro quarto ficavam na outra extremidade da casa. A janela de seu quarto era voltada ao quintal - a rua e a cidade lhe ficavam distantes.

Figura VII - Croqui da casa de Armando

**RUA**



a- Cozinha

b- Banheiro

c- Quarto de Armando

d- Área de Serviço

??- correspondem a locais inacessíveis durante as entrevistas; neste espaço se encontram o quarto dos pais de Armando e a sala de visitas.

Passados mais de cinco anos, sua condição continuava muito parecida. Ficava no mesmo quarto, sua mãe continuava vivendo com ele, seu contato com o pai era precário. Suas pernas estavam muito fracas e Armando não saía mais de casa. Em suas gavetas, guardava mais de 100 fitas K7 com gravações suas que dizia serem vários sucessos que Erasmo e Roberto Carlos plagiaram através da leitura de sua mente. Falava continuamente de bruxaria, dos plágios de Roberto. Tomava medicações freqüentemente, ainda que da maneira que achava mais adequada, a despeito de orientações médicas. O uso de medicamentos era controlado pelo próprio Armando e a forma de tomada compactuada com sua mãe. Ambos identificam grande importância no uso das mesmas fazendo ligações freqüentes ao CAPS assim que as medicações começam a ficar escassas. Ao longo dos mais de cinco anos que separavam a duas séries de entrevistas, foram utilizadas mais de cinco medicações diferentes. Armando entrou no Programa de Medicações de Alto Custo em duas ocasiões, utilizando drogas modernas e caras, de forma adequada e monitorizada, entretanto sem resposta clínica alguma, segundo os profissionais do CAPS.

Em 2003 não havia inserção nas atividades do CAPS. Ainda que seu regime de atendimento fosse não intensivo, suas consultas eram feitas sempre mediante visita domiciliar de freqüência mensal ou quinzenal, fosse pela recusa de Armando em sair de casa, fosse pela dificuldade de locomoção. Em diversas entrevistas, sua mãe fez queixas

a seu respeito. *“Queria que ele tivesse as pernas boas, aí eu deixava ele sair pelo mundo”*. Segundo ela, os sintomas de Armando, *“um pouco são por causa da doença, um pouco por causa de ruindade”* e atrapalham todo o funcionamento da casa. *“Ele fica falando esse monte de bobagem de bruxaria, eu não agüento mais”*.

A expressão de devoção religiosa de Armando era em 2003 ainda bastante intensa: seu quarto era ainda repleto de imagens de santos. Quando contava sobre estas imagens e sobre sua religiosidade, seu discurso incorporava elementos relativos às idéias de perseguição (*“elas me protegem da bruxaria às vezes”*) e alguns elementos não relacionados ao conteúdo psicótico de seu discurso (*“eu sempre gostei de ir à igreja, pena que as pernas não deixam”*). Entretanto, o modelo do dia a dia no qual Armando estava imerso tendia a reforçar o caráter psicótico de suas representações, uma vez que não tem qualquer tipo de interlocução ou vida social. Seu isolamento envolvia todas suas áreas de relação social: não tem interlocução com seus filhos e com seus amigos, não havia estabelecido relações consistentes no CAPS, quer com técnicos, quer com outros pacientes. Seu pai não saía de seu quarto e sua mãe deslegitimava seu discurso, atribuindo tudo o que Armando falava à sua doença.

A condição de Armando era semelhante a uma institucionalização permanente em sua própria casa. Quando discutido junto a outros profissionais da instituição, seu isolamento e insucesso terapêutico eram atribuídos a sua má resposta a medicações antipsicóticas prescritas. Com a manutenção dos sintomas, a condição física o impedia de freqüentar o CAPS. Somava-se a isso a pouca receptividade a esta conjuntura por parte da equipe.

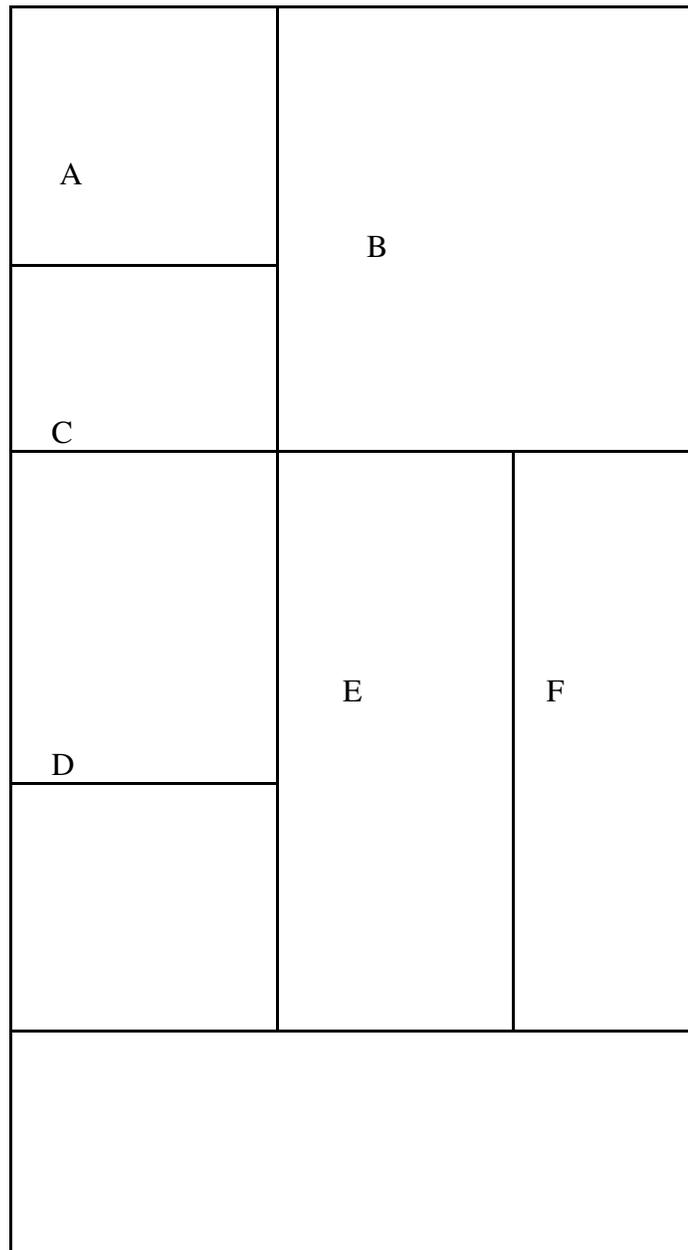
**Cláudio**

Cláudio tinha 35 anos em 2003, era solteiro, não tinha filhos ou namorada; vivia numa casa localizada num bairro distante do centro da cidade junto com sua mãe e quatro irmãos. A casa tinha três quartos e Cláudio dividia o seu com duas irmãs, o irmão mais velho tinha um quarto próprio, localizado próximo à cozinha. Durante o período de estudo de 1995, Cláudio vivia num quarto que tinha acesso à rua e à sala de visitas, tinha dois amigos, com quem saía durante a semana, ambos pacientes psiquiátricos que faziam parte do programa. Passava grande parte do dia em seu quarto, além de fazer parte de todas as atividades do CAPS, terapia individual, em grupo, corporal e ser atendido individualmente pela psiquiatria. Segundo a mãe, os demais irmãos se davam muito mal com ele: acham-no preguiçoso, e que *“fingia ser doente para não ter que trabalhar”*.

Os familiares e o próprio Cláudio contavam que em 1989 ocorreram várias greves nas indústrias de porcelana na cidade. Cláudio trabalhava numa delas, tendo aderido ao movimento. Recebia todos os dias comunicados sobre as reivindicações e voltava para casa falando coisas estranhas, como *“injustiça social, exploração no trabalho, luta salarial”*. Para Cláudio, nesta época tudo pareceu ficar estranho. A sensação de estranhamento aumentou quando conheceu *“um boliviano que falava espanhol”*, segundo sua mãe. Então *“Cláudio achou que também falava”*, e *“então começou a vir para casa falando enrolado”*. Neste período, teve uma discussão com o patrão, ficou agressivo e foi demitido. Segundo Cláudio, aquela época foi muito ruim: em casa chamavam-no de vagabundo e os informes *“juntavam muita coisa na cabeça”*, fazendo com que ele ficasse *“atrapalhado”*.

Figura VIII - Croqui da Casa de Cláudio

***RUA***



- a- Quarto dos pais de Cláudio
- b- Sala
- c- Quarto de Cláudio
- d- Quarto da irmã de Cláudio
- e- Cozinha
- f- Banheiro
- g- Área de serviço

Após a demissão, passou a falar coisas muito mais estranhas: dizia que iria ficar rico cantando e tocando violão, por exemplo. Foi caminhando até Serra Negra, cidade que fica a mais de trinta quilômetros de Pedreira. Começou a ter comportamento agressivo, discutir com toda a família. Seus pais o levaram a um hospital psiquiátrico onde esteve internado durante três meses. Segundo a mãe, durante a consulta de internação, Cláudio "*quase conseguiu enganar o médico*", mantinha um discurso calmo, sem falar "*nenhum absurdo*". Então os familiares pediram para que ele falasse em espanhol - e Cláudio foi internado. Após estes três meses de internação, voltou para casa e iniciou brigas com os irmãos, principalmente com o mais velho, Benedito. Aconteciam, sobretudo, quando este estava alcoolizado e de forma recorrente; Benedito chamava-o de vagabundo, irresponsável. Diz geralmente: "*louco rasga dinheiro, você não faz isso, você é preguiçoso*".

Para sua mãe a doença, além dos problemas da greve, estava associada a outras doenças que ele tivera quando pequeno: bronquite ("*chegava a roncar muito de noite*") e um problema no coração. O irmão diz que ele já era "*fraco da cabeça*", bebia muito e

começou a fumar depois dos dezoito anos ("*quem tem 18 anos já tem a cabeça feita e não começa a fumar*"). Ele próprio diz que começou a fumar muito mais cedo.

Para a família, os piores problemas da convivência com Cláudio eram ligados à sua agressividade e à falta de trabalho; "*não trabalhar faz mal e deixa ele mais doente*". Contam com orgulho que, por trabalhar na horta comunitária, logo estaria ganhando algum dinheiro além da aposentadoria por invalidez. Segundo a mãe de Cláudio, as brigas pareciam haver diminuído após o início da participação dele nesta atividade. Além disso, ele tinha um "*horário muito ruim*", acordava no meio da noite, andava pela casa e durante o dia dormia quando não tinha atividade alguma. "*Falta disposição para o Cláudio*". Em seu cotidiano, além das atividades do posto, CAPS e horta comunitária, ele fazia, em 1995, serviços como ir ao banco, ajudar na limpeza da casa. Chegava a "*fazer serviços para os vizinhos, pagar contas; ele é muito de confiança*", diz seu irmão.

Em 1995 (e também em 2003) Cláudio vivia assim uma situação de estabilidade dentro das relações familiares. Tinha um quarto central na casa, era considerado de confiança, ainda que sujeito ao risco de ser agressivo. Sua história de adoecimento, assim como a concepção relacionada à sua doença estava associada fortemente a questões de trabalho. Trabalhar de forma inadequada (ligar-se a sindicatos) implicava em adoecer e sua condição implicava em não trabalhar. Ser normal estava associado à idéia de ser capaz de desenvolver atividade remunerada. Ainda que tivesse uma inserção social repleta de particularidades (tinha apenas amigos da saúde mental, ficava parte do dia em casa), o fato de poder ter atividade remunerada (na horta) permitia que passasse a ser visto em casa de uma forma distinta.

Em 2003 esta situação caracterizou-se mais claramente, além de consolidar-se. Cláudio tinha ainda poucos amigos e todos eram ligados ao CAPS. Era considerado mais

dócil que nunca por sua família: ausentava-se com frequência de suas atividades no CAPS para cuidar de sua mãe que adoecia com frequência e esta só confiava nele entre os irmãos. Seu status dentro das relações familiares havia melhorado significativamente após sua inserção no trabalho protegido. Ia quase diariamente à mesma empresa de porcelana onde havia trabalhado antes de adoecer. Lá fazia trabalhos sob supervisão de funcionário do CAPS e que antes do programa eram terceirizados, como varrer as áreas externas. Encontrava-se com seu irmão que antes o agredia e que era funcionário regular da área de produção. Tinha diversos amigos com quem também conversava durante as atividades.

Sua família permanecia também muito parecida. As concepções a respeito da doença de Cláudio mudaram muito pouco. Sua mãe, quando questionada a respeito da história da doença de Cláudio, mostrava uma narrativa muito semelhante. As relações com os irmãos, no entanto, haviam melhorado significativamente nestes oito anos. Cláudio já não era chamado de vagabundo, uma vez que freqüentava quase todos os dias o mesmo local de trabalho do irmão. Por outro lado, dispunha-se a desenvolver uma tarefa que os demais irmãos não aceitavam: cuidar de sua mãe.

Cláudio contava que não se importava em estar como paciente onde havia trabalhado regularmente antes de adoecer. *“Não ligo não. Encontro o pessoal, venho com meus amigos aqui e ganho pra isso”*. Cláudio era bastante tímido e quieto, mas na presença do *pessoal do protegido*, como chama o grupo, sentia-se à vontade, ficava mais expansivo e falante. Ainda passava parte do tempo com sua mãe, mas *“porque ela precisa de mim”*, mas ia frequentemente à casa de Antonio Carlos e Fabiano, outros pacientes. Com estes últimos foi algumas vezes a boates em Pedreira. *“Vamos pra lá pra ver as meninas, mas elas não costumam dar muita bola não. O Fabiano sabe chegar nelas. Às vezes ele encontra três, vai antes e daí começa a conversa”*. Fabiano contava que estas saídas

normalmente não “*rendem*” nada, mas ao contrário de outros pacientes, Cláudio não se queixava de solidão, de não namorar, de não ter uma companheira.

A coordenadora do CAPS contava que “*Cláudio durante muito tempo foi apaixonado por mim e os outros pacientes vinham me contar. Chegava na segunda no grupão e falava: estou vivendo um amor platônico. A Nana chegou a atendê-lo em várias situações para conversar sobre isso, dizer que não era possível, que não podia. Ele nunca me procurou pra dizer nada disso, quando meu namorado vinha aqui, as pacientes vinham contar que ele tinha ficado triste*”. Cláudio ficava envergonhado de falar a respeito, olhava para o chão, ficava vermelho, embaraçado, mas não evitava estas situações, que de certa forma desfrutava. Os outros pacientes riam quando o assunto surgia. Nestes momentos, Cláudio parecia muito pueril.

Esta puerilidade de certa maneira caracterizava suas relações sociais. Era tratado como criança em sua casa, trabalhava de forma protegida, desenvolvia tarefas para seus vizinhos como um menino. Sua mãe se referia a ele como *menino*. Sua inserção institucional não promoveu uma mudança significativa nisso. Ao final dos oito anos que separam os dois momentos do estudo, Cláudio tornou-se um *menino*, de confiança, trabalhador, mas ainda um *menino*.

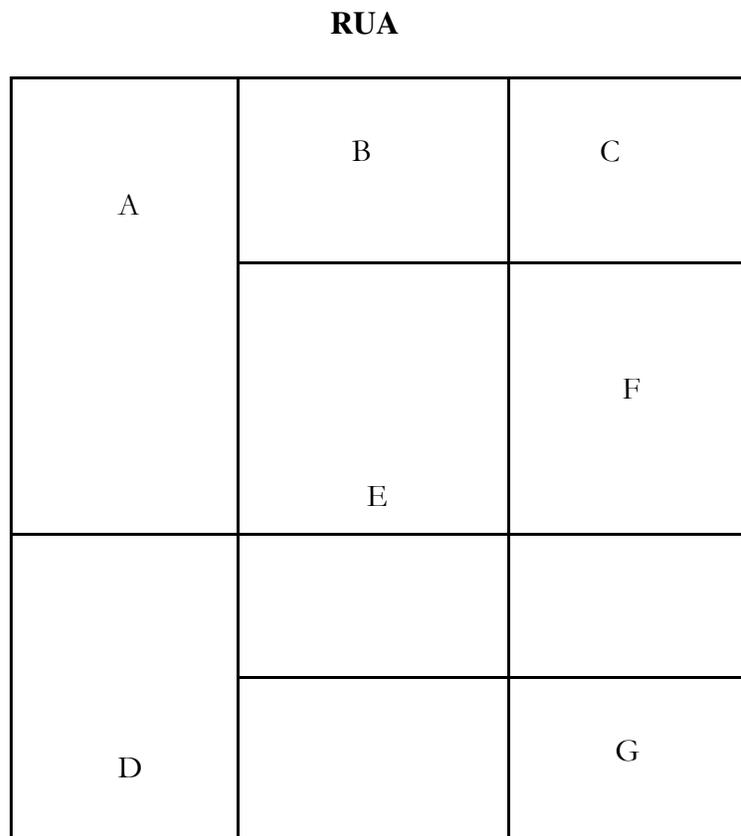
### ***João Cunha***

Em 1995, João tinha 35 anos, morava com seus dois irmãos, mãe, avó e dizia ter um filho, fruto de um longo namoro. Sua ex-namorada não admitia que seu filho fosse de João e este não tinha contato algum com a criança. João estudou até a oitava série e vivia na mesma casa nos dois períodos de estudo. Esta ficava num bairro simples, com casas sem reboque, com ruas tortuosas. A sua tinha quatro pequenos quartos, um

banheiro e uma cozinha, todos os cômodos limpos. Nas entrevistas, ouviam-se os gritos vindos de um dos quartos do fundo. Sua mãe dizia que era a avó de João, que passava o dia todo deitada e era “*velha, fraca de cabeça e as pernas não funcionavam mais*”. Seus dois irmãos nunca estavam em casa, trabalhavam ou estavam bebendo com os amigos, segundo a mãe de João. Um tio materno ainda ficava na mesma casa em ocasiões em que não estava internado em hospitais psiquiátricos em decorrência do alcoolismo.

