

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - MESTRADO

Camila Koren Chiappini

**HUMANIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR DO CAPS CAPILÉ EM SÃO LEOPOLDO - RS**

Porto Alegre, 22 de dezembro de 2008.

Camila Koren Chiappini

**HUMANIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR DO CAPS CAPILÉ EM SÃO LEOPOLDO - RS**

Dissertação de Mestrado em Saúde
Coletiva na Universidade do Vale do
Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. José Roque
Junges.

Porto Alegre, 22 de novembro de 2008.

SUMÁRIO

1. Projeto de Qualificação.....	4
1.1 Justificativa.....	7
1.2 Objetivos.....	13
1.3 Revisão Teórica.....	14
1.4 Metodologia.....	68
1.5. Cronograma.....	73
1.6 Referências Bibliográficas.....	74
2. Relatório da Pesquisa.....	80
2.1 Anexos.....	103
3. Artigo.....	153

1. PROJETO DE QUALIFICAÇÃO

Apresentado em setembro de 2007.

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado

Camila Koren Chiappini Burlacenko

**HUMANIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR DO CAPS CAPILÉ EM SÃO LEOPOLDO - RS**

Porto Alegre, 10 de setembro de 2007.

Camila Koren Chiappini Burlacenko

**HUMANIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR DO CAPS CAPILÉ EM SÃO LEOPOLDO - RS**

Projeto de dissertação apresentado em
banca de Qualificação do curso de
Mestrado em Saúde Coletiva
Unisinos.

Orientador: Prof. Dr. José Roque
Junges.

Porto Alegre, 10 de setembro de 2007.

1.1 JUSTIFICATIVA

A criação do Sistema Único de Saúde, preconizada na Constituição de 1988 é, sem dúvida, importante conquista do povo brasileiro. Sabe-se, no entanto, que, a despeito da proposta de atendimento universal e com equidade, as relações estabelecidas dentro deste sistema ainda são, por vezes, arbitrárias, hierárquicas, desconsiderando práticas dialógicas no cuidado dos usuários e trabalhadores em saúde. Desta forma, por iniciativa dos atores envolvidos neste processo e por reconhecimento da necessidade de humanizá-lo, por parte do governo, iniciou-se o Humaniza SUS.

Desde a criação do SUS, com a Constituição de 1988, os psicólogos enfrentam um novo cenário de trabalho, o de se envolverem em políticas públicas ou manterem-se alienados desta discussão e circunscritos em sua prática clínica. Penso que a Psicologia e seus representantes podem contribuir de forma expressiva para este processo de mudança nas relações sujeito - saúde - doença e usuários e trabalhadores do SUS.

Sua contribuição pode enriquecer reflexões, saberes e práticas clínicas e sóciopolíticas na compreensão dos sujeitos em suas formas de negociação de condições afetivas, sociais e materiais de vida. Nossas análises deste cenário podem contemplar dimensões psíquicas, sociais e políticas – buscando entender a maneira pela qual indivíduos e grupos se posicionam na vida cotidiana, nas políticas públicas, nas organizações e nas instituições de saúde e, desta forma, contribuir com estas mudanças com propostas concretas de intervenção.

De uma forma geral, estamos enfrentando uma época de mudanças de paradigmas, em que conceitos e ações cristalizadas imploram por serem revistas. Assim ocorre com a saúde e sua contrapartida a doença. Nem mesmo esta maneira dicotômica de definir saúde como ausência de doença (1977)¹ é tida como verdade hoje em dia. Tantos são os pontos ou fatos que definem nossa condição de saúde e não necessariamente estes correspondem a ter ou não uma doença. Entende-se hoje que saúde é uma construção do sujeito, que se relaciona com o meio em que ele vive e que depende da maneira como ele lida com situações nas quais seu equilíbrio físico, mental é prejudicado. Em uma concepção mais atual de saúde e, portanto, mais condizente com a realidade em que vivemos, saúde é adaptar-se até mesmo a limitações impostas pelo meio, pelo corpo, pelo psiquismo, na busca por uma reorganização mais harmônica.

Isto, claro, não exime a nossa responsabilidade de tentar melhorar a as condições de vida e saúde de nossos semelhantes. Para os trabalhadores da saúde talvez seja o momento de pensar em que contribuições nossos anos de estudo podem dar nessa busca pela saúde perfeita – para cada um, não ideal ou idealizada.

¹ Christopher Boorse definiu em [1977](#) a saúde como a simples *ausência de doença*.

Dentro da psicologia aprendemos que o trabalho do terapeuta deve levar o paciente a se descobrir, a desenvolver uma compreensão de si e alterar, após esta, condutas que julgar errôneas ou provocadoras de sofrimento. Aprendemos que não devemos dar o caminho, mas sim permitir que ele venha à tona – através da reflexão. De certa forma, nesta premissa está presente a noção de que a saúde é reativa. Frente a dificuldades da vida psíquica, frente ao sofrimento, devemos desenvolver mecanismos para lidar com ele e restabelecer o equilíbrio. Não se trata de se adaptar simplesmente ao meio ou a uma nova condição física ou psíquica, mas sim de responder, de reagir, de mostrar uma postura ativa frente a adversidades (doenças), na busca de uma posição de maior equilíbrio.

No caso da doença mental, de diagnósticos mais graves como as psicoses, esta idéia de reforçar a autonomia do paciente, sua capacidade de reação frente à doença, é relativamente recente. Em muitos anos, pensava-se justamente o contrário, que deveríamos retirar a autonomia destes indivíduos acometidos por este mal e preservar os outros do convívio com ele. A luta da loucura contra seu aprisionamento é antiga e nos deteremos nela ao longo, mas este ponto de vista aqui é relevante para mantermos a discussão do trabalho.

Segundo estimativas da OMS (2002), no mundo, 154 milhões de pessoas sofrem de depressão, 25 milhões têm diagnóstico de esquizofrenia e 91 milhões tem problemas com dependência ou abuso de álcool e/ou drogas.

Até 1989, a saúde mental esteve quase esquecida em meio às políticas públicas na área da saúde. Muito se fazia em iniciativas isoladas, mas ainda se carecia de uma política mais integradora da atividade ao longo do país. Esta organização foi proposta pelo movimento da reforma psiquiátrica, que originou no Rio Grande do Sul a lei

Rolim² e no Brasil a lei Paulo Delgado³. Claro que estas duas leis têm uma série de questões, mas serviram, primeiramente, para colocar em foco a saúde mental no Brasil. Também a partir delas surgiram os serviços de CAPS, NAPS e outros que, apesar de não abrangerem a extensão do problema, são bons exemplos de um novo olhar mais humanizado para a doença psíquica.

A Reforma Psiquiátrica enquanto proposta em muito lembra princípios da humanização. No entanto, como trabalhadora da saúde mental, e, portanto, inserida neste contexto de mudanças, não deixo de me questionar sobre a real melhoria na atenção. Sei que a preconização de serviços como CAPS e outros, nos quais o atendimento prestado ao portador de sofrimento psíquico não o cerceia de sua liberdade, são mais resolutivos e humanos, mas também sei que estes são poucos e que a demanda por este serviço de saúde é cada vez maior.

Em minha prática como psicóloga, atuando na saúde mental, tenho me deparado com a carência de recursos (públicos e privados) na rede de assistência à saúde mental. Quanto à esfera pública, sabe-se que o pequeno interesse na saúde mental é reflexo da carência da saúde como um todo e de uma dificuldade ainda maior que é, frente a muitas demandas, escolher a mental.

Muitas são as dificuldades encontradas pelos trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares e, algumas delas, não estão na pauta da reforma psiquiátrica. De qualquer forma, a intenção do movimento e da legislação proveniente dele é dar à saúde mental, ao menos, o mesmo suporte de outras áreas da saúde. Também não há dúvida que os serviços preconizados por esta lei são mais humanos e atenderiam, caso funcionassem como preconizado na reforma, melhor a questão da saúde mental no país.

² Lei 9716/92 de autoria do então deputado Marcos Rolim.

³ Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, lei da reforma psiquiátrica, de autoria do deputado Paulo Delgado.

No entanto, da maneira como vêm sendo desenvolvidas as ações neste meio, essa demanda continua sendo uma demanda de exclusão.

Devido ao número insatisfatório de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, que também acredito não ser a melhor maneira de tratar a doença mental, a exclusão destes pacientes, por não recebimento de tratamento, acaba ocorrendo.

Temos então um problema. Com a mudança no paradigma e na forma de atenção ao portador de sofrimento psíquico ocorre uma lacuna nos atendimentos que está acabando por reforçar a exclusão social destes sujeitos. Ora se a reforma da atenção psiquiátrica preconiza a existência de serviços substitutivos que dêem conta da demanda da doença mental, de forma humanizada, ao longo do país, é certo que estas pessoas fiquem sem atendimento porque estes serviços ainda não estão estabelecidos? Desta forma não estamos promovendo a mesma exclusão que ferreamente tentamos combater ao longo de décadas?

Enfrentamos mudanças nos nossos conceitos de saúde e doença e também com relação à saúde mental. Dito isso, é evidente que os modos de ação em saúde precisam mudar. Precisamos, no entanto, atentar para que, no decorrer desta mudança, as pessoas que necessitam desta atenção não sejam prejudicadas.

O CAPS é o local por excelência no qual a filosofia o atendimento defendido pela Reforma Psiquiátrica toma forma. Os portadores de sofrimento psíquico, através das ações deste serviço, encontram um meio de integração com a comunidade na qual estão inseridos e passam novamente a exercer ações de cidadania e recuperar sua autonomia. Em sua proposta de criação o CAPS já constitui um serviço humanizado. E este é um dos motivos pelo qual escolhi trabalhar com esta unidade do SUS.

No CAPS, quase sempre, temos uma equipe multidisciplinar engajada no tratamento das doenças psíquicas. Acredito que a psicologia pode fornecer subsídios para o resgate

da subjetividade dos usuários e profissionais deste serviço, tendo em vista sua formação com ênfase nas relações humanas.

Ao considerarmos o CAPS, em sua criação, um serviço de saúde mental inserido na proposta de humanização, a idéia deste trabalho é observar como se dão as relações entre membros de uma equipe destas unidades e como eles percebem o processo de humanização do cuidado. A escolha pelo CAPS de São Leopoldo ocorreu devido à facilidade de acesso e contato com a equipe. A idéia deste trabalho é observar e compreender as relações entre trabalhadores do CAPS Capilé, partindo da ótica da humanização e com o entendimento da psicologia.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Conhecer o discurso da equipe multiprofissional do CAPS de São Leopoldo sobre a proposta de humanização do SUS.

Objetivo específico: Conhecer o discurso da equipe multidisciplinar sobre a situação da atenção à saúde mental no seu município.

1.3. REVISÃO TEÓRICA

Sistema Único de Saúde e estratégias da Humanização

O termo humanização tem sido muito empregado no âmbito da saúde. Ele remete a um conjunto de idéias, difundido através de políticas do Ministério da Saúde, que preconizam a qualidade no cuidado – reconhecendo a cultura e a subjetividade do paciente e valorizando a figura deste e dos profissionais de saúde.

Para falar de humanização é indispensável voltar aos primórdios da criação do Sistema Único de Saúde e rever os princípios que nortearam sua construção. O SUS representou uma das maiores conquistas da democracia brasileira, defendida ferreamente por profissionais de saúde e por cientistas políticos e solicitada pela população, anos antes, a idéia de atenção universal à saúde com equidade e integralidade obteve sua materialização na criação do SUS – com a Constituição Federal de 1988.

No entanto, o reconhecimento político da necessidade do SUS não foi suficiente para que este fosse implantado imediatamente. Fez-se necessário uma reestruturação na base das ações em saúde, que vem em desenvolvimento desde a lei 8080⁴. A Constituição de 88 assumiu o compromisso de mudar o modelo de atenção à saúde no país, em busca de ações mais resolutivas, integrais, humanizadas e que estivessem disponíveis a todos os brasileiros – desde então, o desafio é garantir que estes princípios que deram origem ao SUS sejam postos em prática.

⁴ LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

A definição do Sistema Único de Saúde ocorreu através do movimento da Reforma Sanitária que teve seu maior momento na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Essa Conferência foi o debate de política de saúde mais importante da história do Brasil, pois possibilitou a participação de vários segmentos da sociedade brasileira e estabeleceu princípios e diretrizes que posteriormente constituíram a base do Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988.

A Constituição federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, organizado com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A Lei Orgânica da Saúde, lei 8080 de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços; enquanto a Lei 8142 dispõe sobre a participação popular através das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Para que o Sistema Único de Saúde fosse devidamente implementado foram feitas as chamadas Normas Operacionais Básicas. A NOB 01/91 deu início a descentralização, bem como a implantação dos Conselhos e Fundos Estaduais e Municipais de Saúde; no entanto, manteve os municípios limitados ao papel de prestador de serviços, recebendo recursos mediante a fatura de procedimentos conforme a mesma tabela aplicada pelos serviços contratados.

Desde esta nova organização, a responsabilidade imediata no atendimento é do município, sendo este amparado pelo estado e pelo governo federal, através de repasse de verbas – mediante programas específicos de financiamento das ações em saúde, os

quais estão previstos na NOB⁵ (1996) e não constituem foco de nosso interesse no momento.

Cabe ressaltar, no entanto, que esta estratégia, chamada descentralização, visa facilitar o acesso dos indivíduos à rede de saúde, possibilitando o melhor gerenciamento das ações desta - considerando-se o contexto da população atendida.

O objetivo maior da criação do SUS é a promoção de qualidade de vida, noção esta intimamente ligada à saúde, bem estar individual e coletivo por meio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde.

O SUS preconiza uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta uma série de dificuldades.

Na prática, no SUS, existe uma fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais. A rede assistencial também é fragmentada, dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência. A interação nas equipes parece prejudicada e há, por vezes, despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Além disso, temos a burocratização do sistema público; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; desrespeito aos direitos dos usuários; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS, entre outros. Tendo em vista estas

⁵ Norma Operacional Básica do SUS – Brasília, 1996.

dificuldades e, com a intenção de resgatar as idéias centrais da criação do SUS, o governo federal deu início à política de Humanização.

Os primeiros passos rumo à humanização, enquanto retorno ao que foi preconizado na construção do SUS, ocorreram no âmbito hospitalar – após o surgimento do Plano Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar – PNHAH, em 1991. Sua proposta surgiu da constatação de que os atendimentos da rede de maior complexidade (hospitalares) acabavam por distanciarem-se mais dos princípios de equidade, integralização e universalidade de acesso que o atendimento da rede básica. Devido à intensificação do emprego do termo humanização no âmbito hospitalar e da repercussão da PNHAH, esta temática voltou a ter destaque também nos outros setores da saúde e ganhou status de política nacional, para toda a forma de atenção à saúde, com o Humaniza SUS em 2001.

Hoje cada vez mais o tema integra o cenário de discussões sobre o SUS. Humanizar significa, segundo o Ministério da Saúde, qualificar as práticas em saúde: promovendo acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários e participação na gestão (Brasil, 2004).

Na política de humanização esta intrínseca a idéia de resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde.

Ela busca traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, através da construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

Nesta proposta, busca-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, o fomento à

autonomia e ao protagonismo desses sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Brasil, 2004).

Na atenção à saúde mental, a preocupação com um atendimento mais humanizado aos portadores de sofrimento psíquico começou a aparecer no cenário brasileiro na década de oitenta, no qual as práticas alternativas⁶ em psiquiatria tornavam-se ainda mais freqüentes. É bem verdade que o modelo de assistência ao doente mental continuou e ainda continua centrado no modelo médico e hospitalocêntrico – a despeito de práticas e ideologias diversas, mas hoje, devido a uma série de reivindicações de trabalhadores e usuários da saúde mental, algumas mudanças foram alcançadas.

Estamos longe de um modelo humanitário de assistência à saúde no Brasil. Ainda mais coerente é dizermos que, apesar das mudanças ocorridas com a criação do SUS e com a preconização da humanização, a saúde mental continua em segundo plano quando consideramos as prioridades de atendimento.

Graças à movimentação iniciada ao final dos anos oitenta e, mais tarde, com o reflexo no Brasil das idéias da reforma psiquiátrica que já ocorriam no mundo desde a década de sessenta, o modelo de assistência à doença mental, antes pautado no asilamento e na exclusão do portador, está cada vez mais caminhando para práticas de tratamento que reforcem a necessidade de inclusão social, humanização e promoção da cidadania.

⁶ Praxiterapia, grupos terapêuticos, oficinas. Mais espaço para áreas e atividades de tratamento não médicas.

A falta de disponibilidade dos profissionais para dialogar com os pacientes, a falta de comunicação entre os próprios trabalhadores, a desconsideração do sujeito paciente que recorre ao serviço e de suas vivências de saúde e doença, a hegemonia do saber médico sobre os demais, são alguns dos problemas encontrados pelos usuários e trabalhadores do SUS (Teixeira, 2005).

“Embora a saúde seja, pois, um direito constitucionalmente garantido, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre as conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor (Traverso- Yépez e Moraes, 2004)”.

Sabe-se hoje que a desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica em conseqüências negativas para o relacionamento deste com a equipe de saúde. Esta dificuldade está alicerçada na crença de que quem sabe o que é melhor para o paciente é o médico, o enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde. Os técnicos, trabalhadores da saúde, parecem não estar preparados para o diálogo com a população, mesmo quando inseridos em propostas de atendimento que deveriam estar bastante próximas destas pessoas – como é o caso dos postos de saúde de comunidades.

Esta crise manifesta-se sob a forma de muitas carências, mas a mais relevante delas, e a que vamos enfatizar neste trabalho, é a pequena ou inexistente participação da subjetividade nas relações entre usuários – trabalhadores do SUS e entre os próprios trabalhadores do SUS. Percebe-se a objetivação do usuário, o que viabiliza o olhar distanciado do técnico na busca de um diagnóstico e de um tratamento mais conciso, formal e científico. Este processo, no entanto, embora seja a base do olhar clínico e fundamente a prática e a ciência médica até então, acaba por gerar ações em saúde individuais, impessoais e pouco resolutivas.

Com vistas a mudar esta realidade e tornar as relações dentro do SUS mais humanizadas, o governo federal idealizou um grupo de objetivos e ações em saúde que é chamado de Humaniza SUS. Este programa entende que é necessário valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, fornecendo incentivo à autonomia e protagonismo desses sujeitos (Cartilha do Humaniza SUS, 2004). Entende também que é preciso um olhar sobre as necessidades sociais de saúde, com estabelecimento de vínculos solidários. Além disso, o programa destaca a importância da educação em saúde e da melhoria das condições de trabalho dos técnicos.

Esta proposta de reestruturação do modelo de atendimento do SUS surgiu em decorrência da verificação de que, muitas vezes, a despeito do empenho dos profissionais de saúde, as ações em saúde resultavam pouco eficazes. Percebeu-se então a importância de se incluir os sujeitos destas ações, envolvendo-os no processo de cuidado com a saúde, através da promoção do diálogo entre usuários e equipe técnica de cuidados.

Quando as ações em saúde não encontram eco no universo subjetivo do usuário, mostrando-se muito distantes de sua realidade e, por vezes, menosprezando o saber

popular, elas resultam em práticas pouco efetivas. Para que estas ações sejam realmente capazes de melhorar a saúde destas pessoas é preciso que dialoguem com o universo do usuário, passando então a fazer sentido para ele. Muitas vezes o paciente não se compromete com o tratamento prescrito porque este foi feito sem que ele (paciente) fosse escutado, sem que sua vivência fosse reconhecida. Desta forma, ele não identifica este tratamento como sendo parte do seu universo, não o compreende ou não confia na sua eficácia. Isto acontece frequentemente quando a equipe técnica não demonstra interesse na vivência daquele paciente ou daquela comunidade, não abrindo espaço para o diálogo entre as partes envolvidas no processo de promoção de saúde e tornando as ações em saúde verticais, impessoais e pouco efetivas.

A história da loucura ou a loucura da história

Existem muitos registros históricos sobre a loucura e sobre seu *locos* na sociedade. Para algumas culturas da antiguidade clássica, a figura do louco estava associada a poderes especiais, extrasensoriais e, por vezes, relacionada a seres míticos. Neste momento não existia claramente a associação feita em outros períodos da história, de loucura e des-razão (Foucault, 1997).

Os primeiros registros de medidas contra a loucura são antigos, datando de períodos bem remotos da humanidade. Iniciaremos nossa revisão histórica, no entanto, com a figura emblemática da “Nau dos loucos”, na Renascença.