Quando contava sobre a história de sua doença, João e sua mãe convergiam em suas opiniões. Contavam que durante a adolescência João bebia demais e tinha amigos que consumiam drogas. Para ele, este fato era muito significativo porque “*os problemas da cabeça aparecem quando alguém tem companhias que levam as pessoas a tomarem drogas*”. Sua mãe contava que a primeira *crise brava* começou aos 17 anos quando emagreceu muito e tinha muita dor de estômago. Tomou buscopan e o médico, depois de examiná-lo, disse que ele e tinha “*tantas qualidades de verme que poderia ter até na cabeça*”. Voltou para casa após o atendimento e, no mesmo dia, passou a pressentir que ia ser preso sem motivo quando um carro da Prefeitura parou na mesma rua. Correu então para dentro de casa e tomou toda a cartela prescrita de buscopan. Foi levado a um pronto socorro e de lá internado em um hospital geral “para desintoxicar”. Voltando para casa, continuou achando que seria preso e tomou querosene tentando se matar. Foi encaminhado para um hospital psiquiátrico de onde saiu um mês depois, “*mole e enrolado*”, segundo sua mãe.

Figura IX – Croqui da Casa de João Cunha



a- Quarto de um dos irmãos. Há uma cama reservada para um tio materno.

b- Sala

c- Quarto de João Cunha

d- Vivem neste quarto a mãe de João Cunha e sua avó materna

e- Cozinha

f- Banheiro

g- Quarto do irmão mais velho de João Cunha, agressivo e hostil a ele. Neste quarto está também uma cama reservada ao tio avô materno, internado há muitos anos em um hospital psiquiátrico.

Ao longo dos 18 anos subsequentes ao primeiro episódio, sua mãe criou diversas teorias para explicar a doença de João. A primeira explicação é referente ao comportamento do pai de João. Durante a gravidez eles brigavam muito, o que poderia ter ocasionado inicialmente sua doença. Quando João tinha 15 anos, seu pai abandonou a família, privando o filho caçula ao seu convívio. Esta idéia de *falta* é corroborada, segundo a mãe, pelo fato de que, durante a internação, João chamava todos, “médicos e enfermeiros, de pai”. Além disso, “*ele (o pai de João) bebia muito e várias vezes agia como louco mesmo sem beber. Desconfio que ele tinha problema na cabeça e que João herdou isto dele*”.

Outra possibilidade, segundo a mãe, era de que tenha sido feito um “trabalho” por inveja. Quando João era criança, sua madrinha pediu uma foto sua. Ainda que não houvesse nenhum conflito com a madrinha de João que justificasse o “trabalho”, sua mãe contava que:

“...quando minha mãe era lúcida me contou que meu irmão tinha problema com bebida porque a amante do meu pai fez um trabalho para ele. Do mesmo jeito, pedindo para ela uma foto dele...”

Quando perguntada sobre qual destas versões sobre a doença de João era mais certa, sua mãe contava:

“ *não sei, às vezes acredito mais numa coisa, às vezes acredito mais em outra. Ah, não sei de nada, parece um jogo de vai-não-vai*”.

Na ocasião, esta possibilidade de guardar um repertório de representações sociais possíveis parecia bastante ilustrativa do exercício lúdico de convívio próximo com a esquizofrenia. De fato, a relação entre João e sua mãe era bastante próxima e as concepções de causalidade eram abandonadas e reencontradas de forma conveniente num processo que não excluía ambigüidade.

O reencontro com João ocorreu em julho de 2003, em visitas realizadas à sua casa. Sua inserção no CAPS na ocasião era pequena, limitando-se a consultas médicas esporádicas. Na primeira visita, encontrei-o deitado em sua cama, no mesmo quarto de 1995. Sua avó havia falecido em 2003. Havia abandonado o acompanhamento médico regular há quase um ano e abandonado há 20 dias o uso das medicações. Falava que *“não entendo porque ir ao CAPS, não sei por que ir na TO. Não estou ouvindo vozes, não acho que vão me prender”*. Sua aparência era descuidada. Para sua mãe, ele *“anda meio perseguido e fica escondido no quarto”*. João contava ainda que *“tenho medo de piorar lá e ficar internado de novo, como no ano passado. Também cansei de ir para lá, atravessar a cidade inteira para ficar lá sem fazer nada”*.

Segundo sua mãe, João havia sido internado ainda em 2001, após haver ficado quase cinco anos sem internar. Começou na época a namorar uma paciente do CAPS e, depois de algum tempo, passaram a viver juntos. Eduarda, sua namorada:

*“aí fez um monte de dívidas no nome do João, aí traiu ele e ele ficou ruim de novo. Ele também parou de tomar remédio porque dava impotência. Tivemos que internar porque na mesma época ficou também com pneumonia. Não ia mais ao CAPS onde estavam os amigos dele, ficou ruim por causa dela, ficava com vergonha de encontrar eles. Até hoje ele não vai ele não quer ir ao CAPS porque não quer ver a Eduarda e acha que os amigos vão rir dele”*.

Neste segundo momento de contato com sua família, percebemos que as representações de sua mãe relacionadas à sua doença constituíam ainda um grande repertório de diferentes referências. Se por um lado, sempre havia descrição dos trabalhos feitos, por outro a mãe de João referia-se também ao efeito das drogas usadas por João durante a adolescência. Ainda, quando falava sobre o pai de João:

*“estou pedindo a pensão que ele deixou para a mulher com quem ele casou, porque ele só casou na igreja com ela na Igreja. Por causa do pai, o João ficou ruim e parou de falar. No hospital quando internou da primeira vez, chamava todo mundo de pai- as enfermeiras e os médicos. O João não parava de perguntar dele. Não deixou endereço nem nada. Descobri depois que ele tinha morrido, com cirrose. Foi atropelado por um ônibus, teve gangrena na perna e morreu. Estamos pedindo uma pensão que é nossa, não da segunda mulher porque ele fez o João ficar assim, Ele tentou estuprar a minha filha quando ela era criança. Graças a Deus não aconteceu nada”.*

No entanto, uma semana mais tarde desta entrevista a mãe de João procurou o CAPS, dizendo que ele estava mal. Foi realizada visita domiciliar que acompanhei. João havia tido uma briga com seu irmão Marcos que “bebe o dia todo”, segundo sua mãe, e ficou ruim de novo. João dizia que:

*“...eu só ganho 250 reais por mês e não tenho dinheiro para sustentar um filho. Meus filhos ficam gritando na minha barriga, pedindo para nascer. Eu sou o ultra seven e eles são um monte de ultrassevenzinhos. Ficam gritando’ ai que fome, papai, eu quero nascer’. Se eu arrumar uma mulher e casar eu posso trabalhar ? Não posso casar com o ordenado que eu tenho”.*

João ficava muito assustado olhando a janela, vez por outra se levantava, sentava novamente, mostrava parte do seu corpo onde estavam seus “filhos”. Usava óculos escuros e velhos todo o tempo.

Nesta ocasião, em função da atitude participativa da mãe foi possível que João fosse tratado em casa, indo com mais frequência ao CAPS, tomando uma medicação mais moderna, obtida posteriormente por requisição ao programa de medicação de Alto Custo. Em uma semana passou a ficar mais “*calmo, parou de falar bobagem, ficou mais corajosos para ir ao CAPS*”, segundo sua mãe. Ao final do período do estudo, João havia voltado a frequentar o CAPS, esporadicamente. Para a terapeuta ocupacional:

*“..o João melhorou acho que foi pelo remédio, não por causa das atividades. Ele vem, senta na varanda, a Eduarda vem falar com ele mas ele dá uma de difícil, joga um charme para a Aline. Ele, aliás, pediu para namorar com ela mas a Aline disse que não porque o Ronaldo já estava de olho. O João fica um pouco, fuma uns cigarros, conversa e vai embora”.*

Seus contatos se restringiam à sua família e aos vínculos que mantém no CAPS. De seus antigos empregos não manteve nenhuma amizade. Apesar de seu longo histórico psiquiátrico, sua mãe dizia que “*ninguém diz que ele é doente. Uma vez viajamos pra ver minha família e ninguém acreditava que ele tinha já ficado internado um monte de vezes. Aqui é diferente. Todo mundo sabe que ele vai no CAPS, todo mundo da rua já viu ele ruim. Se eu pudesse, eu saia desta casa. Quando a perua do CAPS aparece por aqui, todo mundo sabe que é porque o João está ruim*”. O próprio paciente contava que: “*outro problema de ir ao CAPS é que aqui em Pedreira todo mundo sabe que quem vai no CAPS é doente da cabeça. Se falo pra perua vir me buscar, todo mundo olha eu entrando nela. O CAPS fica num lugar onde todo mundo te vê entrando, é fogo*”.

*Antonio de Souza*

Em 1995, Antonio tinha trinta anos, era solteiro e tinha segundo grau incompleto. Havia trabalhado desde a infância, desde a adolescência havia sido independente financeiramente, mas nunca com capacitação técnica específica. Vivia com sua família numa área privilegiada de um bairro pobre de Pedreira. Esta área era antiga, com uma população já fixada na cidade há muitos anos, bastante diferente do restante do Bairro, que havia sido ocupado a partir do início da década de 80 por uma população imigrante do norte do Paraná. A casa de Antonio era de alvenaria, rebocada e havia sido construída pelos seus pais durante sua infância. Trabalhara na indústria local desde os 12 anos, mas nunca havia deixado de morar com os pais. Antonio recebia, desde 1994, um salário de aposentadoria por invalidez que era administrado por sua irmã e com o qual auxiliava a renda familiar.

Tanto em 1995 quanto em 2003 tinha então um contato intenso com o restante da família - fazia serviços e favores: pagava contas, levava os sobrinhos à escola, ajudava em serviços de manutenção da casa, como pintura. Junto à sua família era calado, ficava afastado das discussões, opinava pouco. Contava que era pouco ouvido, que sua opinião era pouco respeitada.

Nas entrevistas realizadas em 1995, era marcante a divergência narrativa entre os familiares em relação à ordem dos fatos de sua história médica, assim como a noção das causalidades. Durante as entrevistas, sua família debatia as interpretações dadas à doença de Antonio, numa discussão da qual ele freqüentemente não participava. Em casa, era difícil encontrá-lo sozinho, estava sempre acompanhado por um dos irmãos. Suas próprias

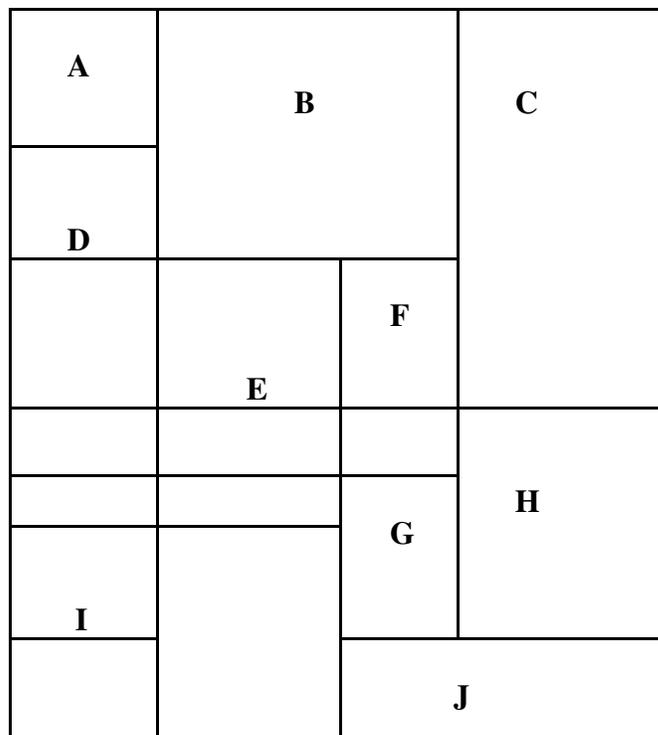
opiniões e angústias relacionadas à doença eram identificadas quando conversávamos fora de sua casa, em particular no CAPS.

Viviam na mesma casa (tanto em 1995 quanto em 2003): três irmãs de Antonio ( Maria, Joana e Eliana), dois sobrinhos, uma filha de Maria e o filho de Joana, além de Antonio e sua mãe, totalizando sete pessoas. Duas das irmãs e seus filhos voltaram à casa da mãe no início dos anos 90; no caso de Maria, em 1994 após tornar-se viúva. Joana vive na casa desde 88, quando decidiu voltar de São Paulo, onde morava. As três irmãs trabalhavam, Antonio responsabilizava-se por várias atividades domésticas, ajudando sua mãe. A casa tinha cinco quartos: um deles é vazio, desocupado em 1994 com o casamento de um outro irmão de Antonio, Humberto, também esquizofrênico (que se separara de sua esposa alguns anos depois e voltara a viver com a família, ocupando novamente o mesmo quarto). Nos demais, viviam as irmãs com os respectivos filhos, Eliana, a filha mais nova, dividia o quarto com sua mãe. Antonio tinha um quarto para si.

A seguir, o croqui descreve a distribuição dos ocupantes na casa conforme a configuração identificada em 1996 e que se manteve em 2003.

Figura X - Croqui da Casa de Antonio

*RUA*



- a- Vive uma de suas irmãs (viúva e católica) com sua filha
- b- Sala
- c- Vive outra irmã (crente) com seu filho
- d- Quarto de Antonio
- e- Lavanderia; área de serviço
- f- Lavabo
- g- Banheiro
- h- Vivem a mãe de Antonio e sua irmã mais nova
- i- Vivia Humberto, o irmão de Antonio, também esquizofrênico

## j- Cozinha

Para as irmãs, houve grande importância o fato de Antonio ter trabalhado, aos onze e doze anos numa fábrica de solventes, junto ao seu irmão que também enlouquecera. Segundo elas, ele tinha contato com substâncias químicas "muito fortes". Durante a primeira internação, o episódio foi omitido, segundo elas por haver muitos interesses econômicos envolvidos e eles "não poderiam brigar com gente tão poderosa". Ao contrário, para Antonio sua doença dizia respeito a uma decepção afetiva que ocorrera durante a adolescência, quando ele se apaixonara por uma colega de primário. Durante o colegial deixaram de estudar junto e quando se reencontraram estavam distantes e ela tinha um namorado. Quando soube disso, Antonio emborachou-se, foi ao hospital e "nunca mais foi o mesmo". Quando ele descreve estes fatos as irmãs ouvem e, discretamente, olham para baixo e riem, sem que o irmão veja.

Após esta decepção, todos concordam que Antonio viveu "três ou quatro anos na droga", sem que os pais percebessem (ou, segundo a irmã mais velha, como se eles  *fingissem não perceber*). Este contato com as drogas tem várias interpretações segundo os familiares. Joana, a irmã que se identifica como evangélica, diz que é uma manifestação: Antonio já seria fraco a princípio, basicamente por não ter a Deus. O contato com as drogas apenas demonstra esta fraqueza. Para Maria, as drogas, como os solventes ingeridos, poderiam ter relação com a doença. Nesta época, Maria entrou em conflito com os pais porque "eles não queriam ver o que estava acontecendo". Saiu então de casa e casou-se.

As irmãs contam que estes fatos eram piorados pelo pai, que "*bebia muito e desestruturava a família*", "*era machista e não queria que as mulheres de casa saíssem e estudassem*", segundo Maria. Ao contrário, com os filhos era permissivo e não era capaz de

admitir seus defeitos e problemas - dizem que ele era orgulhoso de que seu filho trabalhasse já aos doze anos e não o tirara da fábrica, ainda que visse que ela lhe estava fazendo mal.

4) Então Antonio passou a apresentar um comportamento estranho: não falava com os familiares, dizia coisas sem nexos e trancava-se no quarto. Após uma tentativa de suicídio de Antonio, quando o pai foi convencido pelo restante da família, levou o filho ao psiquiatra, onde foi acompanhado por seis meses, sem melhora. Em seguida foi internado em hospital psiquiátrico, tendo voltado de lá "como uma criança". Neste período, seu pai morreu e, curiosamente, a relação temporal entre o evento e a história da doença de Antonio é confusa. Sabe-se que ele morreu desgostoso pela doença dos dois únicos filhos e sabe-se também que, convencer-se da doença de ambos era, segundo as filhas, inadmissível para o pai. Não ficou claro, para nenhum membro da família se a morte se deu durante a internação ou após ela e, se no segundo caso, quanto tempo após.

Após a morte de seu pai, Antonio passou então a ter a evolução comum a muitos pacientes esquizofrênicos; diversas internações, pouco contato familiar durante alguns anos. Em 1988, Joana voltou de Campinas, "convertida em crente". Passou a insistir para que o irmão fosse batizado, o que ele fez um ano depois. Ficou então um ano sem fumar ou beber. Após este período, Antonio reconheceu que não conseguia permanecer desta forma por muito tempo e nisto estava, para sua irmã, a sua "fraqueza". Teve então novas internações em hospitais psiquiátricos.