A Nau dos loucos ocupava um espaço fundamental no universo simbólico da Renascença. Ela levava tipos sociais para uma viagem em busca de fortuna e da revelação dos seus destinos e de suas verdades. Essas jornadas de barcos faziam parte

do cotidiano dos insanos, os quais eram expulsos das cidades e transportados para terras distantes.

Foucault destaca que este embarque sem destino dos loucos tinha mais que uma utilidade social de segurança dos cidadãos e manutenção da ordem da cidade, desempenhando, de maneira simbólica, a tentativa de purgar a inquietude em relação à loucura no final da Idade Média, afastando-a para longe das vistas do homem e da sociedade. Ele identifica que a partir do século XV, a loucura passou a assombrar a imaginação do homem ocidental e a exercer sobre ele atração e fascínio(Foucault, 1997).

A loucura representa também um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo. Aqui, portanto, a loucura não diz respeito à verdade do mundo, mas ao homem e à verdade que ele distingue de si mesmo. (Foucault, 1997).

O mesmo autor fala sobre duas experiências da loucura na Renascença: de um lado, uma experiência cósmica, a viagem da Nau dos loucos; de outro, uma experiência crítica, a viagem do homem para dentro de si mesmo. O confronto entre essas duas experiências expressava a formulação que o começo da Renascença fazia da loucura.

No começo do século XVI, no entanto, a experiência crítica, loucura como confronto do homem com sua verdade, venceu essa luta, ocultando o sentido da experiência cósmica e ganhando um privilégio cada vez mais acentuado.

A loucura, não pode ser entendida como uma figura total, que finalmente chegaria, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma figura

fragmentária que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva; é um conjunto desequilibrado por tudo aquilo de que carece, isto é, por tudo aquilo que o oculta. Sob a ciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília (Foucault, 1997: 28-29).

Na metade do século XVII ocorreu a ligação entre a loucura e o internamento⁷. O internamento é importante, segundo Foucault, por duas razões: primeiramente, por ter sido a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura e, em segundo lugar, porque ter sido em reação a ele que a loucura ganhou status de afecção mental. A partir do escândalo do exílio do louco em instituições muradas, este modelo de depósito humano passou a ser questionado, sobretudo por Pinel e outros ligados à ciência médica, que defendiam a idéia de uma libertação dos loucos do internamento produzido pelo século XVII. Foucault, no entanto, extrapola a história desta suposta “libertação”, atentando para a racionalidade própria do internamento e buscando entender os seus mecanismos e as suas práticas específicas.

⁷ Asilamento

O internamento do século XVII não foi um ato médico, mas uma estrutura semijurídica que decidia, julgava e executava. Na organização das casas de internamento, portanto, não estava presente nenhuma idéia ou liderança médica.

É preocupação constante de Foucault, em seu livro *A história da loucura*, romper a ligação que se estabeleceu entre internamento e Medicina. Para ele, o Classicismo inventou o internamento, tal como a Idade Média havia inventado a segregação dos leprosos. Assim, aquele vazio deixado pelos leprosos foi preenchido pelos “internos”. Esse aprisionamento inventado pelo Classicismo era complexo e possuía significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais.

Para tanto, criou-se uma nova sensibilidade social para isolar a categoria da loucura e destiná-la ao internamento. Essa segregação da loucura relacionou-se, à época, com as seguintes questões: uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, uma nova forma de reagir diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. (Foucault, 1997). Esses temas deram sentido ao modo pelo qual a loucura foi percebida pela era clássica.

A relação entre o internamento e o aparecimento de uma nova reação à miséria produziu, no decorrer do século XVI, uma nova figura do pobre. A pobreza não possuía mais a positividade mística que estava presente na Idade Média, mas sim era cercada de culpabilidade. Agora, num mundo no qual os Estados substituíam a Igreja nas tarefas de assistência, a miséria se tornara um obstáculo contra a boa marcha do Estado, passando de uma experiência religiosa que a santificava para uma concepção moral que a condenava (Foucault, 1997).

Dessa forma, se o louco era, na Idade Média, considerado uma personagem sagrada era porque, para a caridade medieval, ele participava dos obscuros poderes da

miséria. A partir do século XVII, a miséria passou a ser encarada em seu horizonte moral e, assim, se anteriormente o louco era acolhido pela sociedade, agora ele seria excluído, pois ele perturbava a ordem social.

O internamento, então, antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, foi exigido por razões menos nobres que a preocupação com a cura. No lugar onde muitos vêem signos de uma benevolência para com a doença, Foucault apenas enxerga uma preocupação com o trabalho, ou melhor, com a ociosidade. O desempregado era detido, já que entre ele e a sociedade estabeleceu-se um sistema de obrigações: enquanto ele tinha de ser alimentado, ao mesmo tempo ele também devia aceitar a coação física e moral do internamento.

É nessa época que os loucos eram internados, misturando-se a toda uma outra população, unida por um aspecto: a condenação ética da ociosidade. O internamento não era unicamente determinado pela economia vigente, mas também por toda uma percepção moral que acompanhava o mundo do trabalho, servindo sempre como um exercício ético de uma punição moral. Noção de moralidade que, segundo Foucault (1997), re-inventa a lei civil que não mais condena, mas administra, recupera e tenta trazer o ocioso de volta à sociedade.

A internação, portanto, foi criação institucional própria do século XVII e assumiu um sentido inteiramente diferente da prisão na Idade Média. Havia uma nova sensibilidade em relação à loucura, na qual esta era retirada de sua liberdade imaginária, tão presente na Renascença, para a reclusão do internamento – pautado na razão e nas regras da moral.

Em Paris em 1656, havia uma milícia do Hospital Geral Salpêtrière, os “arqueiros do hospital” que recolhiam as pessoas nas ruas, seguindo determinados códigos de moral.

“Os mendigos e vagabundos, as pessoas sem domicílio, sem trabalho ou sem ofício, os criminosos, os rebeldes políticos e os hereges, as prostitutas, os libertinos, os sífilíticos e alcoólatras, e os loucos, esposas molestas, as filhas violadas ou os filhos perdulários, foram, através deste procedimento, convertidos em iníquos, e até transformados em invisíveis”(Dörner 1981)

O internamento, pelo menos no sentido que ele adquiriu na era clássica, não demorou a ser contestado. Foucault problematiza a idéia de confusão que é atribuída à percepção clássica da loucura e a noção de que a ciência positiva do final do século XVIII liberta o louco desse confinamento que interna, no mesmo local, o enfermo, o libertino, a prostituta, o imbecil e o insano, sem indicar nenhuma diferença entre eles. Se ao final do século XVIII e, principalmente a partir do século XIX, essa confusão entre criminosos e loucos provocaria espantos, temos que perceber que a era clássica tratava a todos da mesma forma. Essa indistinção, no entanto, não ocorria por desconhecimento das diferenças ou por pura ignorância, mas sim a serviço da ordem social, de sua positividade e de sua própria racionalidade.

Somente no começo do século XVIII nasceu uma nova reflexão sobre a doença mental. Com base na norma médica classificatória, a loucura se integrou e o espaço

dessa classificação se abriu para sua análise. Essa atividade classificadora foi profundamente questionada pela sociedade, que sempre associou a loucura à imaginação e ao delírio, por uma teoria geral da paixão (Foucault, 1997).

Essa natureza hierarquizada feita pelos classificadores médicos sobre a loucura, de certa forma, não abalou as suas significações mágicas e extramédicas. No entanto, o pensamento médico produziu uma mudança de extrema importância no tratamento do louco, pois, pela primeira vez, apareceu um diálogo de cumplicidade entre o médico e o recém nomeado doente mental.

Ao longo do século XVIII o conjunto médico-doente passou a figurar como elemento constituinte do mundo da loucura. Com o tratamento e o estudo da cura das doenças nervosas, a medicina se tornou uma técnica privilegiada e que, enfim, estabeleceu uma ligação com a loucura, tão recusada pelo domínio do internamento. Nasceu assim a possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico.

Tudo o que havia de essencial na experiência clássica do desatino foi corrompido. Com a emergência dessas novas práticas médicas, as doenças foram divididas em duas grandes categorias: doenças físicas e doenças psicológicas ou morais.

A diferenciação entre o físico e o moral apareceu somente quando a problemática da loucura se deslocou para uma interrogação do sujeito responsável. Foucault vê nessa modificação a redução da experiência clássica do desatino a uma percepção estritamente moral da loucura. Nesse momento, estabeleceu-se a seguinte equação: a doença procederá do orgânico, enquanto o que pertencia ao desatino será ligado ao psicológico.

Nasce a psicologia. Não como verdade da loucura, mas como indício de que a loucura é agora isolada de sua verdade que era o desatino”.(Foucault, 1997: 337).

Foucault procurou mostrar as condições que tornaram possível a emergência de um saber que confiscou a loucura, separando-a do desatino. Os temas fantásticos, no entanto, foram os primeiros agentes que possibilitaram a síntese entre o mundo do desatino e o universo médico. O médico, nesse contexto, não foi solicitado pelo internamento para fazer a divisão entre o mal e a doença, mas para proteger as pessoas da sociedade do perigo que os muros do internamento transpiravam.

O interesse da medicina pela loucura não ocorreu devido ao progresso alcançado pelo estatuto médico em direção à aquisição do conhecimento da loucura, mas foi possível somente através de um medo, de todo um simbolismo do *Impuro*, que davam vida aos contágios morais e físicos. É por essa concepção do Impuro que o desatino foi confrontado com o pensamento médico e isolado da loucura (Foucault, 1997).

No desenrolar do século XVIII, as casas destinadas a receber exclusivamente os insensatos foram crescendo em número. Esse fenômeno foi importante porque introduziu novas significações. Os novos hospitais não foram muito diferentes, em sua estrutura, dos antigos e as condições jurídicas do internamento não haviam mudado. Tais hospitais novos também não deram um lugar melhor para a Medicina. O fundamental, no entanto, foi a criação de asilos especialmente destinados aos loucos.

Com essa especificação conquistada dentro do internamento, a loucura adquiriu uma linguagem própria. O século XIX, então, conseguiu unir os conceitos da teoria médica e o espaço do internamento e foi aí que nasceu essa relação, posteriormente dada como natural, mas que era totalmente estranha ao Classicismo, entre medicina e internamento e que culminou com o nascimento da psiquiatria positiva e do asilo do século XIX.

A psiquiatria positivista, para Foucault (1997), não libertou os loucos da confusão da era clássica que misturava desatino e loucura e nem a transformou em “humana”. O que ocorreu foi, ao longo do século XVIII, uma transformação na consciência da loucura. A psiquiatria positivista não representou uma evolução no quadro de um movimento humanitário que se aproximava aos poucos da realidade humana do louco, como também não foi o resultado de uma necessidade científica que tornava a loucura mais fiel àquilo que poderia dizer de si mesma.

A crítica política do internamento, no século XVIII, não funcionou no sentido de uma libertação da loucura, permitindo aos alienados uma atenção mais filantrópica, mas uniu ainda mais a loucura ao internamento.

O fato de haver tomado suas distâncias, de ter-se tornado enfim uma forma delimitável do mundo perturbado do desatino, não libertou a loucura; entre ela e o internamento estabeleceu-se uma profunda ligação,

um elo quase essencial (Foucault, 1997, 399).

Na economia mercantilista o louco não possuía lugar, pois não era produtor nem consumidor. O seu único destino só poderia ser o exílio da sociedade através do internamento. A indústria que acabara de nascer, no entanto, trouxe estes personagens de volta à sociedade. Nesse momento, o internamento foi criticado, exatamente porque ele produzia um grave erro econômico quando acreditava que se acabaria com a miséria, colocando a população pobre fora do circuito de produção e mantendo-a pela caridade. Essa medida, segundo os críticos do internamento, suprimia uma parte da população desse circuito, limitando a produção de riquezas.

A idéia era a de recolocar toda essa população no circuito da produção e utilizá-la como mão-de-obra para que as nações alcançassem o máximo de riquezas. Dentro dessa concepção, as formas clássicas da assistência figuravam como causas de empobrecimento e obstáculos à riqueza produtiva. A assistência aos pobres, assim, assumiu novo sentido. Não se devia mais internar a população pobre, mas deixá-la na liberdade do espaço social, já que ela seria absorvida pela produção por se uma mão-de-obra barata. A pobreza devia ser libertada do internamento e colocada à disposição da sociedade.

No entanto, havia o pobre doente. Somente ele reclamaria a assistência. A miséria foi ligada aos problemas da economia, o destino relacionado às figuras da imaginação e, assim, eles não estavam mais associados. Reaparecia a loucura, completamente liberta das velhas formas de experiência nas quais ela era considerada, não por uma intervenção da filantropia ou por um reconhecimento científico que

finalmente atingiu a sua verdade, mas por um isolamento da grande figura do desatino (Foucault,1997).

A prática do internamento mantinha-se ativa exclusivamente para os loucos. Nesse momento, a loucura assumiu a posse do internamento, ao mesmo tempo em que ele se desvincilhou das suas outras formas de utilização. É nesse quadro que, ao final do século XVIII, aproximaram-se duas figuras que tinham permanecido por muito tempo estranhas uma a outra: o pensamento médico e a prática do internamento.

A natureza desse confinamento, no entanto, estava por ser determinada, pois, no final do século XVIII, dois projetos se defrontavam: um que procurava reciclar as velhas funções do internamento e outro que procurava dar um estatuto hospitalar ao cuidado da loucura.

Essa transformação da casa de internamento em asilo não se deu pela introdução progressiva da medicina, mas através de uma reestruturação interna desse espaço antes caracterizado pela exclusão e pela correção. É somente porque o internamento assumiu um valor terapêutico através do reajustamento político, social e moral da relação entre loucura e desatino que a medicina pode apossar-se do asilo e de todas as experiências da loucura. A definição acerca da psicologia da loucura no século XIX não surgiu da humanização, da justiça e de evoluções nas práticas médicas, mas de uma exigência moral e de uma estatização dos costumes.

As mudanças econômicas, a exigirem mão-de-obra barata, contribuíram para o progressivo isolamento do louco dentro do asilo. Percebe-se que o internamento de pobres em instituições representava um custo assistencial alto. Seu aproveitamento era melhor no comércio, indústria e no ciclo de consumo. Nesse momento também surgiu com força o tratamento moral da loucura e sua legitimação pela classe médica.

A necessidade de definição de um espaço público de assistência à loucura destacou hospitais gerais como o de Bicêtre, destinado aos homens, e o de Salpêtrière, destinado às mulheres, ambos situados na França. Para lá eram enviados os insensatos pobres (Pessoti, 1996).

No olhar crítico de Michel Foucault (1997), no momento em que a doença e a miséria passaram a ser coisas privadas, a loucura necessitou de um estatuto público e de um espaço de confinamento que garantia o bem da sociedade contra os seus perigos. Não se sabia como devia ser esse espaço. Entretanto, devia servir para recepcionar o louco, bem como os doentes e pobres sem família, substituindo-a em hipótese de tentativas frustradas de manutenção desses dentro do espaço familiar. O louco ficava situado entre uma assistência incipiente e o internamento em vias de desaparecimento.

Aos poucos, os locais de internamento também se transformaram em espaços de cura. Procurava-se não mais coagir o louco, porque isto o levava a se refugiar na imaginação, deixava-se ele “livre” para que a loucura assumisse suas próprias faces. Iniciou-se um sistema de registros dos acontecimentos do asilo, para observar o comportamento da loucura.

Ocorreu então a introdução da função médica no Bicêtre, principalmente porque, a esta época, segundo Foucault (1997), a presença de loucos no Bicêtre já era um problema médico. Pinel era conhecido por seus artigos sobre as doenças do espírito, sendo nomeado para a direção do Bicêtre. O internamento passou a ser considerado por seu valor terapêutico e a loucura a ser vista como doença, estabeleceu-se uma relação necessária entre asilo e doença.

Pinel corretamente considerou as doenças mentais como resultado ou de tensões sociais e psicológicas excessivas, de causa hereditária, ou ainda originadas de acidentes físicos. Desprezou a credence entre o povo, e mesmo entre os médicos, de que estas eram resultantes de possessão demoníaca. Ele seguiu idéias já avançadas por contemporâneos seus como Tuke, Chiarugi e Daquin.

Pinel, no entanto, foi o primeiro a distinguir vários tipos de psicose e a descrever as alucinações, o absentismo e uma série de outros sintomas. Para o seu tempo, sua obra *Nosographie Philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médecine* ("Classificação filosófica das doenças ou método de análise aplicado à medicina"), de 1798; continha descrições precisas e simples de várias doenças mentais e o conceito novo de que a cada doença era "um todo indivisível do começo ao fim, um conjunto regular de sintomas característicos" (Bercherie, 1989).

Pinel aboliu tratamentos como sangria, purgações, e vesicatórios, em favor de uma terapia que incluía contato próximo e amigável com o paciente, discussão de dificuldades pessoais e um programa de atividades dirigidas. Preocupava-se também com o treinamento do pessoal auxiliar, equipe de cuidados, e com a administração das instituições.

Pinel percebeu que havia sempre traços de razão no alienado, os quais permitiam uma terapia pelo diálogo. Salientava o interesse de um tratamento humano para os doentes mentais e insistia nas relações deste com o meio familiar e com os outros doentes. Acreditava que o médico tinha um papel importante na administração hospitalar para cortar o círculo vicioso que levava à perpetuação e ao agravamento da doença mental. Para ele, o tratamento medicamentoso era secundário, pois reconhecia a ineficácia da farmacologia de seu tempo. (Frayze-Pereira, 1993).

A Psiquiatria, como especialidade médica, pode dizer-se iniciada a partir da publicação da obra de Philippe Pinel, intitulada *Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental*. Antes dele, não pode ser entendida como existente, visto que ela limitava-se a capítulos dentro do estudo da medicina. Atribuiu-se à Pinel a autonomia da medicina do espírito e o mérito de aplicação de técnicas revolucionárias para a época, como soltar os grilhões e liberar os loucos das correntes. A liberdade a eles concedida, no entanto, ocorria dentro dos muros dos hospícios. A esse "aprisionamento moral é que se estava acostumado a chamar de a libertação dos alienados por Pinel e Tuke". (Foucault, 1997).

Para Pinel, lesões no intelecto e na vontade podiam provocar a loucura. Propunha a observação de comportamentos, dos gestos, do modo de falar dos pacientes. Para ele, as aberrações comportamentais refletiam a ocorrência de lesão ou comprometimento das faculdades mentais. Observando-se os traços comuns, podia-se evoluir para a especificação da doença e elaboração do diagnóstico e do tratamento.

Devido à necessidade da observação clínica, que deveria ser feita em condições naturais, a loucura não poderia ser aprisionada ou sedada. Logo, tal prática médica era incompatível com as condições que vinham sendo executadas dentro dos asilos e hospícios. A observação dos doentes devia ser realizada sobre o comportamento destes em seu estado natural, não distorcido pelo desconforto e pela violência das antigas práticas asilares.

O termo "alienação mental" passou a englobar as formas clássicas de loucura: mania e melancolia. A primeira, chamada de "delírio total", caracteriza-se por desordens da atividade ideativa, reveladas pela agitação do paciente, as quais não implicavam, necessariamente, uma lesão no cérebro ou perda total da racionalidade. Já a melancolia

apresentava o "delírio exclusivo", tristonho, absorto em um só pensamento. A atenção do melancólico permanecia fixa em um dado objeto. O critério básico de diferenciação entre uma forma e outra era, pois, a extensão do delírio, generalizado na mania e limitado a uma idéia fixa na melancolia. (Pessoti,1997)

O tom moralista no tratamento prescrito por Pinel era percebido na citação das causas morais do desarranjo mental. Ele destacava o tipo de educação, o modo de vida e a excessiva religiosidade, além da revalorização das paixões, já presente ao tempo de Eurípedes, como cólera, terror, dor, ódio, amor, ciúme, inveja como fontes da loucura⁸. A inconstância dos hábitos funcionaria como "prelúdio de uma alienação patente". Nesta ótica, a loucura era vista como "produto da imoralidade ou dos hábitos inadequados"(Pessoti, 1996), sobretudo na classe pobre.

Diante dessas causas "morais" da loucura, Pinel acreditava ser possível revertê-la através da educação. Por isto, empregava processos disciplinares em seus pacientes. O tratamento operava ao nível de convencimento do paciente, sendo dotado de conteúdo moralizante. Buscava a modificação de comportamentos, tidos como inadequados. Outro toque de moralidade dava-se pela reprovação a certos comportamentos sexuais, denominados vícios.