Em 1995 Antonio ia à igreja com pequena frequência, e havia na ocasião iniciado tratamento em grupo no centro de saúde alguns meses antes e há mais de um ano não era reinternado. Passava o dia com algumas atividades domésticas, conforme descrito, além de ficar algum tempo no próprio quarto. Tinha atividades quase diárias no CAPS, centro de saúde e Entremontes. Dizia que sua melhora na época havia se dado pelo fato de que

*"agora estou recebendo um tratamento adequado, não é como aqueles sanatórios horríveis onde fiquei internado. Não sei se eu te falei, mas cheguei a fugir diversas vezes, porque aquilo era muito ruim".*

Após oito anos, Antonio havia mudado pouco fisicamente. Entre os entrevistados era ele quem identificava com mais clareza a impossibilidade de transformação de seu cotidiano, que se mantinha o mesmo desde 1995. A exceção era o fato de ir ao CAPS com uma frequência menor e estar mais distante de seus amigos da instituição. Dizia que não se interessava tanto em sair de casa e, avaliando o período passado entre as duas séries de entrevistas, dizia que havia pouco a tirar ou colocar, porque muito pouco havia acontecido naquele intervalo de tempo. Reclamava muito que se sentia sozinho, dizia que saía pouco de casa, algumas vezes para atividades breves como uma ida à padaria. Essas atividades eram banais para ele, mas não conseguia vislumbrar possibilidade de fazer algo diferente, como encontrar um emprego regular. Outra queixa frequente era a de ter poucos amigos, especialmente do sexo feminino. Sua família, para ele, não conseguia entendê-lo direito, ficava o tempo todo falando pra que ele fizesse coisas em casa, sendo que muitas dessas coisas Antonio as identificava como “coisas de mulher”.

Seus irmãos continuavam em casa. Seu irmão, também psicótico, tinha uma inserção mais precária no CAPS por haver tido discussões com outros pacientes “por causa de mulher”, segundo ele contava. Entretanto, ambos estavam sem sintomas, tinham uma rigorosa adesão medicamentosa e não eram internados há muitos anos. O prontuário de Antonio trazia informações lacônicas quando referia às consultas médicas. A informação predominante era: “Assintomático, conduta mantida”. O fato de Antonio manter-se sem sintomas, com uma inserção harmoniosa em sua família, sem internações e tomando

medicação rigorosamente há anos, fazia com que ele deixasse de ser uma preocupação. Ainda que ele tivesse inúmeras queixas em relação à sua própria vida.

### **3) Representações, Espaços e Papeis Sociais**

Kleinman (1988) chamou de “modelos explanatórios” as noções que as pessoas têm a respeito da classificação, evolução, origem e manejo apropriado das doenças. Estas noções implicam na forma com que pessoas que relações com pacientes psiquiátricos irão relacionar-se com eles. Modelos que atribuem responsabilidade da doença a motivos morais, por exemplo, tendem a tornar familiares menos tolerante a sintomas psiquiátricos. O estudo destes modelos e de representações é relevante na compreensão das relações entre familiares e os pacientes estudados.

Em 1995, as representações relacionadas ao surgimento da doença dos personagens revisitados foram organizadas e categorizadas da seguinte forma:

#### *1- Causas religiosas*

Laplantine (1991) identificou semelhanças entre medicina e religião como duas experiências totalizantes, ou seja, que envolvem diferentes aspectos da vida cotidiana. Para este autor, o paralelo que se estabelece entre medicina e religião como duas esferas que exprimem a totalidade de um indivíduo no social vão mais além; as noções de causalidade da doença oferecidas pela medicina oficial não só oferecem um código de comportamento social ao indivíduo, mas pune o desrespeito (com a doença), recompensa a obediência (a saúde como análoga à salvação) e combate a heresia (a homeopatia e outras formas não oficiais de cura). As representações descritas a seguir mostram este paralelo na

medida em que estabelecem noções de punição, responsabilização ou identificam o doente no papel de vítima.

*“O João ficou doente por causa de um trabalho”* - este foi feito por inveja (mãe católica)

*“Fiquei ruim porque não paguei uma promessa”* - Armando, católico.

*“Ele era fraco, começou a freqüentar a igreja mas parou porque não conseguiu ficar sem fumar”* (irmã de Antonio, evangélica da Igreja Quadrangular

*“O Cláudio ficou endemoniado, mas como não passou, vimos que era doença”*

Possessão demoníaca, familiar de Cláudio, evangélica.

#### *2- Abandono Amoroso*

*“Eu fiquei ruim depois de um problema com uma moça que eu conhecia desde criança.*

*Foi daí que tudo começou”* - Antonio

*“Ele piorou e tivemos que internar depois que namorou e foi traído pela namorada”* - mãe de João.

*“Eu me separei depois que fiquei doente e aí que piorei mesmo”* - Armando.

*3- Uso de drogas e de álcool durante a juventude, no caso de Armando, Cláudio e Antonio.*

#### *4- “Ele não é doente”.*

*“...os irmãos dizem que ele não é louco, ele é preguiçoso, louco rasga dinheiro e isso ele não faz”* - Cláudio

*“...meu problema na verdade é nas pernas”* - Armando

Observa-se que o modelo institucional não promoveu uma mudança significativa no que diz respeito aos modelos explanatórios de doença. Ainda assim, o CAPS passou a

servir como referência nos períodos de piora dos pacientes estudados em lugar do tratamento hospitalar. Percebemos que os familiares observam a instituição como referência, solicitando sua interferência em situações de crise e na resolução de problemas mesmo quando estes envolvem outros membros da família. Curiosamente ainda que as concepções da equipe contrastem com a dos familiares e dos pacientes, isto não implica na incompatibilidade neste modelo de relação entre família e instituição.

O “jogo de vai-não-vai”, ou a alternância de concepções relativas à doença de forma simultânea, descrita pela mãe de João Cunha, persistiu ao longo de oito anos e isto podia ser identificado em todos os entrevistados em diferentes graus e maneiras. Armando convivia com a idéia de ter apenas um problema nas pernas, mas tomava rigorosamente seus antipsicóticos tendo, inclusive se submetido a diversas mudanças no regime medicamentoso. João e sua mãe alternavam a crença de que o problema tinha origem no abandono do pai ou no consumo de álcool de João. Antonio e sua família não definiam o problema como pessoal ou de abandono amoroso.

Esta alternância remete a uma funcionalidade do discurso narrativo. Geertz (1983) aponta o senso comum como uma forma operacionalizável do discurso. A noção de funcionalidade se expressa na mãe de Paulo que utiliza a noção de que a doença foi causada pelo abandono de seu pai como uma forma de obter uma pensão. Entretanto, a estrutura narrativa não desempenha este papel meramente retórico. Benjamin (1987) aponta o caráter pragmático da narrativa, sempre com uma dimensão utilitária, como uma norma moral. Neste sentido, a condição de Armando em seu discurso aponta para “nunca deixe de cumprir uma promessa” ou no caso de Paulo “nunca abandone um filho”. Ou mesmo no caso de Antonio; “cuidado com as bebidas e as drogas”.

Narrar é uma construção de um discurso inserido na cultura no qual são expressos práticas e papéis sociais. Quando os entrevistados contam a sua história mostram o porquê de não trabalhar, o porquê de ir ou não ao CAPS. Reconstituem-se neste discurso, assim como seus familiares o fazem, situando, também, a relação dos pacientes com suas famílias.

O significado da doença é constituído e reproduzido através de interações sociais, pela articulação da experiência do sofrimento e pela organização de ações que vão aliviá-la. É compreensível que a vivência institucional da doença efetue uma transformação qualitativa da narrativa dos pacientes e de seus familiares acerca da doença. No caso da psicose, uma particularidade acerca das narrativas dos entrevistados é o fato de seu discurso tornar-se ininteligível à família fora de um referencial médico em alguns períodos, como acontece com João Cunha que diz ser *Ultra seven*. Ou mesmo com Armando que diz ser vítima de bruxaria. Este discurso, para familiares carece de interpretação e significado e, nestes momentos, rompe-se a linearidade narrativa dos familiares e os pacientes e suas famílias passam a viver em mundos diferentes. O caso no qual esta ruptura é mais evidente é o do Armando, que passa todo o tempo isolado nos fundos de casa, sem interlocução com seus pais.

Além do papel da família, as ações institucionais decorrentes da implantação da reforma psiquiátrica constituem um elemento da cultura que permeia e modifica a experiência (e conseqüentemente na narrativa) da doença. Armando não frequenta o CAPS. Ao contrário, aos demais usuários estudados que vão à instituição, os períodos de crise correspondem a um aumento no número de anotações sobre o pacientes no prontuário. O paciente é avaliado em crise por psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional com maior freqüência. É comum que quando o paciente piora passe para um

regime de atendimentos mais próximo, deixando, por exemplo, de vir mensalmente ao serviço (regime não intensivo) para comparecer duas vezes por semana (regime semi-intensivo). O prontuário reproduzido em forma de anexo mostra quando o paciente deixa um período de estabilidade de sintomas e entra em crise, com recorrência dos sintomas psicóticos. Observamos em prontuário que após vários registros rotineiros de fornecimento de medicação (sem significado descritivo, mas parte da rotina institucional) existe a construção de uma narrativa na qual as áreas técnicas dialogam, servindo-se da interlocução mútua como instrumento da reconstrução da experiência do paciente.

Esta reconstrução técnica da experiência ocorre no momento em que há uma lacuna na narrativa da família (pela não inteligibilidade da experiência do paciente-familiar) e na do próprio paciente (muitas vezes pacientes psicóticos descrevem a experiência do sintoma como difícil de ser lembrada). Existe, assim, uma complementaridade nos dois discursos - técnico e de familiares que corresponderiam a duas histórias complementares: institucional-psiquiátrica e institucional-familiar. Estas, em diferentes momentos, de responsabilização, reorganização da narrativa e tutela.

Existe assim uma relação de complementaridade entre a construção da narrativa dos pacientes sobre a própria experiência da doença, a construção da narrativa de familiares e o discurso técnico nos prontuários. Note-se que a própria experiência dos pacientes é substituída nessa narrativa: sua história é narrada com mais dados e finalidade por *técnicos* ou familiares. As representações descritas fazem parte desta relação existente entre as narrativas, constituindo as descrições de prontuários representações da instituição acerca do paciente e de seu estado. Este processo de

construção e reconstrução da narrativa tem um âmbito pragmático de manejo social do paciente.

Desta forma, o fato de não haver uma relação entre usuários, familiares e técnicos do CAPS que possibilite transformação nas concepções de doença é resultado de um modelo de substituição. Familiares são, em momentos de crise, substituídos pela instituição, e, com isto mantêm-se intactas suas concepções de doença e etiologia já que estas não são sofrem tensão do convívio com os quadros mais agudos da doença. Observamos com isto: 1) o contraste entre a proposta da reforma psiquiátrica de transformação da subjetividade frente à loucura e o papel que um CAPS efetivamente desempenha; 2) a complementaridade do discurso narrativo que passou a ser constituído neste modelo institucional; 3) o fato dos pacientes e familiares não pactuarem necessariamente com os referenciais reforma psiquiátrica mostra que o discurso não foi concebido e nem é reproduzido por eles. Familiares e pacientes não são militantes do movimento. Finalmente, identificamos então que, paradoxalmente, este cuidado e substituição que o CAPS oferece termina por reproduzir o olhar que familiares têm diante da loucura.

Uma vez que os familiares dos sujeitos estudados não incorporaram o discurso da reforma psiquiátrica, mantendo um conjunto próprio de representações sociais a respeito do problema dos pacientes, cabe discutir como se dá a elaboração e operacionalização destas representações. Algumas características relacionadas a modelos explanatórios são particularmente importantes de serem discutidas, menos por remeterem a modelos teóricos adotados nesta discussão do que pelo fato de serem relevantes na literatura. Os dois pontos a serem discutidos são: a responsabilização do

paciente por sua doença e o seu papel em suas relações sociais. O trabalho de campo mostrou uma aproximação entre estes dois aspectos, conforme será discutido.

O primeiro dos pacientes a ser considerado nesta discussão é Armando. Este mora no fundo da casa, com banheiro próprio, sem acesso a áreas de convívio comum, isolado, com uma relação com os familiares que não é intermediada pelos profissionais do CAPS. Armando era casado quando adoeceu, vivia com sua esposa e dois filhos - divorciou-se então e passou a viver com seus pais. Estes não participaram das mudanças maiores durante o processo de perdas sociais associada à evolução da esquizofrenia. Quando se mudou para a casa dos pais, estes não mudaram sua rotina nem a organização espacial da casa, reservando a Armando um espaço isolado.

A condição de Antonio, que também frequenta muito pouco o CAPS, é contrastante. Sempre morou com seus pais, todos em sua família têm interpretações próprias acerca de sua condição. Antonio teve a história de seu enlouquecimento reinterpretada a cada transformação familiar, cada vez que um filho deixava ou voltava para a casa dos pais. Neste caso, há ainda um grande número de pessoas envolvidas na rede de relações de Antonio dentro de sua família. Cada um fornece uma possibilidade interpretativa e reorganização a um universo de representações que em algum momento desmorona. A situação de Armando é outra: ele vive sozinho com os pais que optaram por não transformarem suas próprias concepções de comportamento. A opção, ao contrário, foi hospitalizarem-no em seu próprio quarto.

Por sua vez, Antonio faz serviços de casa, encontra dentro da família uma função. Seus movimentos são limitados e controlados - vários deles são monitorizados pelas irmãs e mãe. Por um lado, não é responsabilizado pela família pela sua condição: suas irmãs o encaram como vítima, seja de seu pai, seja de uma desilusão amorosa, seja da fatalidade de

uma doença. Armando, ao contrário, é visto como culpado pelo seu estado - não pagou a promessa, bebia quando era mais novo. Antonio já está, para seus familiares, quase curado: sua irmã crente diz que ele é dependente de drogas e estas servem apenas para diminuir os sintomas uma vez que a cura real está em Deus.

Cláudio, outro paciente estudado, afasta-se de tempos em tempos das atividades de CAPS para cuidar de sua mãe já idosa. O motivo atribuído para sua doença é, na maioria das vezes, o envolvimento que teve com movimento sindical, o que lhe destituiu de culpa. Uma demonstração de que está melhor é haver voltado a trabalhar na mesma empresa na qual adoeceu, ainda que no trabalho protegido. Empregar-se nesta mesma empresa é demonstração, ainda, de que já não se encontra sob influência do movimento sindical. Sua família considera sua atividade no trabalho protegido como um emprego efetivo.

Desta forma, não ser responsabilizado pela doença e viver junto à família, implicam em apresentar um comportamento dócil, tranqüilo, não ameaçador. Tanto Cláudio quanto Antonio vão ao supermercado, banco, realizam pequenas tarefas para a família e são considerados “de confiança”. Este papel social desempenhado pelos sujeitos estudados os acomoda numa relação familiar que permite que as concepções relativas à doença não sofram rupturas, mas procedimentos de ajuste, de adaptação às mudanças de sua trajetória. O papel do CAPS em substituir este cuidado em períodos de crise permite, paradoxalmente, que estes modelos se perpetuem.

Assim, estas representações fazem parte de um modelo complexo, fortemente associadas com o papel social dos sujeitos no âmbito familiar. Tais representações funcionam ainda como norteadoras desta relação entre o sujeito e sua família. A instituição age no sentido de reafirmar tais representações, preservando uma possibilidade de relação social aos pacientes junto às suas famílias. Existe assim um

contraste entre o papel desempenhado pelo CAPS e o esperado quanto à transformação do espaço social dado à loucura.

#### **4) Cotidiano e Inserção Social**

A maior parte dos pacientes manteve, ao longo dos oito anos que separam os dois estudos, poucas mudanças no que diz respeito à sua vida social. Os eventos de vida, em sua maioria, estiveram associados às suas relações desenvolvidas no CAPS de Pedreira. João Cunha serve como exemplo mais representativo deste fato. Conheceu sua namorada, Eduarda durante as atividades da instituição e viveram junto algumas semanas sob acompanhamento de toda a equipe terapêutica. Da mesma forma, após o fim do relacionamento ambos tiveram piora clínica e foram tratados no CAPS, em horários diferentes para que não se encontrassem. João Cunha não teve, depois de Eduarda, relacionamentos amorosos fora da instituição. Nem mesmo mantém os relacionamentos próximos e anteriores à sua doença, como sua ex-namoradas, ou familiares de segundo grau.

Cláudio, da mesma forma, tem uma rede de amigos ligados ao trabalho protegido que se encontra com frequência, dentro e fora do CAPS. Com exceção dos contatos familiares, estas relações de Cláudio são exclusivamente vinculadas ao seu dia a dia institucional. Antonio, por sua vez, já havia tido, entre as pacientes, namoradas ao longo dos últimos anos e ainda ia à instituição ainda muitas vezes com este objetivo. Fora do CAPS tinha uma postura bastante diferente, tanto em sua casa quanto com o resto da cidade. Conta que se sentia intimidado e envergonhado com outras pessoas que não eram pacientes.

Esta timidez nas relações do dia a dia servia como estímulo para que se mantivessem em seguimento institucional permanente. Dos pacientes cujos casos foram estudados, Cláudio era o que se sentia mais tenso fora do CAPS, dizendo ter muita dificuldade em aproximar-se de qualquer pessoa, particularmente das mulheres. Dizia que nunca havia tido relacionamentos amorosos duradouros por sentir-se sempre muito nervoso quando na presença de moças. Então suas mãos tremiam, suavam, sua pele ficava pálida. Na companhia de outros pacientes conseguia ir a boates para “ficar num canto olhando pras moças”, discretamente, mesmo quando não era visto por elas, segundo ele mesmo contava.