Para Pessoti (1996), o médico, a partir deste momento histórico do tratamento da loucura, passou a ser ordenador não só da vida (psíquica) do paciente, como também o "agente da ordem social, da moral dominante".

O trabalho terapêutico de Pinel era dirigido ao tratamento das paixões excessivas ou desviantes dos pacientes. Para curar os excessos e eliminar os delírios eram

⁸ Pinel apud Pessoti 1996.

utilizadas experiências emotivas igualmente fortes. Em teoria, uma experiência emocional corretiva superava a emoção que originalmente teria provocado o delírio, estimulando a elaboração racional do paciente e proporcionando a extinção do pensamento delirante. Para que isto ocorresse, no entanto, o paciente devia ter um resíduo de racionalidade. Caso contrário, o tratamento moral apresentava-se ineficaz.

A loucura, vista como um desequilíbrio na natureza do homem, no que se refere à sua razão ou a seus afetos, mostrava-se passível de correção. No entanto, o tratamento moral exigia um resíduo de racionalidade do paciente para ter eficácia. Quando o tratamento não obtinha reforma dos costumes, devia cessar a competência clínica e dar-se início aos "processos repressivos adequados" ou à prescrição do confinamento definitivo (Pessoti, 1997).

Com estas inovações, o tratado de Pinel não encontrava paralelo nos modelos de explicação da loucura anteriormente analisados. Não apresentava conceitos exclusivamente organicistas, nem fazia uso de explicações mitológicas. Pinel vislumbrava a loucura sempre como lesão da mente, ainda quando causada por excesso de alguma paixão. Rejeitava também a apresentação dada por Eurípedes à loucura, como descontrole passional.

O tratamento "moral" proposto por Pinel não estava isento de críticas. Centrava-se no poder do médico como defensor da razão e depositário da norma social. Para Isaias Pessoti(1996), este é o ponto inquietante da práxis psiquiátrica, pois o médico passa a ter um compromisso "com alguma forma de ordem pública, alguma forma de conduta socialmente aprovada e na qual o comportamento aberrante deve ser enquadrado. Nesta época, os loucos foram agrupados em pavilhões segundo os sintomas comuns que apresentavam.

Pinel introduziu alguma racionalidade na acomodação dos loucos, segundo as peculiaridades de sua patologia.(Pessoti, 1996). O manicômio passou a servir como espaço privilegiado para a observação sistemática dos comportamentos e diagnóstico.

Abandonada a finalidade de pura exclusão e custódia, modificava-se o papel da medicina. A equipe médica passava a ter finalidades de cura e terapia. Devia permanecer o maior tempo possível com o paciente, interagindo com o mesmo, com a intenção de resgatar sua racionalidade. Começava a surgir a relação terapêutica médico-paciente, vista como fundamental para alcançar as alterações comportamentais pretendidas. No entanto, cabe ressaltar que a preocupação de escutar o louco, aqui com status de paciente, nasceu de uma necessidade de entender e controlar a doença e não de uma preocupação em humanizar o cuidado prestado a ele.

Nesta época ocorreu ainda a modificação arquitetônica dos manicômios. O trabalho de controle e vigilância ficava facilitado em prédios térreos. Foram eliminadas as escadas, para facilitar o contato e controle dos enfermeiros para com os pacientes.

Tais modificações só foram possíveis pela mudança de enfoque sobre a loucura. Enquanto adotado o modelo organicista, tais providências não se faziam necessárias. O sucesso do tratamento dependia das práticas farmacológicas, para as quais pouco importava a relação afetiva estabelecida entre médico e enfermeiros para com o paciente.

Os organicistas, anteriores a Pinel, aplicavam tratamentos físicos violentos, além de numerosos psicofármacos ou psicotrópicos, buscando atingir o sistema nervoso. Pinel retomava o modelo psicológico, relegado ao esquecimento desde a época de Eurípedes. Não o aplicava de forma pura, apenas considerava os efeitos das paixões

sobre o comportamento humano, defendendo, ainda, tratamentos morais para os pacientes. Estes tratamentos inspiravam remorso e autocondenação do paciente, que não seguia as normas ditadas pelo médico e por sua equipe. Este modelo revelava o pensamento, em termos de moralidade e de normalidade, do segmento social dominante da época.

Os métodos terapêuticos dos organicistas do século XVIII eram utilizados como castigos. Se anteriormente a ducha, fria e excessivamente quente, era utilizada para atuar sobre o sistema nervoso; para os seguidores de Pinel, ela passava a servir como punição. Durante sua aplicação, reforçava-se a idéia de que aquela medida era para o benefício do próprio paciente e que sua aplicação era feita com pesar (Pessoti, 1996).

O louco sentia-se doente e acreditava no poder de cura do médico; apropriando-se da etiqueta de doente e modificando sua vida em função dela. Passava a ser apenas o papel que representava, perdendo a identidade pessoal.

Pinel inaugurava a "visão clínica da loucura" ou "a clínica psiquiátrica", que implicava na convivência e a interação médico-paciente, conhecendo-lhe a "vida biológica, as atividades mentais e o comportamento social". (Pessoti, 1997).

Com a difusão dos manicômios, entretanto, o tratamento moral passou a ser utilizado somente com o sentido disciplinar. Utilizavam-se os métodos repressivos de forma excessiva, buscando-se mais o controle da instituição manicomial do que o bem do paciente alienado.

Na metade do século XIX, o método de Pinel, e posteriormente de Esquirol, estava deteriorado. O manicômio retornava à sua finalidade primordial de instrumento de segregação. A custódia dos loucos devia dar tranquilidade à família e a sociedade. A

cura, para ser científica, devia ter bases orgânicas, encontrando fortes aliadas nas drogas ou psicofármacos. O conhecimento psicopatológico voltava a ser abandonado, repetindo-se a tendência histórica de retorno a outro modelo de compreensão da loucura, desta vez, ao modelo organicista.

Importante é referir que o louco entrou o século XIX como objeto do fazer médico. A sua falha moral transformava-se em fenômeno físico observável. Surgia como objeto de conhecimento de um não-louco, dotado de saber científico. Nomeavam-se os loucos e não-loucos, os especialistas e não especialistas. O especialista era aquele sujeito que utilizava o discurso impessoal, neutro, competente, instituído socialmente, permitido e autorizado. A crença na competência científica alimentava o prestígio desse discurso (Bercherie, 1989).

A racionalização do mundo afastava a crença nos mágicos, nos deuses e demônios. Abandonava-se o modelo mítico-religioso. O modelo psicológico sustentava-se sobre um fundo organicista.

A Psiquiatria veio atender aos anseios de uma justificativa científica para o tratamento dado aos loucos. Justificava-se o hospício, "por razões científicas", como espaço de exclusão, discriminação e local de disciplina. No fundo, o hospício era ainda um lugar para se isolar os doentes (exclusão), incapacitá-los de conviver com os normais (reclusão) e vigiar suas atitudes, a fim de não oferecerem perigo a si e aos outros (custódia).(Serrano, 1992).

O poder disciplinar era aplicado não só nos asilos psiquiátricos, como na penitenciária, na casa de correção, nos estabelecimentos de educação e nos hospitais. Havia uma divisão constante entre normal e anormal, bem como "um conjunto de

técnicas e de instituições que assumiam como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais" (Foucault apud. Bercherie, P.1989).

Dependendo do conceito teórico de loucura, os loucos podiam ser recuperados ou não, variando também os procedimentos terapêuticos aos quais eles seriam submetidos.(Fraize-Pereira: 1993). Percebe-se que, como as demais ciências, a Psiquiatria não é pura ou neutra, refletindo a visão do mundo, a mentalidade e ideologia da sociedade que a pratica e patrocina. (Serrano, 1992).

Para Foucault (1997), o modelo pinelista permitiu a liberdade do louco em um espaço fechado e rígido; aprisionou-o a um determinismo dos mecanismos que atuam sobre ele, tornando-o irresponsável e o impedindo do exercício da livre vontade, ainda que sem correntes. Sobretudo porque condicionou seu querer e sua vontade ao querer do médico.(Foucault, 1997).

Vale recordar que o conceito de loucura varia de sociedade para sociedade, sendo um conceito construído (Aranha, Martins, 1993). Cada momento histórico vivido reinventa conceitos, de acordo com seus interesses. Não é diferente com relação à histórica da loucura ou da doença mental – para ser mais coerente com o momento histórico atual.

O fim dos manicômios e os primórdios da Reforma Psiquiátrica

No século XIX e até meados do século XX, o manicômio psiquiátrico foi considerado a modalidade terapêutica mais eficaz, reconhecendo-se o seqüestro, o isolamento e suas demais práticas como necessárias ao tratamento da loucura. No entanto, a legitimidade de tal violência nunca deixou de ser contestada pela filosofia, pela ciência e pelas artes.

As críticas ao modelo fechado e autoritário, que continuava presente nos hospícios da época, fizeram surgir novos modelos de atenção. Foi a partir do período após a 2ª Guerra Mundial que surgiram, na Europa e nos Estados Unidos, os primeiros movimentos que buscavam uma transformação mais efetiva do modelo vigente. Com a reconstrução dos países da Europa, após a vitória dos Aliados, os hospícios passaram a ser alvos de críticas e seus atos violentos e excludentes no tratamento da loucura foram maciçamente questionados. Em vários locais foram pensadas formas de transformação que pudessem se adequar à nova ordem, na qual os pensamentos de bem estar social e humanização se faziam presentes.

Surgiram movimentos para se contrapor ou superar o modelo vigente, em um período de reconstrução da Europa, no qual os grandes hospícios, instituições totais, eram comparados aos campos de concentração nazistas. Conforme Amarante (1995), estes movimentos podiam ser divididos em três grupos:

1. Os movimentos que priorizavam as críticas à estrutura asilar: Estão incluídos os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e da Psicoterapia Institucional (França).
2. Movimentos que priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria. Nesse grupo incluem-se a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor.
3. Movimentos instauradores de rupturas na constituição do Saber médico sobre a loucura. Estão presentes neste grupo o movimento da Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional

O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir experiências alternativas desenvolvidas em um hospital psiquiátrico. Essas experiências consistiam na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes, que tinham como objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional.

A idéia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à idéia de tratar os grupos como se fossem um "organismo psicológico"(Jones, 1972 apud Amarante, 1995). Estimulava-se a "aprendizagem ao vivo", ou seja, a possibilidade do paciente aprender meios de superar suas dificuldades com o auxílio dos outros e nesta interação com os outros. A Comunidade Terapêutica surgiu como processo de reforma institucional interno ao asilo. Seu objetivo era resgatar a função terapêutica do hospital (Amarante, 1995).

A Psicoterapia Institucional, com surgimento no Hospital de Saint Alban, buscou vencer mecanismos clássicos do tratamento ao doente mental: o espaço de segregação, a verticalidade das relações e o abuso do poder médico. Com forte influência da psicanálise e do pensamento marxista, a psicoterapia institucional buscava tratar das próprias características doentias das instituições. Ela primava pela construção de espaços abertos, estruturados, que descaracterizassem o cerceamento de liberdade do internamento. Ela dizia que na Instituição total todos estavam doentes e que não eram apenas os muros que faziam do hospital um manicômio.

A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva

Para a psiquiatria de setor, setorização francesa, a idéia central era a de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente,

sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional. Tratava-se, portanto, de promover o fazer terapêutico dentro do próprio meio social do paciente; sendo a passagem pelo hospital uma etapa transitória do tratamento.

O hospital era dividido em vários setores, cada um correspondendo a uma região da comunidade. Isso possibilitaria a manter os hábitos e costumes de cada região na população interna, e haveria uma continuidade no tratamento, com a mesma equipe, após a saída do hospital. (Amarante, 1995).

A Psiquiatria Preventiva teve em Caplan seu principal expoente. A Psiquiatria Preventiva, ou psiquiatria comunitária, como definida por Caplan (1980), buscava compreender a demanda mental dentro da comunidade, com vistas à elaboração de programas de saúde. A grande novidade da proposta de Caplan foi a Prevenção Primária.

Neste momento, por influência da psiquiatria comunitária americana, a relação saúde-doença estava polarizada entre movimentos de adaptação e de não adaptação sociais, de acordo com critérios estabelecidos. A psiquiatria, então, entendendo a dinâmica das relações na comunidade na qual o paciente estava inserido, poderia agir como instrumento para manter o equilíbrio das tensões.(Amarante, 1995).

Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática

Nascida junto à grande corrente de contestação cultural e política dos anos 60, a antipsiquiatria tinha como ponto estratégico críticas ao objeto, às teorias e aos métodos da Psiquiatria e Psicopatologia, proporcionando uma profunda revolução nesse campo.

Seus principais autores, Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. Eles expuseram a idéia de que as concepções "científicas" da loucura eram violentas bem como seus recursos de tratamento também estavam embrutecidos. Segundo estes teóricos, a loucura e o tratamento dado a ela pelo fazer científico era resultante de negação da alienação política, econômica e cultural da sociedade moderna (Amarante, 1995).

A Antipsiquiatria buscava o diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Criticava a nosografia que estipulava o ser neurótico; denunciava a cronificação da instituição asilar e considerava até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sentia isolado, excluído da sociedade, por ser desviante dos padrões estabelecidos culturalmente. (Amarante, 1995).

A Psiquiatria Democrática iniciou-se a partir de uma crítica de que seria impossível reformular a instituição de internação psiquiátrica, dada sua geração dentro de uma ótica de exclusão. Para Basaglia, uma mera reorganização técnica, humanizadora, administrativa ou política não seria capaz de empreender a mudança necessária no enfoque do tratamento da doença mental.

Ele iniciou um trabalho de transformações em Gorizia, na Itália, e, posteriormente, em Trieste, região na qual provocou a demolição do aparato manicomial. Propunha a extinção dos tratamentos violentos, destruição de muros e constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura.

Essa nova forma de trabalho não buscava a suspensão dos cuidados, mas uma nova forma de entender, tratar e lidar com a loucura. Também não propunha o simples fechamento dos hospitais, mas a substituição gradual destes por Centros de Saúde

Mental, com demarcação de territórios, cada qual abrangendo uma população de habitantes, definida conforme a demanda local e estrutura física do serviço, e funcionando por vinte e quatro horas /dia.

Por iniciativa do Estado Italiano, foi desenvolvido um estudo com objetivo de modificações na legislação do país. As idéias de Basaglia foram incorporadas na lei aprovada (Lei 180), a qual ficou conhecida como Lei Basaglia. Entre diversas propostas esta lei estabelecia o fechamento gradual dos manicômios e sua substituição por serviços territoriais.

Dentre os modelos citados, talvez a experiência italiana, a partir de Franco Basaglia, especialmente em Trieste, conseguiu mudanças mais profundas no modelo vigente até então, da psiquiatria centrada no Hospital Psiquiátrico.

As transformações vislumbradas e implementadas por ele se diferenciavam do simples desmonte do Hospital Psiquiátrico, ampliando esse desmonte para a compreensão e para a luta contra os mecanismos psiquiátricos de exclusão/controlê. (Amarante, 1995).

Segundo esta reestruturação, o tratamento psiquiátrico devia mobilizar os atores, os sujeitos sociais envolvidos, promovendo transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições. Para tanto era necessária a produção de estruturas de Saúde Mental que substituíssem inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que tivessem sua origem na ruína desse modelo.

Assim, a transformação iniciada com o modelo italiano extrapolava a abolição das estruturas manicomiais, levando à construção de novas formas de inventividade,

dando aos atores envolvidos a chance de participação ativa em todos os processos de mudanças. (Amarante, 1995)

Apesar de divergências metodológicas, nos diferentes locais do mundo, a reforma psiquiátrica, no geral, visava a reabilitação, o tratamento fora do hospital, a prevenção, as oficinas protegidas – em suma, a luta contra o efeito cronicizador da instituição asilar.

A idéia central do movimento era alterar a base dos modelos de tratamentos vigentes. Não se tratava de atender à demanda mental como uma demanda de exclusão, de cuidados impostos, de tutela. Propunha-se tratá-la de forma que fosse realizada uma intervenção tanto no meio ambiente quanto no próprio sujeito, para que este enfim fosse visto com o máximo de preservação de sua autonomia e libertado das sujeições implicadas pela doença.

Todas as tentativas de transformação do modelo da Psiquiatria vigente se opunham à situação de opressão, violência, cronificação e exclusão existentes nas instituições psiquiátricas. Suas práticas eram menos repressoras e mais democráticas, tanto para os pacientes como para equipe de profissionais. Nenhum dos modelos colocava em questão a existência ou não de adoecimento e de necessidade de uma intervenção. Em alguns modelos, no entanto, a doença não era localizada apenas no corpo do sujeito doente, mas sim existiam vários adoecimentos: sociais, familiares, políticos, institucionais, entre outros. (Amarante, 1995)

A atenção à doença mental no Brasil

A medicina tem, como ciência e como prática, uma função social e, desta forma, está relacionada também com formas de governo; no Brasil, a medicina e sua especialidade – a psiquiatria – mantiveram-se a serviço de condições políticas, econômicas e sociais do Estado brasileiro. Como na Europa, em um primeiro momento, os “loucos” ficavam perambulando pelas ruas das cidades. Eles eram recolhidos às Santas Casas de Misericórdia ou hospitais gerais quando em piores condições, ou seja, quando representavam um problema para a convivência em sociedade.

A partir da organização dos médicos como categoria profissional, primeiramente no Rio de Janeiro com o estabelecimento de uma legislação sanitária municipal e criação de faculdades de Medicina, grupos de higienistas passaram a exigir melhores condições para estes doentes mentais, defendendo a construção dos hospícios.

D. Pedro II assinou o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Este foi inaugurado em 1852, mas somente teve um psiquiatra em sua direção depois de trinta anos de sua fundação (Cerqueira, 1984).

O primeiro movimento de reforma da assistência ocorreu no início do século XX, quando a política de Assistência a Alienados e a gestão do Hospício Nacional ficou aos cuidados de Juliano Moreira e Oswaldo Cruz foi designado para a direção dos serviços de Saúde Pública, no governo do presidente Rodrigues Alves.

Neste momento foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados. Em 1912, a psiquiatria ganhou status de especialidade médica autônoma,

coincidindo com um aumento significativo do número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais em todo o território nacional.

Em 1926, a Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada, sendo importante fonte divulgadora do pensamento psiquiátrico brasileiro, à época. Finalmente, em 1934, o Decreto 24.559 promulgava a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, que dispunha sobre o cuidado, a assistência e proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos determinando o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento (Amarante, 1995).

A partir de 1950 foram introduzidos, como forma de tratamento, os primeiros neurolépticos no Brasil. Sua descoberta, no entanto, não reduziu o número das internações psiquiátricas. Segundo Cerqueira (1984), a população internada em manicômios aumentou, nas décadas de 50 e 70 do último século, cerca de 213%.

Após a 2ª Guerra Mundial, entretanto, muitos movimentos libertários e humanistas surgiram no mundo e influenciaram todas as práticas na saúde. Assim, o Movimento Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, culminaram no movimento da antipsiquiatria. Nos Estados Unidos, a política de redução de custos foi posta em prática com a estratégia da desospitalização (Desviat, 1999).

Inflamado por este discurso mundial surgiu no Brasil o Movimento da Luta Antimanicomial, influenciado, principalmente, pelo pensamento italiano de Franco Basaglia – o qual promoveu reflexões sobre cidadania, ampliação dos direitos humanos e liberdade dos doentes mentais.

A partir da década de 70, no Brasil, muitos passos foram dados para a efetivação de uma nova política nacional de atenção à saúde mental, os quais culminaram com a aprovação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, em abril de 2001, finalmente substituindo o arcaico Decreto de 1934.

Apesar disso, conforme denuncia Delgado (2001), a internação em hospital psiquiátrico continua centralizando 95% dos gastos em saúde mental, estando entre os cinco maiores gastos com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde suas primeiras manifestações, a Reforma Psiquiátrica vem tentando dar à loucura uma outra resposta social, que não o enclausuramento. O movimento da Reforma Psiquiátrica procura romper com o modelo econômico/político vigente, reinventando conhecimentos e procedimentos para satisfazerem a necessidade de re-inserir o portador da doença mental na sociedade.

Assim, a proposta é pela criação e manutenção de espaços de autonomia prática, com legitimação de solidariedade, adaptando-as às novas necessidades. Como exemplo, propõem a criação dos CAPS, centros de convivência e de lazer assistidos, cooperativas de trabalho protegido, oficinas de geração de renda e residências terapêuticas. No Brasil, os passos desta reforma seguiram a lógica da descentralização e da territorialização do atendimento em saúde, previstos na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede de serviços destina-se a garantir o cuidado aos portadores de transtornos psíquicos, termo cunhado pelo movimento da reforma psiquiátrica para se referir ao doente mental.