Entretanto, ir ao CAPS não era garantia de ter amigos entre os pacientes e a possibilidade de ter relações de amizade na instituição não era garantia de adesão ao tratamento institucional. Ter alta do CAPS ocorria muito raramente e na maioria das vezes a diminuição da frequência dos atendimentos ocorria a partir da iniciativa do próprio paciente. Nestes casos a equipe terapêutica podia ou não concordar com a diminuição desta frequência. Os referenciais para que os pacientes tivessem mudanças no regime de atendimento diziam respeito, normalmente, a parâmetros não médicos, como autonomia (categoria definida como capacidade de desenvolver atividades necessárias ao seu dia a dia), continência familiar (capaz de suportar períodos de piora clínica do paciente) e a manutenção de relacionamentos sociais. Outro parâmetro importante era a adaptação do paciente ao que era oferecido pela instituição, o que se chamava de “beneficiar-se com o tratamento”. Pacientes que não se adequavam às atividades propostas tendiam a diminuir progressivamente sua frequência. Assim, quando existia desinteresse do usuário em ir regularmente ao serviço, isto frequentemente era visto de forma positiva, como sinal de melhora.

Desta forma, pacientes que não estabeleciam relações que tornassem atrativo ir ao CAPS tendiam a diminuir espontaneamente a frequência de suas idas à instituição e esta passavam a ter um papel exclusivamente de tratamento médico. João Cunha exemplifica este funcionamento. Após o fim de seu namoro com Eduarda, teve piora dos sintomas e foi internado. Após a alta, como sua mãe conta, passou a ficar envergonhado por seu duplo fracasso: seu namoro mal sucedido e pela internação. Esteve afastado do convívio com outros pacientes e desde então deixou de frequentar grupos terapêuticos, encontrar amigos fora da instituição. Com isso, o vínculo junto aos trabalhadores e pacientes do CAPS enfraqueceu-se, passou a faltar mais às consultas médicas, o que, por sua vez, piorou sua adesão à medicação aumentando a frequência das reincidências dos sintomas psicóticos. O tratamento está assim indiretamente vinculado à existência de uma rede de relações sociais estabelecidas na instituição. Romper o relacionamento amoroso com uma paciente implicou indiretamente numa piora clínica de João Cunha.

Ainda assim, no período do estudo, João ia com frequência ao CAPS para consultas agendadas. Antes das consultas, conversava com outros pacientes, sentava-se na varanda, paquerava Aline (outra paciente) fumava alguns cigarros, sorria e cumprimentava efusivamente seus amigos. No período do estudo, ainda, já voltara a falar com Eduarda, timidamente e sob a atenção de trabalhadores e pacientes do CAPS. Mesmo assim, frequentar a instituição diariamente não era considerado atrativo para ele. João dizia não ter motivo para atravessar a cidade e ir diariamente ao CAPS. Dizia estar bem, não ouvia vozes, não estava doente. Sempre separadamente de João, sua mãe dizia que, na verdade, ele sentia-se ainda envergonhado. Ainda que não frequentasse diariamente a instituição, esta constituía uma referência importante, não substituída durante o afastamento. “Ele sempre volta pra lá e quanto mais vai, mais gosta de ir. No

começo, a gente tem que insistir. Depois ele se acostuma. Mas a gente fica com medo de ele arrumar outro problema por lá e orientamos ele sempre”, completava sua mãe.

Após oito anos de inserção no CAPS, este tende a se tornar uma referência insubstituível quanto à rede de relações sociais que ele proporciona. Isto explica dois outros casos. O primeiro é o de Antonio que teve relacionamentos amorosos com pelo menos três diferentes pacientes no CAPS entre 1995 e 2001. Estes relacionamentos sempre terminaram por sua iniciativa e em dois destes casos o rompimento provocou piora clínica das pacientes. Estes eventos eram acompanhados de perto pela equipe terapêutica e esta era predominantemente feminina. Por este motivo, Antonio incomodava frequentemente membros da equipe. Era considerado cafajeste e arrogante. Da mesma forma, adquiriu uma má fama entre as pacientes do CAPS e entre alguns pacientes do sexo masculino que se interessavam por suas ex namoradas. Antonio passou a ir com menor frequência as atividades terapêuticas e como se mantinha bem clinicamente não foi realizado nenhum movimento para que ele voltasse a ir ao serviço como anteriormente. Após algum tempo afastado contava a respeito de sua vida afetiva que:

*"Um tempo atrás eu ia muito com garota de programa. Depois comecei a ir numa igreja, a do Evangelho Quadrangular. Parei de sair com este tipo de mulher porque eles não deixavam. Mas falaram para eu parar de fumar e tomar remédio. Aí eu fiquei ruim e fui internado. Fui em várias igrejas mas elas falavam para parar de tomar remédio e isto me faz mal. Fui na Universal, na Batista Independente. Não vou em nenhuma hoje. E também não vou com estas mulheres de programa porque tenho medo de beber, ficar ruim e internar".*

Após anos de acompanhamento no CAPS este não oferece possibilidade de ser substituído com o tempo, ao contrário, reforça ainda mais os vínculos. Isto aparece na história de Armando, no período entre 1995 e 2003. Progressivamente mais impossibilitado de freqüentar a instituição em função da perda da capacidade motora de suas pernas, as relações de Armando passaram ser restritas à sua família. O afastamento foi intensificado pela insistência de sua mãe em aproximar Armando das profissionais do CAPS de forma amorosa. Fátima, terapeuta ocupacional do CAPS contava que:

*”uma vez eu fui até lá para atendê-lo e ela [a mãe de Armando] disse: ”ele tinha que arrumar uma mulher assim para cuidar dele e ficou insistindo para eu voltar para vê-lo. Perguntou se eu era casada. Se me dava bem com meu marido; ficou complicado voltar porque ele também aproveita muito pouco das atividades que eram propostas”.*

Durante o trabalho de campo, as queixas freqüentes da mãe de Armando sempre se somavam à afirmativa de que ele devia se casar novamente com alguém que cuidasse dele.

Com exceção das visitas domiciliares realizadas por psiquiatra (bimestrais ou trimestrais), Armando tinha contato apenas com seus pais. Separado, não via seus filhos há vários anos e quando não recebia visitas do medico sua mãe ia ao CAPS buscar medicação. Também seu contato com familiares era restrito, o que era acentuado pela disposição arquitetônica de sua casa, que isolava seu quarto inclusive da rua.

No entanto, se por um lado a inserção no CAPS não criava alternativas de relação social à instituição, por outro mediava relações entre familiares e pacientes. Isto ocorria sem que, necessariamente, familiares estivessem envolvidos no tratamento. O caso de Cláudio ilustra esta situação.

Durante o período de estudo de campo, Cláudio afastou-se do trabalho protegido para cuidar de sua mãe que havia sido submetida a uma cirurgia. Desde 1995, Cláudio já tinha um papel de cuidador de assuntos considerados de menor risco junto à sua família. Ia normalmente ao banco, desde que com pequenas quantias, fazia pequenas compras, cuidava de sua mãe quando os demais familiares estavam ocupados trabalhando. Segundo sua própria mãe, Cláudio é *bonzinho*, de confiança, desde que tomasse medicações. Caso contrário, ficava irreconhecível, de comportamento imprevisível. O mesmo acontecia com outros pacientes que se encontravam sob controle institucional: Antonio passava a maior parte do tempo dentro de sua casa, mas desempenhava tarefas domésticas e também saía para fazer compras a pedido de sua família. Da mesma forma era descrito como *bonzinho*, atributo que o distinguia do período no qual não tomava medicações tornando-se agressivo. O tratamento era visto pela família como uma condição para que o paciente se tornasse alguém de confiança. Entretanto, esta confiabilidade não previa a capacidade plena de desenvolver qualquer tipo de atividade.

João Cunha, após o namoro com Eduarda e o afastamento do CAPS passou a ter episódios de piora clínica por baixa adesão medicamentosa. Com esta piora geral, sua mãe insistia para ele não saísse de casa com frequência, dizia que se andasse com dinheiro podia “beber ou fazer outra bobagem”. Contava que num período de crise comprou vários óculos escuros, desnecessariamente. Segundo sua mãe “não dá pra confiar no que ele vai fazer. Na época em que ele ia direitinho no CAPS, a psicóloga vinha avisar se ele começava a ficar mal e era pra prestar atenção se ele estava tomando remédio. Eles avisavam se ele ia piorar. Quando começou a namorar a Eduarda, eles avisaram que podia dar problema. Mas agora, não dá pra confiar cem por cento não”. A inserção institucional tinha a função, para ela, de avalista da liberdade de ação,

mostrando o quanto o CAPS interfere em todas as esferas das relações sociais de seus usuários.

### **5) Experiência, Instituição e Desqualificação Social**

Retomando a discussão acerca de experiência e psicose, verifica-se que os dados apontam para um elemento não discutido até o momento: o papel da instituição e sua caracterização como definidor da experiência. A relação entre loucura, instituição e experiência tem uma história particular. Para realizar a articulação, serão utilizados dois referenciais teóricos emblemáticos de duas tendências teóricas.

A primeira destas referências é o estudo clássico de Good (1977): *The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran*. Nesse texto, a experiência é abordada através do estudo de categorias de angústia numa região rural do Irã e a partir de então são explorados os significados locais associados a elas. A partir destes, Good identificou uma rede semântica, com um idioma cultural de sofrimento psíquico que organiza a experiência da doença. O significado desta é constituído assim por interações sociais, representações coletivas que se encarregam de gerar ações pragmáticas para aliviar uma condição vivida socialmente. Essa abordagem culturalista tende a tratar as categorias de sofrimento como parte de uma construção semântica que envolve representações, ações culturais e relativiza categorias diagnósticas. Assim, o papel institucional não tem por que ser considerado, na medida em que a constituição da experiência é intrinsecamente voltada para a cultura.

No estudo atual, identifica-se assim uma ampla interferência institucional nas relações sociais dos pacientes em acompanhamento, o caráter excludente desta interferência e sua aparente irreversibilidade após oito anos de seguimento em CAPS. Os diagnósticos, neste caso, tratam de categorias êmicas e pré requisitos para a inserção

numa instituição no papel de pacientes. E, a partir desta inserção, estabelecem uma forma específica em suas relações sociais, não só no interior da instituição como nos outros grupos de referência, em especial a família. O caráter da instituição então define a experiência, ou isso se pressupõe. Ainda, a instituição descrita apresenta a particularidade de haver sido elaborada como projeto político, ter referenciais teóricos de atuação e papel sociais construídos, de forma pragmática e sistemática.

Para discutir esta interferência institucional identificada no estudo será tratado outro texto clássico já utilizado neste capítulo: *Manicômios, Conventos e Presídios*, de Goffman (1972). Ainda que o autor não tenha abordado nos mesmos termos a questão da experiência psicótica, atendo-se a processos institucionais, do funcionamento interno destes e da construção de significados. E não o contrário, da apreensão destes significados através do estudo da experiência. Mais importante do que definir, para Goffman, a visão de mundo dos sujeitos num hospício, foi identificar a elaboração de uma visão de mundo bastante particular, ou os processos nos quais esta elaboração é pressuposta. Um exemplo é a homogeneização da aparência com cortes de cabelo e com o uso de uniformes. Goffman se preocupa com o mecanismo de destituição de identidade e não com a tradução subjetiva do processo.

A literatura define um grande número de intermediários entre estas duas perspectivas, de ignorar ou tornar parâmetro as instituições. Entretanto, parece existir hoje na literatura psiquiátrica uma clara tendência em ater-se à consideração da experiência e desconsiderar o papel das instituições como mediadoras da experiência em ser psicótico.

Neste espaço intermediário, Kleinman em 1988 em *Rethinking Psychiatry* aborda o modelo de stress no qual fatores sociais são reduzidos a fatores de risco ou proteção

para transtornos psiquiátricos. Segundo o autor, processos macrossociais e experiência pessoal estabelecem uma relação dialética, esta mediada por um sistema cultural local. As relações e seu contexto histórico dão aos fatos um significado pessoal e uma importância social, esta modulada e transformada por cada sujeito. Kleinman dá então diversos exemplos acerca de diferentes significados que podem ter um mesmo evento. No entanto, esta descrição não esclarece qual a experiência decorrente deste fenômeno institucional para os pacientes, relegando também a um relativismo que não apreende as diversas especificidades de um contexto, e, no caso estudado, às características institucionais.

Mais recentemente Jenkins e Carpenter (2005) estudaram a experiência subjetiva de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia a partir de uma entrevista padronizada que abordava aspectos do dia a dia e do tratamento dos pacientes. Foi abordada a questão do uso de medicações como forma de evitar hospitalizações, o cotidiano com baixos níveis de sintomas. Ainda que fosse centrado nas questões concernentes ao tratamento e que eram experimentados pelos pacientes como melhora sem cura e dilemas como engordar ou enlouquecer, a instituição de tratamento é descrita exclusivamente como pano de fundo, sem que suas características fossem vistas como constitutivas da experiência psicótica.

Neste estudo realizado num CAPS, há dois elementos centrais para que a instituição passe a ter um papel constitutivo na experiência de ser psicótico para os pacientes estudados: 1) eles têm a instituição como referência de suas relações sociais (e esta referência não é substituível) e 2) estar inserido na instituição tem, em si, um significado para os pacientes.

1) os pacientes do CAPS têm a ele como referência porque suas vivências dentro da instituição parecem responder às suas expectativas. Cláudio contava que gostava de ir encontrar amigos e o trabalho, ainda que protegido, possibilitava que não fosse visto como “vagabundo” (segundo ele mesmo diz) em sua casa. Ainda que cercado por diversas ambigüidades, João contava que se sentia bem na varanda, fumando. Um fator que intensifica a proximidade dos pacientes do CAPS é justamente o fato deste cumprir com expectativas de convívio e com as demandas de afetividade dos pacientes.

Esta condição se estende às relações não vinculadas à instituição. Segundo o relato de Antonio:

*"Experimentei sair de noite pela última vez faz uns três meses. Vi todo mundo se divertindo, mas não sentia alegria. Voltei logo para casa. Meu irmão está sempre me convidando para sair, mas ele mesmo não sai. Se eu for na praça para paquerar alguém, ela vai ser filha de um amigo com quem eu saía muitos anos atrás. Estou com 38 anos e meus amigos de antigamente se casaram e tem filhos de 18. Todos estes amigos se casaram e a vida de quem casa fica diferente. Eu não casei, não namorei sério, não namoro.*

*Acho que sou também complexado. Não tenho os dentes da frente nem dinheiro para arrumar. Quando fico no meio de muita gente eu fico complexado, diminuído, discriminado. Eu era muito conhecido em Pedreira, eu saía muito, não parava. Teve vezes que eu bebi e usei drogas, muitos anos atrás. Fiquei conhecido por isso. As pessoas que ficam na praça sabem da vida de todo mundo. Eu sou conhecido como um drogado".*

2) Entretanto, frequentar o CAPS é uma marca e assim, ao mesmo tempo, implica num significado negativo. Se o CAPS era visto como um ambiente acolhedor, protegido, onde as relações se davam mediante regras e cuidados, todas as características adquiridas por estes sujeitos na instituição se perdem fora dela. É bastante ilustrativo o fato da fala anterior ser de Antonio, que teve diversas namoradas entre as pacientes e era visto como “cafajeste” na instituição. Fora dela era *complexado*, desprovido dos dentes da frente, de dinheiro.

Mesmo no caso de Cláudio que ia a boates, o mundo externo ao CAPS era viabilizado quando funcionava como uma extensão da instituição, isto é, quando as excursões ocorriam junto a outros pacientes. Nestas condições, ele sentia-se protegido desta experiência de desqualificação.

Serge Paugan (1997) elaborou o conceito de desqualificação social ao estudar a situação de camadas da população na França que migraram a uma condição de pobreza. O processo descrito diz respeito ao movimento de “expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho.... e as experiências vividas em relação à assistência (pág. 68). Paugan discute o fato da categoria de pobre não se definir a partir da falta de dinheiro. Um artista ou comerciante pobres são identificados na categoria de origem. Esta situação muda a partir da inserção - quando a pessoa tem direito à assistência, existe uma mudança de categoria através da qual eles passam a ser identificados.

A pobreza, segundo o autor, não é definida quantitativamente, mas atribuída socialmente, pelo conjunto de reações sociais à sua condição. A desqualificação social, como modelo de relação caracteriza-se ainda pelo estigma dos assistidos, ligada a uma identidade que esta assistência imprime. Por sua vez, isso levaria a uma experiência de isolamento que dissimula uma condição de inferioridade na medida em que pobreza

ganha o status social desvalorizado. Da mesma forma, a assistência promove uma integração específica com a sociedade na qual o pobre é incluído, mas colocado num estrato social caracterizado por desvalorização. No caso estudado, o CAPS constitui uma marca institucional e freqüentar é enquadrar-se à população à qual a instituição está destinada. O CAPS define, em última instância, quem é louco através de sua incorporação. Não é o adoecimento que define a ida ao CAPS mas estar no CAPS é a marca do adoecimento.

Os pacientes entrevistados se sentem isolados e desambientados quando fora de situações protegidas de relação social (“*Meu irmão está sempre me convidando para sair mas ele mesmo não sai. Se eu for na praça para paquerar alguém, ela vai ser filha de um amigo com quem eu saia muitos anos atrás. Estou com 38 anos...*”). Mesmo quando inserido num discurso delirante, como no caso de João (“*não tenho dinheiro para alimentar meus filhos que ficam na minha barriga*”) denotam uma noção de desvalorização de si mesmos. A condição de freqüentar um CAPS e a identidade de um usuário ligada a esta instituição tem o papel de desqualificar sem necessariamente segregar os sujeitos estudados. Após oito anos de inserção na instituição sabe-se disso. João Cunha tem entre os entrevistados a relação mais ambivalente com sua condição de usuário de CAPS. Por um lado, constitui sua única possibilidade de relacionamentos amorosos. Ao mesmo tempo, identifica que as mulheres do CAPS são passíveis de instabilidade emocional, rompendo uma relação a qualquer momento. Indo ao CAPS tem acesso a mulheres, mas indo se reafirma como doente e exclui outras possibilidades de relacionamento.

É importante notar assim a dupla articulação da instituição com a experiência de desqualificação social. 1) na medida em que se encontra em um ambiente que é

protegido e supre demandas afetivas, os pacientes não vislumbram alternativas àquelas oferecidas no interior da instituição. Este processo é legitimado pela família que encara o paciente como *de confiança*, inofensivo. 2) a própria inserção institucional do paciente no CAPS imprime uma marca social que o desqualifica. Os dois processos articulados eliminam alternativas ao CAPS aos pacientes.

Desta forma, verificamos a impossibilidade em dissociar a experiência de ser psicótico da experiência institucional. Sistemáticamente, o modelo institucional- CAPS- interfere na experiência de duas formas: 1) proporciona uma manutenção das representações sociais na medida em que cria uma alternativa institucional à cisão psicótica do discurso narrativo do paciente. Neste processo a instituição *conta* qual a história do paciente, transcreve sua experiência para um idioma que diminui tensões da relação familiar e permite que os sujeitos pareçam menos ameaçadores. Esta cisão narrativa implica ainda na existência de um espaço social onde a experiência destes pacientes é traduzível, acolhida sem que grandes mudanças cotidianas ocorram, em contraste a uma internação psiquiátrica.

O CAPS intervém ainda na experiência na medida em que 2) interfere no cotidiano dos pacientes, criando uma vivência sem alternativas a ele, caracterizada por uma vivência de desqualificação. O CAPS é definidor de uma condição de institucionalização sem saída, na qual as representações de saúde se mantem as mesmas, anulam-se as possibilidades de uma real ressocialização e nos quais o paciente adquire junto à família um papel inofensivo, livre de alguns dos aspectos da doença, mas mantendo-se na condição de doente e considerado sob controle. Esta condição é fortemente definidora na experiência social de ser psicótico.

## Capítulo V - Conclusão

---

Inicialmente, algumas considerações devem ser feitas a respeito do poder de generalização dos dados encontrados neste estudo. Por tratar-se de um estudo de caso, devem ser considerados os aspectos locais da instituição. Observou-se, por exemplo, uma ampla autonomia da coordenação da instituição, situação não muito comum em outros CAPS. Da mesma forma, conforme discutido no segundo capítulo, os CAPS apresentam diferentes modalidades institucionais. É possível que CAPS que tenham leitos desenvolvam uma configuração de relacionamento entre equipe e usuário diferente do caso descrito. Entretanto, o estudo ganha poder de generalização na medida em que o CAPS descrito funciona de maneira convergente ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde. De fato, eram desenvolvidos os procedimentos junto aos pacientes previstos no projeto institucional e, assim, os dados encontrados são também convergentes ao modelo. Os processos sociais descritos que tornam a instituição o espaço final de sociabilidade dos pacientes são possíveis mediante o cumprimento do projeto da instituição desenvolvido num nível nacional. É possível que nem todos os CAPS tenham convergência aos achados deste estudo, mas, seguramente, alguns dos processos sociais descritos são intrínsecos ao modelo.

Outra ressalva possível aos achados é o fato da literatura médica descrever particularidades nas relações sociais entre pacientes psicóticos, conforme descrito no capítulo anterior. Entretanto, quando compilados os dados dos capítulos 3 e 4, verificamos que os processos sociais aos quais os pacientes estão submetidos independem de sua condição médica que explique sua sociabilidade. Pacientes com diferentes graus de sociabilidade passam a ser submetidos a processos sociais semelhantes assim que são inseridos institucionalmente.

### *história e a experiência social da doença*

Duas linhas conduziram a elaboração deste texto. A primeira foi essencialmente histórica e contextualiza as transformações institucionais psiquiátricas, ocorridas no país a partir do final da década de 1970. Segundo esta linha, a reforma psiquiátrica vincula-se a um processo de crítica às instituições psiquiátricas iniciado na década de 1950. Este vínculo histórico estende-se à psiquiatria democrática italiana, especialmente quanto ao caráter oficial adquirido pelas transformações institucionais enquanto política de Estado. Uma vez que os Centros de Atenção Psicossocial constituem instituições elaboradas no âmbito da reforma psiquiátrica, parte do funcionamento institucional se explica pelos referenciais teóricos identificados historicamente. Ainda que esta linha já tenha sido abordada em outras publicações, foi necessário utilizar este referencial para compreender o CAPS como um modelo cuja construção obedeceu a uma lógica histórica que norteia suas práticas terapêuticas. Esta linha permitiu que o estudo do CAPS considerasse a literatura de crítica institucional como referência de análise dos dados etnográficos.

Ainda que o estudo não se baseie na comparação entre os CAPS e os hospitais psiquiátricos, este contraste está presente em vários níveis. Num nível de referência bibliográfica, num nível histórico, que remete à elaboração do modelo dos CAPS. O contraste CAPS/hospital psiquiátrico está ainda presente no cotidiano institucional, seja pelo antagonismo às práticas presentes nos hospitais, seja num plano político do papel substitutivo identificado pelos trabalhadores da instituição. Com base neste contraste, o quadro a seguir sintetiza os principais achados deste estudo.

Quadro XX – Hospitais Psiquiátricos e Centros de Atenção Psicossociais

Hospital Psiquiátrico	Centro de Atenção Psicossocial
Instituição total	Instituição Fim
Padronização da experiência	Experiência totalizante
Exclusão Social	Inclusão e segregação social
Controle Institucional físico	Controle simbólico e normativo
Restrição física e involuntária	Restrição simbólica e voluntária (ou involuntária em alguns casos)
Estereotipia do cotidiano	Universo de relações restritas e controladas
Perda de recursos de ressocialização	Ganho de recursos específicos de ressocialização restrita

A segunda linha que norteou a composição do estudo foi teórica e teve num extremo a caracterização institucional e no outro a experiência da doença. Esta linha associativa considera a instituição como um produto cultural, elaborado a partir de uma concepção de doença e de seu tratamento, impondo práticas terapêuticas e criando categorias sociais em seu interior. A experiência da doença sofre interferência institucional, transformando o cotidiano dos pacientes, suas relações sociais e caracterizando-os socialmente.

A interferência institucional não é absoluta quando se considera a experiência da doença. Ainda que o CAPS estudado apresente características de organização institucional convergentes aos referenciais da reforma psiquiátrica, os pacientes sentem-se pessoas doentes, têm suas relações sociais limitadas a outros pacientes e em suas famílias são considerados incapazes de desempenharem papéis complexos. Uma vez que as práticas institucionais estudadas são convergentes ao modelo proposto num nível nacional, estes limites referem-se mais ao papel social desempenhado pela instituição do que à sua

estrutura. Dois pontos serão levantados para a discussão da limitação institucional sobre a experiência: 1) o fato do papel social dos CAPS não convergir ao papel projetado e 2) os limites sociais pertinentes ao próprio modelo institucional.

### *Os CAPS e a Loucura Como Categoria Social*

Categorias psiquiátricas constituem tema controverso. Um exemplo foi a supressão de algumas categorias do sistema de diagnósticos psiquiátricos, como histeria e neurose. Os termos não se tratavam propriamente de diagnósticos com sustentação na literatura médica e estavam historicamente ligados à psicanálise. Na ocasião da expansão da importância dos manuais diagnósticos, existia uma preocupação em aproximar a psiquiatria das ciências médicas (Kleinman, 1988). Assim, banir estas categorias das possibilidades diagnósticas fortaleceu o afastamento de conceitos e referenciais teóricos provenientes de áreas não médicas, em especial a psicanálise.

Isto não significou o fim de comportamentos que caracterizam as histerias, conforme descritas pelos psicanalistas. Apesar do fim da caracterização destas categorias como doenças, os psiquiatras continuaram recebendo pacientes com quadros conversivos e dissociativos. Ainda que não fossem mais oficialmente médicos os comportamentos que caracterizavam as histerias, estes eram de forma geral identificados como doenças e, portanto, como problemas a serem resolvidos por um médico. No estudo presente, pudemos identificar caso análogo na verificação empírica de que familiares de pacientes não compartilhavam de referenciais de tratamento oferecidos no CAPS, mesmo oito anos após inserção na instituição. Esta discordância se refletia na insistência de familiares em hospitalizar pacientes, na administração de medicamentos de forma considerada inapropriada e na não participação de familiares durante períodos de crise dos pacientes.

Assim, existe um espaço entre o papel social concebido para os CAPS diferente daquele atribuído socialmente, por familiares de pacientes, por outras áreas da saúde e até mesmo por alguns trabalhadores da instituição. Conforme pôde ser observado na descrição da instituição estudada, existia um importante isolamento do CAPS mesmo em relação a outras instituições de saúde da cidade. Quando compilamos as conclusões dos capítulos dois e três, verificamos que os CAPS não eram identificados como instituições de transformação do olhar frente à loucura, ou espaços de ressocialização, mas são vistos como uma instituição de controle social. Este papel é cumprido adequadamente, mesmo segundo a percepção dos familiares dos pacientes. O pequeno número de internações psiquiátricas dos pacientes em acompanhamento, a boa adesão medicamentosa e a presença constante dos usuários na instituição decorrem do cumprimento deste papel de controle social. Este desempenho de controlar explica, ainda, a forma com que a instituição substitui a família em momentos de piora clínica dos pacientes. Pois, nestas ocasiões, a instituição familiar passa a ser insuficiente no controle do comportamento do familiar usuário.

Este contraste entre o papel concebido e aquele atribuído socialmente aos CAPS relaciona-se intimamente à representação social dos usuários. Para que pacientes precisem de controle social, eles devem ser passíveis de controle: não existe noção de necessidade de controle sem que haja a noção de loucura. Paciente seria aquele passível de ser institucionalmente controlado por ser doente. A categoria de paciente psiquiátrico surge, para Tenório (2001), junto ao manicômio na era pineliana. Nas práticas institucionais referenciadas na reforma psiquiátrica, está impressa a idéia de que o termo loucura implica num caráter médico-jurídico mal delimitado, mas invariavelmente associado à demanda de tutela e, conseqüentemente, institucionalização. Assim, um dos alvos das políticas de saúde mental referenciadas na reforma seria mudar o status da categoria, redefinindo os aspectos

que potencialmente levariam os pacientes à segregação. Seguindo ainda este raciocínio, resgatar a cidadania implica não só numa ação política do fechamento de leitos psiquiátricos, mas na atribuição de novos significados à loucura, ou à doença mental. Ou com o fim da categoria de loucura, de forma análoga à extinção da histeria dos manuais psiquiátricos, o que corresponderia a afirmar a não existência da loucura, o que parece improvável. Ou revendo as características da categoria (“*loucura não é isto que se diz*”).

Loucura é uma categoria de desvio, representa ameaça, desconcerto e descontrolo. Para que esta conotação dada à loucura pudesse ter sido mudada seria necessária uma das duas seguintes possibilidades: 1) que a categoria deixasse de ser referência de uma condição humana ambígua (para Tenório, 2001, incapaz de estabelecer um contrato social, mas moralmente não passível de punição). Ou 2) ainda que a doença psiquiátrica permanecesse incômoda, sua caracterização teria de ser menos ameaçadora. A estas duas possibilidades deveria ser somada a garantia de controlo.

Citando Sartre, Mary Douglas (1966) ilustrou como anomalias, que se localizam em espaços intermediários a duas categorias, tendem a ser repelidas. Sartre descreve a experiência de uma criança mergulhando sua mão num pote de melado, e as ambigüidades sensoriais causadas por esta substância que se localiza num espaço intermediário do sólido e líquido. E cuja consistência permite a incômoda experiência de sentir os próprios limites imprecisos em relação ao melado. Da mesma forma, considerando que a loucura continue existindo, continue sendo uma categoria ambígua, ainda que fora de instituições fechadas, algo deve existir para que haja um limite entre ela e a não loucura.

Os CAPS representam uma expressão institucional de uma política de Estado para que o tratamento de pacientes psiquiátricos ocorra em liberdade, não para que a categoria loucura abandone seu status de desvio. Exercendo tal função, identificou-se um intenso e

constante esforço para que, simultaneamente, existam limites entre a loucura e a não loucura e que seja permitido um pressuposto livre trânsito destes cidadãos em espaços não reservados aos loucos.

Nesta perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial reproduzem mais o papel previsto a eles pela cultura do que uma reformulação do manejo social da loucura, previsto pela reforma psiquiátrica. O estudo realizado sugere que há muito mais uma prática de transformação das práticas institucionais em relação à loucura, ainda que esta continue sendo um desvio. A inserção dos pacientes estudados e da instituição mostra enfim uma vida social organizada ao redor de controle e cuidados promovidos pelo Estado, mas que não cria uma “superfície de contato” com o restante da vida social. Esta superfície de contato corresponderia a estar constantemente com a mão mergulhada no melado, conforme a metáfora de Sartre, num convívio intolerável com a ambigüidade sensorial. Os CAPS, utilizando a metáfora, constituem uma luva, que oferece proteção tanto aos pacientes (que se percebem como necessitados de proteção, medicamentos, institucionalização, ainda que muitas vezes negociem estas condições), quanto preserva a categoria social do louco. A partir dos dados do estudo, identificamos que a abordagem oferecida pelo modelo não tira a loucura da marginalidade, mas oferece uma forma de inclusão, ainda que crie espaços delimitados e controlados na vida social.

Os limites internos e externos identificados na etnografia reforçam a diferenciação entre os pacientes do CAPS e os não pacientes, sejam os de dentro ou os de fora da instituição. Mary Douglas, em *Pureza e Perigo* (1966) lista, ainda, uma série de providências encontradas em qualquer cultura para lidar com eventos ambíguos ou anômalos:

1) a ambigüidade é reduzida quando opta-se por uma interpretação entre as possíveis. Por isso existem os referenciais de inclusão em CAPS: para estar dentro deve-se apresentar gravidade, ou diagnóstico compatível com a inclusão. Nunca se está dentro e fora ao mesmo tempo, assim, quando alguém cumpre critérios está decididamente dentro da instituição. O CAPS não proporciona situações ambíguas neste sentido.

2) a existência de uma anomalia pode ser fisicamente controlada. Os CAPS ofereciam restrição física quando esta era julgada necessária. É importante notar que o hospital psiquiátrico, instituição que caracteriza a restrição de espaço e perda de liberdade, está muito presente no dia a dia do CAPS. Seja porque pacientes são internados lá, seja pelo desejo de familiares em internar pacientes, seja pela história pessoal dos pacientes e dos técnicos. O hospital, em diversas ocasiões, configura-se como uma extensão desagradável do CAPS.

3) a regra de se evitar anomalias confirma as categorias das quais elas foram excluídas. Daí a necessidade dos limites externos do CAPS: intermediação institucional das relações sociais, restrição à rede de relações sociais e categorização permanente como paciente. Paradoxalmente, a existência do CAPS confirma a existência da loucura.

4) Eventos anômalos podem ser classificados como perigosos Admite-se que as pessoas fiquem ansiosas diante de anomalias. O papel atribuído ao CAPS é proteger as pessoas das anomalias. Conforme mostrado nas entrevistas, funcionários que não pertenciam à saúde mental impressionavam-se de como a equipe sabia lidar com loucos.

A existência da loucura demanda uma ação sobre ela. Aqueles categorizados como loucos não evitam sua condição de anormalidade e as precauções partem da cultura. Neste sentido, ainda que os CAPS não constituam uma instituição total, o conjunto de seus procedimentos envolve uma ampla gama de aspectos da vida social de seus usuários, e por

isso favorece uma experiência totalizante. Pacientes tem experiências amorosas, gratificantes, produzem, trabalham, tem conflitos no interior da instituição. Da mesma forma, são tratados e protegidos de situações que se dão fora de um âmbito de sua tutela. Esta experiência totalizante traduz desta maneira o tratamento social dado à loucura, substituindo o modelo total da instituição, mas constituindo procedimento de proteção e segregação. Este achado remete à noção de que o modelo institucional do CAPS assumiu o papel de controlador social de um grupo segregado, mas não excluído, conforme hipótese levantada no início deste estudo.

### *A Loteria da Babilônia*

Como outros contos de Jorge Luis Borges, a Loteria da Babilônia é um veículo para a discussão de questões filosóficas, particularmente acerca do caos e do acaso. O texto, escrito em 1940, se refere às transformações sucessivas pelas quais passa um jogo de azar na mítica Babilônia. A loteria que inicialmente tratava-se de um jogo de azar convencional, passa, progressivamente a ter um papel ampliado. Para Borges isto ocorre em função de novas necessidades surgidas pelos próprios frequentadores do jogo: estas de caráter moral, na medida em que o jogo não poderia despertar exclusivamente esperança, mas também medo. Então a loteria passou, como primeira transformação, a não distribuir apenas prêmios, mas também castigos e a tornar a participação compulsória para todos os cidadãos livres. Com o desenvolvimento da loteria, a companhia que organizava, incorporou ao jogo o Estado e este passou a outorgar não apenas prêmios e castigos, mas as circunstâncias nas quais estes deveriam acontecer, assim como as suas distribuições. Passaram assim a ser sorteados quem receberia os bens de quem, através de quem, qual o cidadão que iria ser executado, quem seria seu executor, qual seria a arma usada na execução e assim por

diante. Para cada decisão, havia um sorteio, o que fazia com que o número deles fosse infinito, pois a cada resultado um novo sorteio era exigido. Por fim, a loteria tornou-se secreta e o narrador atribui à sua atuação o acaso e o inexplicável.