O movimento da reforma é uma superação da própria clínica, na medida em que propõe a consideração das dimensões políticas e sociais no tratamento psíquico. Nesse contexto, ele reconhece a doença mental também como fruto do processo de marginalização e exclusão social, fundamentando sua luta política e prática clínica na construção da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico e na promoção da saúde mental.

A reforma psiquiátrica pretende transformar as práticas, partindo de novos conceitos, a respeito da loucura e da psiquiatria, dentro de uma perspectiva que vai além

da noção de doença, sintomas e assistência, tentando alcançar não só profissionais e usuários, mas a sociedade em geral. (Amarante, 1995).

A segunda metade da década de 80 foi marcada por eventos importantes para a história da luta antimanicomial, como o I Congresso de trabalhadores de Saúde Mental (1985), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Neste último foi criado o lema “por uma sociedade sem manicômios” e estabelecida uma nova proposta de ação para a saúde mental, a qual propunha não só a reestruturação do sistema de tratamento, mas também a preocupação com a mudança de mentalidade acerca da doença psíquica – na tentativa de eliminar o estigma que recai sobre ela. Também neste mesmo Congresso, o dia 18 de maio foi eleito como o dia nacional da luta antimanicomial.

A idéia maior divulgada nestes eventos foi a de substituir uma saúde mental centrada no hospital por outra sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial.

Na década de 70, o sistema de saúde do país estava associado a fraudes financeiras e ineficiência. O movimento da Reforma Psiquiátrica soube utilizar essas denúncias de abandono, violência e maus-tratos de pacientes internados nos grandes hospícios do país, aproveitando este contexto para a criação dos CAPS.

A assistência psiquiátrica brasileira, até o momento, era organizada em torno do hospital psiquiátrico (internação e ambulatório). Os principais questionamentos, à época, diziam respeito à natureza do modelo privado e de sua incapacidade de produzir um atendimento que atendesse as necessidades de seus usuários. Entretanto, ainda não havia um modelo de cuidado claro e nem uma proposta estruturada de intervenção clínica para os pacientes portadores de transtorno mental. O que, de fato, caracterizava a

intervenção psiquiátrica neste período era a exclusão das pessoas portadoras de algum transtorno mental do meio social.

O pensamento da Reforma Psiquiátrica com seus novos conceitos, proposta de redefinir o tratamento dado à loucura, começava a criar seu espaço no cenário da saúde no Brasil. O modelo de tratamento defendido propunha a inserção social do portador de sofrimento psíquico, pro meio das noções de ‘atenção psicossocial’, ‘território’, ‘responsabilidade’ etc. Estes termos passariam a fazer parte das estratégias utilizadas para que o processo da reforma se concretizasse.

A atenção psicossocial reconhece a necessidade de se tratar não só a doença, mas a pessoa como um todo. Ela diz respeito ao conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas. A atenção psicossocial nem é só a clínica e nem é só a reabilitação, mas sim todos estes serviços integrados no território juntamente com tudo o que for da cultura da clientela assistida (Ferreira, 2003).

É importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica é um campo heterogêneo, que vai desde a clínica, passando pela política, cultura, âmbitos social e jurídico. Ela visa manter a autonomia das pessoas, não no sentido de independência pessoal, mas sim a autonomia relativa aos constrangimentos impostos pela doença. O movimento da reforma psiquiátrica brasileira vai muito mais além do que o fechamento de manicômios. Ele propõe alternativas de reabilitação e superação do que se entende sobre a loucura ao longo dos anos (Cerqueira, 1984).

No Brasil, as primeiras experiências mais efetivas deste modelo de tratamento ocorreram com hospitais-dia. Também foi marcante a inserção do movimento psicanalítico em vários setores intelectuais e a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental, como já foi lembrado. No entanto, muito importante foram: a criação do

Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira, em São Paulo; a intervenção, em 1988, na Casa de Saúde Anchieta, em Santos SP e o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado.

A Reforma Psiquiátrica não nega a gravidade dos quadros mentais, nem o fato de que algumas doenças impedem que seu portador tenha uma vida dita “normal”; mas pretende devolver a este sujeito um mínimo de qualidade de vida dentro da sua condição de portador de um transtorno mental, buscando manter sua cidadania e a sua inserção social.

Depois de muito se olhar para a doença, o modelo de tratamento previsto por esta reforma pretende cuidar do portador de transtorno mental com o olhar na saúde; com o objetivo de preservar a autonomia destas pessoas, sua individualidade e sua relação com o meio social (Machado,2005).

Na década de 1980, o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou importância tanto política como social. Tal período, marcado pelo final da ditadura, abriu a possibilidade de mudanças no setor da saúde e permitiu a participação de outros setores, que não os médicos, nesse processo. A partir daí, a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser entendida como: “ um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação políticossocial que caracteriza a conjuntura de redemocratização”. Neste período, foram disseminadas críticas às noções de clínica e cidadania, ancoradas numa concepção universal de sujeito. A normalidade deveria ser reconstituída e a construção de um novo espaço social para a loucura exigia que a base do saber psiquiátrico fosse colocada em debate. Era preciso inventar novos

locais, instrumentos técnicos e terapêuticos, como também novos modos sociais de estabelecer relações com esses sujeitos (Ribeiro,2004).

A reforma psiquiátrica não pretendia acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Para isso, propunha a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária. Neste novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços teriam a sua disposição equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico e passariam a ser sujeito de seu próprio tratamento, conquistando o direito de se organizar em associações, de se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros” (Pessoti, 1996).

Assim na década de 1990, ocorreu a consolidação de propostas como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Lares Abrigados, que já vinha surgindo desde os anos 80. Para Amarante (1995), os NAPS e os CAPS constituem a resposta mais avançada e criativa da reforma psiquiátrica, no entanto, a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais – em alternativa aos leitos dos hospitais psiquiátricos – também é realística e significativa. Este mesmo autor aponta que um outro elemento que assinalará a sorte do processo da Reforma Psiquiátrica é a municipalização das ações em saúde. Atualmente, algumas iniciativas de alguns Estados e cidades, já podem ser consideradas experiências consolidadas. No que diz respeito à criação de normas legislativas, os Estados pioneiros foram: Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e o Distrito Federal.

O apoio que o Estado brasileiro deu para suas regiões à questão da reforma psiquiátrica e criação de serviços substitutivos para internação foi pequeno. O Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado datado de 1989 somente foi aprovado pela União em

2001, mostrando o descaso do governo com a articulação de seus estados e com a reforma na atenção ao portador de sofrimento psíquico.

Reforma psiquiátrica e surgimento dos CAPS

Até 1989, a saúde mental estava esquecida em meio às políticas de saúde no Brasil. Muito se fazia em atos isolados, mas ainda não existia uma política integradora destas ações. Sabia-se que o asilamento dos portadores de doença mental perpetuava a cronicidade da doença, acabando por determinar a institucionalização destes sujeitos, pois os mesmos permaneciam por muito tempo asilados e não se adaptavam ao retorno para a sociedade. Além disso, muitos dos laços familiares que estes indivíduos tinham acabavam perecendo – pois a família não fazia parte do processo de tratamento. Este processo, aliás, que em seus primórdios não foi pensado como tratamento, mas sim como meio de isolar os alienados da sociedade produtiva – excluindo-os, a priori, do contato com sua própria família.

De qualquer forma, antes da existência de descobertas como os psicofármacos, a psicoterapia e demais formas de tratamento, não se pensava na doença mental como algo tratável, mas sim como um risco para o portador e para a sociedade. Daí a necessidade de controle e de exclusão destes indivíduos.

As tecnologias de tratamento para esta área foram um primeiro passo para a mudança de olhar e para a necessidade de se alterar a prática médica – o termo “médico” aqui é proposital pois, de início, e principalmente porque os avanços farmacológicos mostraram bom resultado para o manejo clínico, o paciente continuava sendo visto como alguém acometido de um mal para o qual havia tratamento a ser prescrito pelo médico.

Levou algum tempo para que práticas não médicas, chamadas de alternativas em seu surgimento, entrassem na esfera do atendimento ao doente mental. Dentre estas práticas, o próprio fazer da psicologia, de início, servia para amparar diagnósticos médicos. Neste momento, a população que possuía o estigma da doença mental começou de fato a receber algum tratamento dentro de instituições que, a priori, eram apenas asilares e exilares.

Esta preocupação em tratar o doente mental levou à procura de maneiras cada vez mais eficazes, econômicas e, de brinde, humanas de cuidado. Sabe-se que a razão pela qual se pregou pela extinção do manicômio foi mais econômica do que humana, a despeito de ter servido para a melhoria do cuidado.

A verdade é que os manicômios eram instituições caras para o governo brasileiro e, no mundo, ou ao menos no velho mundo, já se sabia que estas instituições e serviços além de dispendiosos poderiam ser substituídos por outros mais humanos, eficazes e baratos.

A reforma psiquiátrica é a expressão da humanização na área de atenção a saúde mental. Sua formatação, desde o momento de seu surgimento, afora questões políticas e econômicas, visa uma melhoria na qualidade do atendimento prestado ao portador de sofrimento psíquico – uma melhoria que vem do reconhecimento deste enquanto sujeito que necessita de cuidados, mas que necessita ainda mais que sua autonomia e cidadania sejam respeitadas independentemente de sua patologia.

Como vimos, muitos foram os articuladores da reforma nos diversos estados do país. Estes profissionais, familiares e próprios portadores de sofrimento psíquico foram responsáveis pela legislação hoje existente que preconiza um atendimento mais humanizado a esta demanda, que é cada vez maior em nossa sociedade. Suas vozes, no entanto, demoraram a serem ouvidas pelo governo brasileiro, que somente em 2001

aprovou a lei da reforma psiquiátrica e que, ainda hoje, não dá a devida atenção à questão da saúde mental no país – na medida em que sequer possibilita a realização do que é preconizado nesta lei e não fiscaliza o seu cumprimento.