A loteria funcionava, em seu apogeu, como um instrumento que ligava o Estado ao acaso, inserindo-o sistematicamente na vida dos cidadãos. Este aparente caos, entretanto, possuía duas limitações muito claras e significativas:

1) uma vez que cada sorteio envolvendo os cidadãos impunha a realização de um novo, havia uma seqüência infinita de sorteios. Como todo sorteio era compulsório e envolvia o Estado, cada um deles implicava no envolvimento de todos os cidadãos. Este aspecto dava à loteria a característica de envolver a totalidade das relações sociais, tornando-se seu centro regulador. Um benefício ou um castigo sempre remetiam à relação entre dois cidadãos; a premiação da loteria tinha como base as relações sociais dos babilônicos.

2) os papéis a serem cumpridos em função dos sorteios eram limitados: algoz, vítima, credor, endividado, etc. Não era possível que algo que não fizesse parte do universo dos cidadãos fosse sorteado. Os prêmios e os castigos faziam, portanto, parte de categorias pré-existentes. O narrador conta no início do conto que já assumira todos os papéis possíveis como todos os demais cidadãos. Uma vez que o número de possibilidades de castigos, benefícios ou papéis era limitado, da mesma forma que o número de cidadãos, existe a noção de que todos os participantes experimentem todas as possibilidades.

Ainda que, à primeira vista, o conto descreva a oficialização do caos como ordenador do destino das pessoas, o texto não constitui uma metáfora do caos, mas da impossibilidade do acaso. A metáfora de Borges mostra assim um Estado que institucionaliza o acaso numa aparente infinidade de possibilidades para cada cidadão. Esta

infinidade, inserida num universo limitado, não necessariamente por imposição do Estado, constitui a razão desta metáfora.

A metáfora se aplica à instituição estudada. A suposta desinstitucionalização promovida pela substituição dos hospitais psiquiátricos por centros abertos e comunitários pressupõe, a princípio, uma infinidade de possibilidades aos pacientes, cuja liberdade vinha sendo periodicamente perdida. Entretanto, os dados empíricos mostraram uma importante limitação destas possibilidades. O CAPS estudado constituía uma instituição promotora de um universo limitado de papéis, relações sociais e possibilidades, de emprego, de relações amorosas, de projetos pessoais. A experiência de pacientes inseridos nesta instituição corrobora esta limitação.

Os limites impostos pelo CAPS não são pertinentes aos aspectos físicos (como muros, portas fechadas) ou mesmo por regras institucionais internas. Os limites decorrem, paradoxalmente, do fato da instituição cumprir as expectativas dos pacientes. Os usuários do CAPS contentam-se com os acasos possíveis no universo limitado do qual fazem parte. Todos os entrevistados satisfaziam-se com o acaso de terem namoros com outros pacientes, de terem um ganho simbólico num trabalho protegido. As premiações possíveis nesta casualidade são suficientes para os usuários do CAPS.

Da mesma forma, estas possibilidades sempre remetem às relações sociais dentro da instituição. O fato de técnicos desempenharem papéis atribuíveis à família durante períodos de crise implica numa substituição: as relações internas da instituição compreendem uma totalidade necessária. Neste universo limitado, os acasos são institucionalizados e, desta forma, a aparente liberdade do fim dos hospitais não implica num caos de possibilidades infinitas. O fim dos hospitais não implica na institucionalização do caos, mas na criação de

pequenos universos de relações sociais onde os acasos são limitados, controlados e previsíveis.

## Bibliografia

---

- 1) Amarante, P. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira in Fleury, S (org.) Saúde e Democracia – a luta do Cebes. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.
- 2) Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
- 3) Amarante P, Torres EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. Saúde Debate 2001; 25:26-34.
- 4) Amarasingham, L.R. Movement among healers in Sri Lanka: a case study of a Sinhalese patient. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4, 71-92. 1980.
- 5) Andreoli, SB; Ronchetti, SS B; Miranda, ALP; Bezerra, CRM; Magalhães, CCPB; Martin, D; Pinto, RMF. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. Cad. saúde pública; 20(3):836-844, maio-jun. 2004.
- 6) Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia--what are the boundaries? *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*. 2000;102(407):6-10
- 7) Bandeira M. Desinstitucionalização ou Transinstitucionalização: Lições de Alguns Países *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (7); 355-360 1991.
- 8) Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bulletin*. 1999;25(2):257-74
- 9) Bengtsson-Tops A, Hansson L uantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Internal Journal of Social Psychiatry*. 2001 Autumn;47(3):67-77.
- 10) Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999 Oct;34(10):513-8.

- 11) Birman, Joel. *A Psiquiatria Como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- 12) Braga-Campos FCB. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2000.
- 13) Brasil. Projeto de Lei 3.657/89. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, 29 setembro, 1989.
- 14) Brasil. Portaria SNAS 189 de 19 de novembro de 1991. **Diário Oficial da União**, 11 de dezembro de 1991. Brasília, 1991.
- 15) Brasil. Portaria SNAS 224 de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**, 30 de janeiro de 1992. Brasília, 1992a.
- 16) Brasil. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1992b. 63p.
- 17) Brasil. Portaria SAS 407 de 30 de junho de 1992. **Diário Oficial da União**, 07 de janeiro de 1993. Brasília, 1993a.
- 18) Brasil. Portaria SAS 408 de 30 de dezembro de 1992. **Diário Oficial da União**, 07 de janeiro de 1993. Brasília, 1993b.
- 19) Brasil. Redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991 (n. 3.657, de 1989, na Casa de origem). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Transformado na Lei n. 10.216. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999a.
- 20) Brasil. Lei n. 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. **Legislação em saúde mental**. 1990-2002. Série E. Legislação em saúde, Brasília, 3. ed. rev. e atual., 2002b.
- 21) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.

- Documento apresentado à conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- 22) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Legislação em Saúde Mental – 1990-2004. Quinta edição. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF, 2004.
  - 23) Capistrano Filho, David; Pimenta, Aparecida Linhares Saúde para todos: um desafio ao município. A resposta de Bauru Saúde em debate. São Paulo; HUCITEC; 1988. 207.
  - 24) Carvalho, AL. Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida: as tensões entre reformistas e biólogos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, tese de mestrado.
  - 25) Carvalho, AL; Amarante, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. Saúde em Debate;(52):74-82, set. 1996.
  - 26) Castel R. A Ordem Psiquiátrica: A Idade de ouro do Alienismo. 1978, Graal.
  - 27) Coimbra, Valeria Cristina Christello "O acolhimento num centro de atenção psicossocial". Tese de mestrado defendida na Escola de Enfermagem da USP Ribeirão Preto, 2003.
  - 28) Cooper D.- Psiquiatria e Antipsiquiatria- São Paulo . Perspectiva, 1967.
  - 29) Corin, E. The thickness of being: intentional worlds, strategies of identity, and experience among schizophrenics. *Psychiatry*, 61, 133-145. 1998
  - 30) Corin, E. The thickness of being: intentional worlds, strategies of identity, and experience among schizophrenics. *Psychiatry*, 61, 133-145.1998
  - 31) Corin, E. Facts and meanings in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, 153-188. 1990
  - 32) Corin, E. & Lauzon, G. Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics. *Psychiatry*, 55 (3), 266-278. 1992.
  - 33) Corin, E., Lesage, A., King, S. & Van Haaster, I. *The Turning Point Interview: manual* (unpublished manuscript).

- 34) Corin E, Thara R, Padmavati R. Shadows of culture in psychosis in south India: a methodological exploration and illustration. *International Review of Psychiatry*. 2005 Apr;17(2):75-81.
- 35) Delgado PG, Gomes MPC, Coutinho ESF. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17:452-3.
- 36) Douglas M. Pureza e Perigo. Editora Perspectiva SP, 1976.
- 37) Estroff, S. Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 189-196. 19. 1989.
- 38) Estroff, S. *Making it crazy: an ethnography of psychiatric clients in an American community*. Berkeley: University of California Press. 1985.
- 39) Ey H. Manual de Psiquiatria. Quinta Edição. Editora Masson, 1988.
- 40) Figueiredo, VV; Rodrigues, MMP. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo *Psicol. estud*; 9(2):173-181, maio-ago. 2004.
- 41) Foucault, M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- 42) Foucault, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- 43) Gentil Filho, V. A crítica à reforma psiquiátrica, sua implantação e de seus fundamentos: os argumentos de Valentim Gentil. Entrevista a Mônica Teixeira. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, Editora Escuta, v. 8, n. 2, p. 322-345, 2005.
- 44) Gonçalves, AM; Sena, RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. latinoam. enfermagem*;9(2):48-55, mar.-abr. 2001.
- 45) Garrison, V. Doctor, spiritista or psychiatrist? Health-seeking behaviour in a Puerto Rican neighborhood of New York city. *Medical Anthropology*, 2, 66-189. 1977.
- 46) Garrison, V. Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic puerto rican migrant women in New York city. *Schizophrenia Bulletin*, 4 (4), 561-596. 1978.
- 47) Gondim, Denise Saleme Maciel. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p.

- 48) Goffman E. Internados- Ensayos Sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales- Buenos Aires Editores, 1972.
- 49) Goldberg, J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Cora Editora; Instituto Franco Basaglia, 1996.
- 50) Goldberg, J. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtornos mentais em instituição pública. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 51) Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Karlsson H, Mackeprang T, Merinder L, Nilsson L, Sorgaard K, Vinding H, Middelboe T The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003; 57(1):5-11
- 52) Hansson L, Middelboe T, Merinder L, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Nilsson L, Sandlund M, Sourander A, Sorgaard KW, Vinding H. Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *Internal Journal of Social Psychiatry*. 1999 Winter;45(4):247-58.
- 53) Hansson L, Middelboe T, Sorgaard KW, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Merinder L, Nilsson L, Sandlund M, Korkeila J, Vinding HR. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002 Nov;106(5):343-50
- 54) Hydén I. The illness narrative. *Sociology of health and illness* 19 (1):49-64. 1997.
- 55) Jorge M, França JMF. Editorial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol.23 no.1 São Paulo Mar. 2001.
- 56) Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatria*.1999, sexta edição, Artmed.
- 57) Kleinman, A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press. 1988.
- 58) Kleinman, A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press. 1980
- 59) Kleinman, A. *The Illness Narratives. Suffering, healing and the human condition*. Basic Book, New York, 204 pp. 1988.

- 60) Kleinman, A. & Good, B. (Eds.) *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press. 1985.
- 61) Koda, MY Da Negação do Manicômio à Construção de um Modelo Substitutivo em Saúde mental: o Discurso de Usuários e Trabalhadores de um NAPS. Tese de doutoramento. 2002
- 62) Lamb RH, Bachrach LL. Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Services* 52: 1039-1045, August 2001.
- 63) Laplantine F.- *A Antropologia da Doença*, São Paulo: Martins Fontes- 1991.
- 64) Laing R. *El Cuestionamiento de la Família* Buenos Aires: Paidós, 1972.
- 65) Levi-Strauss C.- *A Eficácia Simbólica, O Feiticeiro e Sua Magia* in: *Antropologia Estrutural* Rio de Janeiro, 1989, Edições Tempo Brasileiro capítulo X.
- 66) Leferink K. Private and public in the lives of chronic schizophrenic patients. *Psychiatry*. 1998 Summer;61(2):147-62.
- 67) Luzio, C. A.; L'abbate, S. *A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Aspectos Históricos e Técnico-Assistenciais das Experiências de São Paulo, Santos e Campinas*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.
- 68) Luzio CA. *O cuidado em saúde mental e o modo psicossocial no sistema único de saúde em municípios de pequeno e médio porte*. 2002. (Doutorando em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas.
- 69) Macedo, AAP; Maron, MGR. *A clínica e a reforma psiquiátrica: um novo paradigma?* *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*;46(4):205-11, abr. 1997.
- 70) Maftum, Mariluci Alves. "O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná". *Enfermagem (EE/EERP)*. 2004.
- 71) Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1997; 23(4):623-35
- 72) Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 1995 May;47(5):502-6.
- 73) Minkoff K. *Beyond Deinstitutionalization: a New Ideology for the Postinstitutional Era*. *Hospital Community Psychiatry* 38: 945-950, September 1987.

- 74) Ministério da Saúde. Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica. Brasília: Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2002.
- 75) Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 76) Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 77) McCann E. The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*. 2000 Jul;32(1):132-8
- 78) Mostazo, R R; Kirschbaum, D I R.. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Revista latino americana de enfermagem*;11(6):786-791, nov.-dez. 2003.
- 79) Nicácio MFS. O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.
- 80) Nicacio, MFS. Inventando as instituições: a produção de projetos e serviços territoriais de saúde mental. 2002. Exame de qualificação (Doutorando em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas
- 81) Oliveira, Alice Guimarães Bottaro de. "A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental" Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), 2003, tese de doutorado.
- 82) Onocko-Campos, RT, Furtado, JP. Public health and mental health: methodological tools to evaluate the Brazilian Network of Referral Centers for Psycho-Social Care (CAPS) in the Brazilian Unified Health System. *Cadernos de Saúde Pública*, May 2006, vol.22, no.5, p.1053-1062.
- 83) Osinaga, Véra Lucia Mendiondo "Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares". Tese de doutorado em enfermagem psiquiátrica. Escola de Enfermagem USP Ribeirão Preto, 2004.
- 84) Papeschi R. The Denial of the Institution. A Critical Review of Franco Basaglia's Writings. *British Journal of Psychiatry*. 1985 March; 146:247-54.

- 85) Pagan S. Disqualificação Social Libreria Christian Chaboud (Paris, - France).
- 86) Pessoti I. O Século dos Manicômios. !996 . Ed. 34. São Paulo.
- 87) Pitta, Ana Maria Fernandes. Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 43, nº12. Rio de Janeiro, 1994, pp. 647-648.
- 88) Pitta, Ana Maria Fernandes. Avaliação como processo de melhora da qualidade de serviços públicos de saúde / The appraisal as a process for securing a better quality of public services *Revista de Administração Pública*;26(2):44-61, abr.-jun. 1992. tab, ilus.
- 89) Quirk A, Lelliott P, Seale C. The Permeable Institution: an Ethnographic Study of Three Acute Psychiatric Wards in London. *Social Science and Medicine* 63 (2006) 2105-2117.
- 90) Redko, CP. Fighting against the “evil” Religious and cultural construction of the first psychotic experience of young people living in São Paulo, Brazil (2000).A thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies and Research in partial fulfillment of the requirements of the degree of Ph.D in Anthropology McGill University.
- 91) Rissmiller DJ, Rissmiller JH. Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism. *Psychiatric Services* 57: 863-866, June 2006.
- 92) Romanucci-Ross L. The Deinstitutionalization Movement in Italy. Ideological Thrust to Cultural Error. *Internal Journal Technology Assessment of Health Care*. 1996 Fall; 12(4): 634-43.
- 93) Scarcelli, IR O Movimento de Luta Antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde mental: a Experiência do município de São Paulo (1989-1992) 1998.
- 94) Scarcelli IR. Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental [Tese de Doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2002.
- 95) Chioro S. Da Desconstrução do manicômio à Construção de um Novo Modelo de Atenção em Saúde mental - Município de Santos-SP, no Período de 1989 a 1996. Dissertação mestrado). São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

- 96) Sigler, R. O Profissional de Saúde Mental e o Ideário da Luta Antimanicomial: uma Abordagem Psicanalítica Sobre os Entraves da Apropriação de Ideários Sociais Transformadores. São Paulo, 2000, 163 p. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo.
- 97) Silva, MBB. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial. Rio de Janeiro; s.n; 2004. 180 p. Tese de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- 98) Souza, Waldir da Silva. Associações de usuários e familiares frente à implementação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 179 p.
- 99) Szasz T.- O Símbolo Sagrado da Psiquiatria. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1978.
- 100) Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
- 101) Tenório, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 9(1) , jan. - abr., 2002, pp. 25-29.
- 102) Tykanori R K. O Outro da Reforma: Contribuições da Teoria da Autopoiese para a Problemática da Cronicidade no Contexto das Reformas Psiquiátricas. 2001. Tese (Doutorado em Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas.
- 103) Turner, V. Dewey, Dilthey and drama: an essay in anthropology of experience. In V. Turner & M. Bruner (Eds.), *The anthropology of experience* (pp.33-44). Chicago: University of Illinois Press. 1986.
- 104) Turner, V. *On the edge of the bush: anthropology as experience*. Arizona: University of Arizona Press. 1985
- 105) Turner, V. Social dramas and stories about them. In W.J.T. Mitchell , *On narrative* (pp. 137-164). Chicago: University of Chicago Press. 1981.
- 106) Turner, V. *The ritual process: structure and anti-structure*. Chicago: Aldine. 1969.
- 107) Weinstein RM . Goffman's Asylums and the Total Institution Model of Mental Hospitals. *Psychiatry*, 57, 348-367. 1994.

108) Yasui, S. A Construção da Reforma Psiquiátrica e Seu Contexto Histórico. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Assis, para a obtenção do título de mestre em Psicologia. Assis, 1999.

## **Anexo I – Declaração de Caracas**

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
  - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
  - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
  - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
  - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
  - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
  - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
  - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
  - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
  - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que  
SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA  
SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

## **PROJETO - C.A.P.S PEDREIRA**

---

### **INTRODUÇÃO**

No Centro de Saúde de Pedreira existe uma equipe multidisciplinar em saúde mental, composta hoje por psicólogas, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeira.

Percebeu a equipe, a necessidade de estar criando um espaço alternativo, onde possa ser desenvolvido um trabalho como objetivo de melhorar as condições de atendimento, entre a não hospitalização e re-inserção social do paciente psiquiátrico.

O objetivo é reduzir o tempo da internação integral e reintegrar o paciente à família e à sociedade do município.

---

### **OBJETIVOS GERAIS**

A história da psiquiatria em relação à saúde mental tem-nos mostrado que a hospitalização, em si, é pouco eficiente. O que vemos, é que, o doente mental traz um componente da doença social (mal estar social).

Devido a isso, tem se tentado trabalhos alternativos, em que o objetivo, é humanizar a relação psico-social dos pacientes, acreditando cada vez mais que as pessoas não podem continuar à margem da sociedade, tornando-se estigmatizadas.

Essa humanização será feita através da restauração da cidadania do paciente; ela (a humanização) se relaciona diretamente com a transformação dos conceitos da população e dos pacientes, quanto à própria doença mental.

Para que haja o resgate da cidadania, faz-se necessário nesse momento, um trabalho de informação aos pacientes, aos familiares e a sociedade, sobre os seus direitos e deveres.

O nosso projeto visa, justamente estabelecer um vínculo entre os agentes terapêuticos (equipe multidisciplinar) com agentes sociais e familiares, quanto à patologia dos pacientes.

---

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

O nosso trabalho visa atender a clientela da cidade de Pedreira.

A equipe multidisciplinar, hoje, vem trabalhando com pacientes com distúrbios mentais, alcoólatras e drogaditos e neurótico dispersivo.

Alguns desses pacientes chegam até o centro de saúde, após alta hospitalar, apresentando guias de contra-referência; outros, buscam tratamento, espontaneamente.

Dentro deste projeto, nesse momento será feita uma seleção, por um dos membros da equipe técnica (vide Anexo I). Será entregue ao paciente, também, após a sua inserção na comunidade, o contato (vide Anexo II).

Será explicado para o paciente o objetivo das atividades terapêuticas da comunidade CAPS.

A partir dessa demanda acreditamos num acompanhamento multidisciplinar, e na criação de um espaço onde se possa ampliar a prática terapêutica, proporcionando um meio onde os pacientes possam entrar em contato com a sua espontaneidade para desenvolver o seu processo criativo. Para tanto, se faz necessário que eles tenham um espaço que seja continente. Esse espaço será o princípio da Comunidade Terapêutica. Os familiares dos pacientes estarão sendo trabalhados conjuntamente.

---

## **ATIVIDADES TERAPÊUTICAS**

### **1-Grupo de reflexão**

**Participantes:** Assistente Social e Pacientes.

Este grupo estará refletindo sobre a responsabilidade de cada um nas atividades, e sobre as necessidades de cada um dos pacientes estiver sentindo. Serão dadas informações quanto ao núcleo de atendimento.

---

## ***PRINCÍPIOS DO SERVIÇO SOCIAL DE GRUPO***

- Ajuda no processo de tomada de decisão.
- Equilíbrio entre auto-determinação e ajuda.
- Reconhecimento de necessidades não expressas.
- Individualização na situação de grupo.
- Utilização construtiva das limitações.
- Utilização dos programas em relação às necessidades.
- Fortalecimento da capacidade humana.

A sua finalidade em contribuir para com os serviços que promovem a saúde mental na comunidade, e atender as pessoas que apresentam perturbação mental ou emocional.

## **2-psicoterapia de Grupo**

**Participantes:** Psicologia, Pacientes Alcoólatras e Drogaditos.

**Objetivo:** Relação do paciente com a dependência. Por se tratar de pacientes com pano de fundo e uma estrutura psicopática, tomam-se certos cuidados para que a comunidade não se torne comprometida.

Nossa primordial intenção é nos aproximarmos dos pacientes, acreditando que, juntos poderemos reconstruir a ponte que separa nossas existências das dos alcoolistas e drogaditos

## **3-Terapia Ocupacional**

**Participantes:** Terapeuta Ocupacional e todos os Pacientes.

**Objetivo:** Consiste basicamente me oferecer aos pacientes, condições adequadas ao desenvolvimento de seus aspectos sadios e ou sua capacidade produtiva e criativa, bem como oferecer possibilidade e alternativa de comunicações e expressão que possam facilitar a compreensão e a satisfação de suas necessidades básicas.

O principal instrumento terapêutico utilizado, é a atividade seja ela artística, artesanal, lúdica ou profissional, que age como agente facilitador para a organização e transformação, tanto do mundo interno (nível simbólico), quanto da vida prática (nível da realidade).

## **5-Grupo de Orientação para Psicóticos**

**Participantes:** Psiquiatra, Assistente Social e Pacientes.

**Objetivo:**

- Esclarecimento e conscientização quanto à doença, seus sintomas e tratamento.

- Orientação quanto à terapêutica farmacológica, enfatizando ao mesmo tempo, a necessidade da participação dos pacientes nas diversas atividades terapêuticas.

É um espaço em que os pacientes verbalizam seus conflitos e dificuldades dentro da re-inserção familiar e social.

Proporcionamos um ambiente de compreensão, coerência, facilitação e incentivo para novas tentativas diante dessas dificuldades.

### **6-Grupo de Orientação para Familiares de Psicóticos:**

**Participantes:** Psiquiatra, Assistente Social e Familiares.

Enfatizamos, aqui, a importância da participação dos familiares na readaptação do paciente.

As intervenções familiares para o desenvolvimento de estratégias para auxiliarem os pacientes na recuperação da adequação dos pacientes.

Conscientizamos os familiares quanto à necessidade do incentivo ao paciente para a adesão ao tratamento farmacológico, e para a sua participação nas atividades terapêuticas.

Eventualmente realizamos reuniões familiares de um paciente, na tentativa de solucionar conflitos e dificuldades peculiares na relação paciente – familiares.

### **7-Grupo de Alcoolistas**

**Participantes:** Psiquiatra, Assistente Social e Pacientes Alcoolistas.

**Objetivo:** Através de uma abordagem grupal, tentamos consolidar estratégias para atingir o âmago do problema, visando a conscientização, ao re-equilíbrio e a ressocialização dos pacientes.

Mostramos a necessidade de participação do paciente nas atividades multidisciplinares.

### **8-Grupo de Orientação para Familiares de Alcoolistas e Drogaditos.**

**Participantes:** Psicóloga, Psiquiatra e Familiares.

**Objetivo:** Orientação aos familiares, quanto à importância da sua participação nesse processo terapêutico, para que possam lidar com a sua relação com o paciente e com o social, favorecendo um novo vínculo e atuando ativamente para recuperação do mesmo.

Nesse grupo serão trabalhados também as fantasias, medos, insegurança e elementos que esses familiares trouxeram para o grupo.

### **9-Grupo de Terapia Corporal.**

**Participantes:** Psicóloga, e Pacientes Psicóticos.

**Objetivo:** Através da música e do som vocal, desenvolver sua relação com o seu próprio corpo, auto-estima e a valorização interpessoal.

A partir disso, será trabalhada a expressão dos bloqueios emocionais através da sua auto-expressão, buscando o desenvolvimento psico-motor e a sua relação social.

### **10-Esporte e Recreação**

**Participantes:** Professor de Educação Física, Monitores e Pacientes.

**Objetivo:** Essas atividades possibilitam um acompanhamento da **evolução terapêutica** dos pacientes, através de uma participação grupal, e **do nível de socialização e de respeito** às normas e regras comuns.

Essas atividades evoluem os pacientes no sentido de despertar o seu senso de organização e participação em equipe.

### **11-Grupo Operativo**

**Participantes:** Terapeuta Ocupacional, Psicologia, Monitores e todos os participantes.

**Objetivo:** É uma reunião aberta para todos os participantes da comunidade, visando proporcionar o ensejo para o exercício da crítica à comunidade, a própria conduta e a dos demais comunitários, configurando também, como um espaço e momentos para drenagem das tensões, permitindo reivindicações, proporcionando meios para a criação, expressão e desenvolvimento da convivência social e da consciência crítica.

### **12-Biblioteca**

**Participantes:** Toda a Comunidade.

O paciente responsável pela Biblioteca, será eleito quinzenalmente no grupo operativo.

**Objetivo:** Essa atividade coloca à disposição dos pacientes, livros, jornais, revistas, e publicações em geral, objetivando ao aproveitamento das horas de lazer, através da leitura, ao fornecimento de dados para a elaboração de um jornal interno, e ao estímulo da concentração, visualização, atenção e responsabilidade pela tarefa.

### **13-Visitas Domiciliares**

**Participantes:** Assistente Social e Terapeuta Ocupacional.

**Objetivo:** Serão realizadas visitas familiares de acordo com as necessidades surgidas na comunidade, com o objetivo de ampliar os conhecimentos da vida social e familiar dos pacientes, mantendo um elo de ligação entre o paciente – equipe técnica – familiares.

## ***ANEXO I – SELEÇÃO***

### **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E ANAMNESE**

- Nº da Ficha
- Nome
- Idade, Sexo
- Data de Nascimento
- Filiação
- Estado Civil
- Nome do Cônjuge
- Endereço
- Naturalidade
- Religião
- Escolaridade
- Profissão (trabalha? Se não, há quanto tempo? Seja trabalhou, qual a função que exercia?)
- Já esteve internado? Quantas vezes?
- Teve algum acompanhamento antes ou após a internação?
- Atualmente faz acompanhamento? Com quem?
- Alguém da família esteve internado? Nome e parentesco em caso positivo?
- Qual o membro da família com quem tem maior proximidade?
- Quem da família pode vir p/ a reunião semanal/

## ***Anexo II – Contrato***

1. O início das atividades da comunidade psico-social “Imaculada Conceição” será às 13:00 horas e o término às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.
2. O paciente deverá ter uma participação mínima de 80% durante o processo de tratamento.
3. Não será permitida nenhuma agressão física a si mesmo, aos colegas e aos profissionais.
4. Não será permitido o uso de drogas e bebidas Alcoólicas.

5. Não será permitido trocar, emprestar ou vender qualquer objeto pessoal.
6. O paciente deverá permanecer na comunidade até o término do horário estipulado no item 1. Não serão permitidas saídas do local para o bairro de Entre-Montes e/ou outros lugares.
7. Não serão permitidas visitas aos pacientes durante as atividades terapêuticas.
8. Não será permitido namoro no horário das atividades.
9. O não cumprimento de algum dos itens acima, automaticamente desligará o paciente da comunidade.

---

## ***EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELO PROJETO***

M	Psiquiatra
C	Assistente Social
Nana	Psicóloga
MR	Psicóloga
FA	Terapeuta Ocupacional
MI	Enfermeira

---

### ***PROGRAMA***

#### **Segunda-Feira**

13:00 às 15:00

Reunião Técnica (Toda a Equipe)

13:00 às 15:00

Todos os Pacientes: Esporte

15:00 às 15:30

Lanche

15:30 às 17:00

Grupo Drogaditos e Alcoolistas (M – Psicoterapeuta)

15:30 às 17:00

Grupo Psicóticos (T.O. – F – Atividade de Agrupamento)

#### **Terça-Feira**

13:00 às 15:00

Psicóticos – Psicoterapia Corporal (Nana)

13:00 às 14:00

Grupo Alcoolistas e Drogaditos (Nana)

14:00 às 15:00

Grupo Alcoolistas e Drogaditos – Biblioteca (C)

15:00 às 15:30

Lanche

15:30

às 17:00

Esporte e Recreação

### **Quarta-Feira**

13:00 às 17:00

Atividade Grupal Profissionalizante (T.O.)

15:00 às 15:30

Lanche

### **Quinta-Feira**

13:00 às 17:00

Atividade Grupal Profissionalizante (T.O.)

15:00 às 15:30

Lanche

### **Sexta-Feira**

13:00 às 15:00

Psicóticos – Grupo de Orientação (M)

13:00 às 15:00

Alcoolistas e Drogadictos – Esporte e Recreação

15:00 às 15:30

Lanche

15:30 às 17:00

Alcoolistas e Drogaditos – Grupo de Orientação (M)

15:30 às 17:00

Psicóticos – Esporte

### **Observação**

Decido à recente contratação da Enfermeira Mirian, encontra-se a mesma em fase de organização quanto a sua atuação. Porém a mesma já se encontra presente no CAPS das 13:00 às 15:00 horas para recepcionar os paciente, detectar situação de emergência, e solucioná-las juntamente com a equipe. A presença da enfermeira acontece de segunda a sexta-feira. A mesma participa também da reunião da equipe técnica (Segunda-feira, das 13 às 15 horas) e da supervisão mensal da mesma equipe, com duas profissionais (psicólogas) de Campinas (04 horas), atividade essa custeada pela Prefeitura Municipal de Pedreira.

Pedreira Março de 1995

## **C.A.P.S. – Pedreira – Ano 2002**

---

### **Objetivo do CAPS:**

Acolher o usuário e familiar da Saúde Mental, visando estabelecer vínculos para desenvolver o projeto terapêutico individual.

Propiciar, através de atividades com a equipe interdisciplinar, condições para que os usuários recuperem a sua saúde mental e resgatem a cidadania, re-encontrando o seu lugar na família e na sociedade.

---

### ***As atividades terapêuticas***

#### ***1-Expressão Corporal.***

Grupo de Expressão Corporal, o grupo é formado para fazer um trabalho de conscientização corporal. Tomar consciência dos movimentos do corpo, da coordenação motora, Explorar as expressões. Com periodicidade semanal.

#### ***2-Grupo de Psico- estimulação***

Acontece semanalmente e são trabalhadas técnicas de relaxamento muscular e mental. Visa diminuir a ansiedade, promover adequação de autoconceito e a capacitação do autocontrole.

#### ***3-Grupo de música e dança***

É uma atividade em que há grande participação espontânea, alguns pacientes tocam violão, outros cantam. Temos a participação de voluntários (não usuários do serviço) e simpatizantes – no momento, há um projeto de voluntário que tem uma banda que se propõe a realizar um trabalho com os usuários. Este é um momento de interação-social importante.

#### ***4- Oficinas Terapêuticas***

Objetivo: Expandir a capacidade, a criatividade, a aquisição de habilidade e responsabilidades junto ao grupo e junto a si próprio.

Funcionam as oficinas de: bordados, tapetes, jornal, papel reciclado, vassoura e culinária.

Feira de Artesanato, onde são vendidos na feira de 6ª feira (feira municipal) temos uma barraca desmontável que é levada à feira sempre que há material suficiente para a venda.

Esta atividade tem por objetivo mostrar à comunidade um pouco do que cada um cria na oficina de T.O. É uma oportunidade para os usuários (geralmente em nº de 2) se integrarem à população oferecendo os seus produtos p/ vender. Revezamos 2 usuários para que todos possam se desenvolver e se envolver com a comunidade. Sempre há um técnico da equipe interdisciplinar junto a eles orientando-os quando necessário.

### ***5-AVD (atividades da vida diária)***

Higiene autocuidado.

Como rotina, os usuários são estimulados a escovar os dentes logo após o lanche.

Temos também uma cabeleireira que trabalha no seu salão, em parceria com o CAPS, recebendo os pacientes para os cuidados de seus cabelos (corte e orientação).

Assim, estamos evitando que venha uma cabeleireira ao CAPS para cortar seus cabelos em determinado dia o que caracterizava a institucionalização dos usuários. Dentro da política antimanicomial, queremos que os pacientes saiam da sua casa (CAPS) para ir a um salão de cabeleireira, facilitando a reinserção social.

### ***6-Trabalho Protegido.***

É uma atividade remunerada de um grupo de usuários do sexo masculino e um de sexo feminino.

O mecanismo do trabalho protegido: fazemos parceria com empresas da cidade de Pedreira.

A atividade vem sendo realizada há 1 ano e meio.

Até o momento fizemos parceria com:

- Porcelana Vera Cruz.
- Panger.
- Isoladores Santana.
- Cerâmica São Joaquim.
- Associação Reviver
- Manicure

### ***7-Acompanhamento terapêutico.***

O técnico auxilia o usuário no sentido de resolver uma situação “problema” em um dado momento como:

a) Acompanhamento às consultas ou serviços de saúde;

b) Treinamento frente à dificuldade em usar o ônibus (circular) para ir e vir ao CAPS.

c) Viagens e passeios terapêuticos, mantendo atenção ao usuário, facilitando ou proporcionando o aproveitamento das oportunidades de integração e socialização.

### ***8- Visitas domiciliares.***

Atividade realizada pelo técnico de referência e/ ou assistente social, tem por objetivo a pesquisa e avaliação da condição atual do usuário e sua família. Ela acontece à partir da solicitação feita por um membro da Equipe ou por um usuário ou pela família.

### ***9- Grupo de familiares.***

Reuniões mensais com familiares de usuários, sendo esse um suporte terapêutico para o familiar e/ ou cuidador.

### ***10- Grupo de Teatro e Dança.***

Trabalha com o aprimoramento do lado artístico. Possibilitando ainda “melhoria” no auto conceito e propiciando a integração do usuário c/a comunidade.

### ***11- Grupo de ginástica e jogos.***

Objetivo: Recreação.

Permite lidar com as dificuldades da relação inter pessoal.