No caso da doença mental, de diagnósticos mais graves, a idéia de respeito à autonomia é recente e data do início da reforma psiquiátrica. Antes disso, acreditava-se justamente no contrário; o doente mental devia ser tutelado pelo estado ou pela família e perder o domínio sobre sua vida. Hoje é sabido que o doente mental em tratamento permanece em condições de agir em sociedade e, exceto em crise e quando isto significar risco para ele ou para outrem, não necessita ser tolhido de sua liberdade e do exercício de autonomia.

A lei da Reforma psiquiátrica serviu para colocar novamente na pauta a necessidade de se tratar com efetividade a doença mental. A partir dela surgiram serviços como os CAPS, NAPS e outros que, apesar de não abrangerem a extensão do problema (demanda por atendimento) constituem serviços alternativos de tratamento que na sua formulação devem promover a inclusão social e o tratamento das questões mentais de forma mais humana e digna.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço comunitário, originário das discussões da Reforma Psiquiátrica no Brasil⁹, que tem por objetivo atender a uma população de pessoas com transtorno mental (severos e persistentes), no seu território de abrangência.

Devido a esta proposta de atendimento junto à comunidade, o CAPS trabalha com um número mais ou menos definido de usuários, conforme demanda territorial, para os quais pode oferecer um conjunto de atividades terapêuticas que, apesar de se

⁹ Portaria / SNAS 224 de 29/01/1992.

desenvolverem em grupos, na sua maioria, oferecem atendimento personalizado e contextualizado para cada usuário (Rietra, 1999).

A estrutura física do serviço, em muitos casos, assemelha-se a de uma casa, visando justamente que este espaço terapêutico seja parte da comunidade (bairro) local e, com isso, minimizando o estigma da doença mental. Isto já é pensado com vistas a promover a inclusão dos portadores de transtornos mentais na sociedade.

As atividades desenvolvidas no CAPS devem ser individualizadas. Cada usuário tem seu próprio plano terapêutico, construído para e com ele, com vistas a considerar suas reais dificuldades e necessidades. Desta forma também é vista a frequência e diversidade de atendimento, podendo o atendimento (individual ou em grupos) ser realizado desde uma a duas vezes por semana até diariamente.

Apesar do CAPS poder atender apenas a uma parcela da população com transtorno mental de seu território, é obrigação desta unidade do SUS se responsabilizar por 100% do acolhimento desta demanda. Desta forma, ele também funcionaria como porta de entrada, referência e ligação, no seu território, para as questões ligadas à saúde mental.

Saúde e saúde mental

Sufrimento e doença são constantes da existência humana. Os significados e os sistemas de explicação com relação a esses fenômenos naturais não se reduzem a evidências orgânicas, mas estão intimamente relacionados às características de cada sociedade e cada época, não apenas expressando a dinamicidade desses processos, mas condicionando também as próprias práticas de saúde (Boltanski, 1989; Canguilhem, 1990). A permanente presença da doença e do sofrimento no cotidiano das pessoas tem

gerado a tendência natural de pensar a saúde em termos de "ausência de doença", ou seja, como ausência de sinais objetivos de que o corpo não está funcionando adequadamente, e/ou de sintomas subjetivos de mal-estar, doença ou lesão (Sarafino, 1994).

Pode-se então, entender por Saúde Mental o modo como a pessoa responde aos estímulos provenientes do meio em que está inserido, sem que haja fatores geradores de sofrimento ao ponto de dificultar ou comprometer a sua capacidade de resposta. Neste sentido, o comprometimento da saúde mental será perceptível na medida em que o sofrimento decorrente de alguma situação dificultará a adequação da pessoa diante de uma realidade que precise enfrentar, fazendo com que aconteça alterações em seus estados cognitivos, afetivos ou comportamento.

Além disso, o estudo sistemático da saúde tem estado estreitamente ligado ao desenvolvimento da medicina como ciência. O significativo aumento do conhecimento médico durante os séculos XVIII e XIX, junto com a crença na divisão cartesiana do corpo e mente como entidades separadas, foram os alicerces do denominado modelo biomédico (Capra, 1982). Tal modelo prioriza o orgânico e propõe que toda doença ou desordem física pode ser explicada por alterações no processo fisiológico resultante de lesões, desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas ou virais e similares (Rosen, 1994).

A constatação de que a clínica médica tornava-se cada vez mais "coisificadora" do sujeito, levando ao status de "loco" da manifestação da doença, diagnosticando e intervindo em seu corpo sem qualquer pudor também é antiga. Já no Século XVIII, Hanehman, por exemplo, estava preocupado com o desenvolvimento de uma terapêutica

menos agressiva e de uma relação médico-paciente mais humanizada, sistematizando a abordagem homeopática que subsiste até nossos dias.

No início do século XX, os trabalhos de Freud, apontando o papel de conflitos emocionais na aparição de sintomas físicos geraram, a partir da década de 30, toda uma linha de desenvolvimento teórico que evidenciava a relação mente e corpo, antes negligenciada pelos seguidores do método cartesiano (representados na Psicologia pelo Comportamentalismo radical) e influenciava o fazer clínico/terapêutico da Psicologia.

Apesar desse desenvolvimento paralelo, o modelo biomédico tornou-se hegemônico durante o século passado. O próprio Freud, apesar de importantíssimo para o desenvolvimento posterior da psicoterapia, baseava sua análise psicológica através da avaliação médica de sintomas. Mesmo dentro dos estudos na Psicologia, a relação saúde – ausência de doença era usada tal como na avaliação médica.

No fazer médico, lembrando que a Psicologia engatinhava na área Clínica, estava disseminado o modelo que a doença é um problema do "corpo", só os seus aspectos orgânicos são reconhecidos, enquanto dimensões psicológicas, sociais e ambientais tendem a serem deixadas de lado, apesar de serem aspectos que podem influenciar tanto a origem quanto a manutenção, evolução e prognóstico do processo de adoecer (Rodríguez, Pastor & López, 1988). A “loucura” ou doença mental era atribuída a alterações químicas, metabólicas, buscando-se sempre uma explicação física para o sofrimento psíquico.

A mudança no perfil epidemiológico das doenças nas últimas décadas (diminuição de doenças infecciosas decorrente de medidas preventivas e aumento das denominadas doenças crônicas) deixou mais claro o papel dos aspectos psicológico e

sociais expressos pela personalidade e os estilos de vida com relação às práticas de saúde. Como consequência desse reconhecimento, aponta-se a relevância da "interdisciplinaridade" e da participação de outras esferas do conhecimento, como a psicologia, a sociologia e a antropologia.

Igualmente necessário é destacar o papel do movimento sanitarista no Brasil, bem como sua luta pela construção e implantação de um sistema de saúde democrático e eficaz. Embora o movimento da Reforma Sanitária tenha viabilizado, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, acarretando imensos desafios e mudanças ao modelo de saúde pública proposto, não é possível esquecer as profundas desigualdades sociais existentes no contexto brasileiro e a tendência de ver a saúde pública não como um direito de toda a população, mas como uma prática assistencialista destinada apenas à população carente.

Após este contexto de reformulações na saúde foi dado o início do reconhecimento da importância da atuação de outros profissionais de saúde de nível superior, além dos médicos e enfermeiros, como os assistentes sociais, os biólogos, os profissionais de educação física, os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os veterinários, os nutricionistas, os odontólogos, os terapeutas ocupacionais e, é claro, os psicólogos.

Apesar destas transformações, na prática, a Psicologia da Saúde tem continuado a privilegiar a etiologia biologicista, a divisão/interação corpo-mente-ambiente, em lugar de uma visão integrada do indivíduo e o uso de variáveis psicológicas em sofisticadas, mas reducionistas, análises estatísticas.

Os próprios psicólogos apresentam dificuldade de se integrar aos demais membros da equipe de cuidados, ainda pensando na divisão cartesiana mente e corpo, enxergam-se, muitas vezes, como não pertencentes à equipe, devido ao fato de darem conta da dimensão subjetiva do paciente. Ao invés de usar da prerrogativa de lidar com a emoção e de estudar o comportamento humano em favor da integração das ações em saúde e do bem estar psicológico da equipe, muitas vezes o próprio psicólogo acaba-se excluindo do grupo de cuidados. Percebe-se então que os serviços dos profissionais se tornam especializados e fragmentados.

Quando a demanda do sujeito que vem ao posto de saúde tem caráter psicológico ele é prontamente encaminhado para atendimento da psicologia, não conseguindo e o inverso ocorre com relação a alterações físicas – no entanto, esta relação se dá na base do encaminhamento direto ou indireto que, muitas vezes não privilegia a integração e troca de experiências entre a equipe. O paciente, por sua vez, tende a se sentir de manipulado, jogado de um profissional ao outro, sem que estas práticas lhe sejam bem explicadas, sem que o acolhimento seja bem realizado e a ação seja integralizadora.

Segundo Bastos(2006), a “a arte médica”, e podemos transpor isso para o cuidado em saúde de uma forma geral, está na possibilidade de se lidar com o paciente considerando sua singularidade e valendo-se da intuição e da sensibilidade para amparar o conhecimento técnico. Desta forma a prática médica, melhor a prática clínica (vencendo novamente a barreira da disciplina), torna-se humana e ética.

O resgate da subjetividade da relação profissional-paciente

Como já foi colocado acima, sofrimento e doença não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas estão intimamente relacionados com as

características de cada contexto sócio-cultural. Há um conjunto de questões culturais e socialmente construídas que influenciam o uso que cada indivíduo faz do seu corpo, bem como a forma pela qual cada pessoa experimenta saúde ou doença; a expressão dos sintomas, assim como os estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde (Minayo, 1998).

Observa-se que o atual sistema de saúde, permeado pelo modelo biomédico hegemônico, prioriza a doença em detrimento da pessoa. Em busca do primor científico e da sistematização diagnóstica e terapêutica abre-se mão do valor da experiência subjetiva do paciente, desmerecendo-se sua identidade. Esta visão limita o processo de entendimento da saúde e da doença e, por conseguinte, repercute negativamente nos resultados do tratamento - tendo em vista que o paciente, por não se sentir reconhecido como senhor de sua doença e do tratamento, pode sentir-se menosprezado enquanto sujeito e não julga procedente o tratamento prescrito pelo profissional.

Fica em evidência que os sistemas sanitários têm fracassado, atuando a partir dessa concepção restrita e descontextualizada da doença que não encontra ancoragem na vida e na subjetividade do paciente. A comunicação profissional/paciente-cliente tende a ser insatisfatória e é vista como vertical e impositiva, nem sempre sendo compreendida.

Caprara e Silva