### ***12- Grupo de avaliação do trabalho protegido e oficinas terapêuticas***

Semanal.

### ***13- Atendimento psiquiátrico e psicológico (individual).***

Ocorre sempre que necessário de 2ª a 6ª feira.

### ***14- Reunião da Equipe Técnica***

Semanal.

### ***15- Associação “Reviver”***

Usuários, familiares e simpatizantes. Mantém parcerias para trabalho protegido, como Cantina Reviver e Manicure.

## **Anexo IV- Contrato Terapêutico com Paciente**

*Contrato: Centro de Atenção Psicossocial - Pedreira*

Seja bem vindo!

Você está sendo recebido pela equipe do CAPS- Pedreira, que visa realizar um trabalho de reinserção social, havendo para tanto um planejamento conjunto das ações terapêuticas em saúde mental; para promoção da independência, convivência e participação social.

Será portanto necessário o estabelecimento de um projeto terapêutico, que somente se definirá à partir das expectativas dos usuários / equipe / família.

Assim, cada um desses componentes acima citados, terá um papel importante no decorrer do processo da reabilitação, **portanto:**

### **Cabe ao usuário:**

- comparecer ao Caps em dias e horários a serem previstos pela equipe, com conhecimento dos familiares, para participação nas atividades terapêuticas.
- seguir as orientações, inclusive no que se refere ao esquema de medicamentos.
- permanecer no Caps dentro do horário previsto para as atividades, participando em grupo , ou individualmente, de modo a aproveitar o tempo disponível ao seu tratamento, sendo proibida outras atividades que não as do programa de tratamento.
- o período proposto para reavaliações é de 6 meses.
- justificar as ausências e comunicar ao Caps as ocorrências que considerem importantes, principalmente às que se referem ao convívio do usuário extra Caps.
- **comparecimento do usuário às consultas médicas agendadas, acompanhado de um familiar responsável (há questões que somente o familiar poderá responder).**

- 3 faltas consecutivas não justificadas, ocasionarão o desligamento do usuário tratamento proposto.

### **Cabe à família:**

- **Adesão da família, através de contato firmado, e comparecimento regular ao Caps, para participação efetiva no tratamento proposto.**
- Responsabilizar-se pelo comparecimento do usuário nos dias e horários determinados.
- **Acompanhar o usuário em suas consultas, bem como nas reuniões mensais.**
- **Cuidar e orientar o uso das medicações prescritas.(o usuário precisa de sua ajuda) e solicitações de remédios.**
- No caso de uso dos passes de ônibus, orientar no uso para ir e vir do Caps; no caso de uso da condução do Caps , auxiliar e acompanhar o usuário em sua saída e em sua chegada, aproveitando para comunicar alguma ocorrência que considere importante.
- Responsabilizar-se por orientar e acompanhar o usuário às consultas e exames solicitados, extra – Caps, auxiliando na boa consecução das propostas terapêuticas.
- Permanecer atento ao usuário no lar, observando seus hábitos diários, mudanças no estado de humor, e queixas que venham a fazer, para que possam informar ao Caps, pois esse trabalho conjunto facilitará e fortalecerá os vínculos tão necessários a busca de uma melhor qualidade de vida para o usuário.
- Estar atento ao desenvolvimento do processo terapêutico, tendo em vista que o objetivo final do trabalho é o alcance da reinserção social, a alta, que corresponde a um nível de ligação com serviço de saúde como um reforço , um elo necessário à manutenção de sua boa condição e qualidade de vida. (nenhum usuário deve permanecer indefinidamente no Caps, o que se busca é a condição para que o usuário possa estar

cada vez mais independente e ao mesmo tempo mais integrado ao mundo.

- Caberá a família informar também as ausências dos usuários, pois faltas não justificadas, poderão acarretar o desligamento do usuário do programa de tratamento (temos usuários aguardando vaga no Caps). (3 faltas consecutivas, sem justificativas = desligamento).
- **Caberá ainda ao familiar, comparecer ao CAPS quando for solicitado; e o não comparecimento em 3 solicitações consecutivas, acarretará em desligamento do usuário no serviço.**
- Nos casos em que o usuário e ou familiar , deseje abandonar o tratamento, será assinado termo de desistência por ambos, liberando-se a vaga do Caps.

### **Cabe a Equipe:**

- Acolher usuários e familiares, orientando, ouvindo, e facilitando o convívio dos mesmos e efetiva participação nos programas nos programas terapêuticos propostos.
- Trabalhar para estimular os contatos e convívio sociais dos usuários e seus familiares dentro da proposta de reabilitação do Caps.
- Orientar e participar das práticas individuais e grupais, de acordo com os projetos terapêuticos estabelecidos para o alcance dos objetivos comuns (alta do usuário) .
- Proporcionar meios que garantam aos usuários e seus familiares, a manutenção dos vínculos necessários pós- alta.
- Orientar e acompanhar o usuário durante e após internações em H.P.

**Caso não sejam consideradas as normas estabelecidas neste contrato, poderá ser feito o desligamento do usuário do serviço de saúde (Caps).** Outras situações não levantadas neste termo de compromisso, deverão ser analisadas separadamente.

**PEDREIRA,** \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**ass: usuário**

---

**ass: familiar**

---

**CAPS**

***Termo de Responsabilidade***

*Eu* \_\_\_\_\_ *RG* \_\_\_\_\_

Abro mão do meu tratamento no CAPS.

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Me responsabilizo pela decisão de meu familiar, acima citado.

Pedreira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ass : usuário

\_\_\_\_\_  
ass: familiar

\_\_\_\_\_  
Caps

## **Anexo V - Relatório de 2003 do trabalho protegido**

### Relatório 2003 – Trabalho Protegido

Relatório referente ao período de 01 de janeiro de 2003 a 30 de dezembro de 2003.

A atividade terapêutica vem sendo realizada de Terça-feira a Sexta-feira, das 9:00 hs às 13:00 hs; em função do calor o horário foi alterado, da tarde para a manhã (horário de verão).

O acompanhamento aos usuários na atividade é feito pela Terapeuta Ocupacional e uma acompanhante terapêutica, com supervisão semanal em reunião de grupo às segundas-feiras.

Contamos no momento, com a participação de seis usuários na atividade, a saber:

*Cláudio*

*Antonio Carlos*

*Sidmar*

*Fabiano*

*Paulo*

*Fabrcício*

Atividades realizadas regularmente pelo grupo de usuários:

- limpeza da área externa – entrada da fábrica, ruas do refeitório e de acesso à casa.
- limpeza das calçadas e gramados.
- limpeza da sala de materiais.
- pintura e manutenção das guias em toda extensão da fábrica.
- pintura das faixas de segurança, sob orientação dos funcionários da S.

O grupo de usuários vem realizando as atividades com empenho e motivação. A integração do grupo com os demais funcionários da S, vem melhorando dia-a-dia, o que tem possibilitado o alcance dos objetivos terapêuticos propostos de convivência, interação e exercício da cidadania.

É com imensa satisfação, que em nome da equipe técnica e dos usuários do CAPS, agradeço o apoio e o respeito que todos da S têm para com nosso trabalho e principalmente com os usuários do Trabalho Protegido.

A todos muito obrigado.

Pedreira, 30 de dezembro de 2003.

## **Anexo VI - Folder de Boas vindas ao CAPS- 2002**

### ***BENVINDOS AO CAPS !***

#### **O que é o CAPS ?**

CAPS quer dizer “Centro de Atenção Psicossocial”. Foi inaugurado em 1997 e é o único da rede pública especializado em saúde mental, vinculado à Secretaria de Saúde do Município de Pedreira.

Como funciona o CAPS ? (de segunda à sexta, das 8:00 às 17:00 h)

- o O Caps é, destinado ao atendimento psiquiátrico de adultos (maiores de 18 anos) com diversos problemas como: deficiência/retardo mental, esquizofrenia, “psicose maníaco-depressiva” (atualmente chamada de transtorno afetivo bipolar), neuroses (depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, etc), problemas psiquiátricos dos pacientes epiléticos, etc;
- Atendimentos são em Psiquiatria, Terapia Ocupacional e Psicologia,( individual e em grupo ).
- o “CAPS” oferece uma série de atividades de reabilitação psico-social para pacientes mais graves, com atendimento médico, psicológico, oficinas de terapia ocupacional, trabalhos sob supervisão, etc.

Como se tornar paciente do CAPS?

As pessoas que precisarem de atendimento no CAPS devem vir, pessoalmente, agendar uma triagem na recepção (de segunda a sexta, das 8:00 as 12:00hs). Nesta, será visto pela equipe que tipo de problema está acontecendo e a gravidade de cada caso, para agilizarmos o início do tratamento. Conforme a necessidade, a pessoa será matriculada e encaminhada para o início do tratamento no CAPS.

Infelizmente, não dispomos de Pronto Socorro e os casos de urgências psiquiátricas são encaminhados para o Pronto Socorro do município (“Hospital e Maternidade Humberto Piva e Fumbepe”).

As internações para os casos que tiverem indicação pelos psiquiatras do CAPS são pedidas para uma “Central de Vagas” somente após a avaliação em triagem, ou no acompanhamento em regime de CAPS.

A Equipe do CAPS dá mais uma vez as boas vindas aos usuários e se coloca à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

CAPS – “CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”

Rua Alaor Palma do Nascimento, nº130

CEP: 13.920-000 Pedreira-(S.P.)

Telefone (OXX19) 3893-3535

Horário de Funcionamento: das 8:00 às 17:00hs.

Em caso de falta, o paciente deve reagendar com o profissional que o atende, no horário determinado, apresentando o respectivo cartão de matrícula do CAPS;

- Em caso de precisar faltar à consulta, o paciente deve avisar com 24hs de antecedência;
- Para os pacientes matriculados, existe a possibilidade de falar com o seu respectivo médico, se houver necessidade, antes da data do retorno agendado, por exemplo, em caso de: não estar se sentindo bem com as medicações prescritas, informações sobre doses e horários corretos, possíveis efeitos colaterais, declarações para perícias junto ao “INSS”, verificação de resultado de exames, etc. O paciente deve então vir pessoalmente ao CAPS com o seu cartão nos “horários de plantão” do seu profissional de referência;
- Infelizmente, não dispomos de profissionais para o atendimento dos casos de psiquiatria infantil, que têm sido encaminhados para nossa referência, o Instituto de Psiquiatria da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas);
- As internações para os casos que tiverem indicação pelos psiquiatras do CAPS são pedidas para uma “Central de Vagas” somente após a avaliação em triagem, ou no acompanhamento em regime de CAPS.

Anexo VII - Prontuários de Pacientes do CAPS

ca  
05

Flaxopemida 5mg. 2 cop. ve - M.

Biperideno 2mg. 2 cop - M.

07/01/20

Terabarbital 300mg. 2 cop. Noite

[Redacted]

07/01/05 - Passou por consulta. Está bem. Contento por ter ido à posse

07/01/20

Pupilo. Manter a medicação.

[Redacted]

anotação psiquiatria

10/01/05 - Sente qd tem qd voltar na fono.

10/01/20

Reuniao na fono. Está falando suas ideias

ficou de comer (maio).

Bom relacionamento.

Outem nota foi na casa dele

e ~~deve~~ levar as coletas

Matias vai vir com eles

[Redacted]

13/01/05 -

ca

13/01/20

Recepção / reunião qd ~~deve~~ Rita

13/01/20

Usado assidu. ao grupo na TO, onde demonstra afinidade de estimo, convívio com grupo e equipe, permanece e sempre todo em situação

grupo, participa ativamente

14/01/20



19/01/20

19/01/20 Usava assina de UPS, em discussões em grupo para além das atividades da Canton. Não se responsabiliza pela compra dos materiais.

Usava impetiva perante os outros a cada vez que é chamada para grupo no palco. É ativamente individual com pouco interação quanto a papéis individuais. Quanto a não obrigatória na participação parece não estar atenta.

At. PTI em grupo.

anotação terapeuta



19/01/05

Ursula não teve emissão dissociada na última vez que foi no grupo no dia 14/01.

Além a mesma está relaxada e os olhos abertos e não parece que participou em grupo desde os olhos e interação muito baixa.

Hoje ela teve uma "crise" na T.O. enquanto estava sentada p/ a fazer fecheiro. Alargou pela C.O. monitor, e a levou até a arvorela

Após o curso e não quis ir conversar  
comigo ficando com a Flávia, o nome  
de quem hoje está entregando melhor

0

[Redacted]

transcrito receitas.

- 03  
02  
05
- ① Haloperidol 5mg 1 cap. ao dia.
  - ② Haloperidol 1mg 6 caps ao dia
  - ③ Fenobarbital 200mg 1 cap ao dia
  - ④ Biperideno 1 cap ao dia
  - ⑤ CBZ 200mg 180 caps.

9/02/200

[Redacted]

transcrito Receitas

13  
03  
05

Haloperidol - 5mg 300  
5mg VO QD

13/03/20

[Redacted]

22/03/05 - Atividade psicológica

[Redacted]

29/03/05. Usuária assídua ao CAPS, gradativamente  
assumindo a responsabilidade do cargo de  
Presidente do Gr. Remex; supervisiona e conduz  
atividades na Cantina.

Flávia

Prontuário 3

Os prontuários 1 e 2 correspondem ao período de crise de uma paciente e o prontuário 3  
corresponde a um período de estabilidade da mesma usuária.

## **Anexo VIII- Consentimento pós-informação**

Convidamos você a colaborar com este estudo que investiga a experiência de vida das pessoas que estão recebendo um atendimento psiquiátrico no Centro de Atenção Psicossocial de Pedreira. O principal objetivo será observar como o CAPS influenciar ou modificar a experiência de vida da pessoa com problemas psiquiátricos. Uma melhor compreensão de como se desenvolve a experiência de vida das pessoas que sofrem problemas psiquiátricos pode futuramente beneficiar outras pessoas que sofrem de problemas semelhantes.

A sua participação neste estudo consiste em realizar algumas conversas a respeito de sua doença. Sua família também participará destas conversas. Nestas, você e sua família terão a oportunidade de contar para o pesquisador sobre as diversas circunstâncias ou problemas da sua história de vida pessoal.

A sua participação neste estudo é voluntária e caso queira, você pode desistir de participar neste estudo a qualquer momento. Caso recuse em participar, esta decisão de modo algum irá afetar o atendimento médico que você esteja normalmente recebendo. O pesquisador também tomará todas as medidas necessárias para garantir neste estudo a sua anonimidade e das pessoas que lhe são próximas.

### **Consentimento pós-informado**

Eu, ..... li atentamente a carta de informação referente ao estudo antropológico que investiga a experiência de vida de pessoas que recebem um atendimento psiquiátrico no CAPS e tive a oportunidade de fazer todas as questões que desejasse.

Minha participação neste estudo é voluntária e eu posso retirar o meu consentimento e abandonar o estudo a qualquer momento. Minha decisão de participar neste estudo ou desistir de participar nele em nenhum momento irá afetar ou prejudicar o tratamento médico que eu venha a receber normalmente.

Eu concordo em cooperar totalmente com o investigador neste estudo sabendo que todas as medidas adequadas para garantir a minha anonimidade neste estudo também serão tomadas.

.....  
Assinatura do participante (ou da pessoa responsável)

Nome completo do participante: .....

Data: .....

Investigador : .....

## **Anexo IX- anexo: MS Como Implantar um CAPS ?**

**[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1)**

### 4) Como implantar um CAPS?

Para a implantação do CAPS em seu município, deve-se primeiro observar o critério populacional, definido no item 2, para a escolha do tipo de CAPS mais adequado ao porte do município. O Ministério da Saúde repassa um incentivo antecipado para a implantação do serviço nos valores de R\$ 20.000,00 (CAPS I), R\$ 30.000,00 (CAPS II e CAPSi), R\$ 50.000,00 (CAPS III e CAPSad).

Para a **solicitação do incentivo antecipado** deve-se seguir os seguintes procedimentos:

1) Encaminhar ofício com a solicitação do incentivo ao Ministério da Saúde, com cópia para a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, com os seguintes documentos:

II - projeto terapêutico do serviço;

III - cópia das identidades profissionais dos técnicos compondo equipe mínima, segundo as diretrizes da Portaria 336/GM, de 19/02/02;

IV - termo de compromisso do gestor local, assegurando o início do funcionamento do CAPS em até 3 (três) meses após o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria; e

V - proposta técnica de aplicação dos recursos.

Se os CAPS não forem implantados em 90 dias, os recursos recebidos deverão ser devolvidos ao MS. Os incentivos serão transferidos em parcela única, aos respectivos fundos, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

(ref.: Portaria nº 245/GM, de 17 de fevereiro de 2005)

Para a **solicitação de cadastramento** do serviço junto ao Ministério da Saúde deve-se seguir os procedimentos abaixo:

1) Requerer à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde, a aprovação do pedido de cadastramento do serviço;

2) Encaminhar processo de solicitação de cadastramentos ao Ministério da Saúde, instruído com a seguinte documentação:

A - Documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor.

B - Projeto Técnico do CAPS;

C - Planta Baixa do CAPS;

D - Discriminação da Equipe Técnica, anexados os currículos dos componentes;

E - Relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

(ref.: Portaria nº 336/GM, de 19/02/02 e Portaria nº 189/SAS de 20/03/02)

**Anexo X-**

**Fotografias**



Fotografia 1- Pacientes na Horta Comunitária de Entremontes-1995



Varanda/garagem, 2003.



Bairro de Entremontes, onde se iniciaram as atividades de horta em 1995.





Quarto de Armando- Cigarros, Santos e Aparelho de Música onde grava suas composições

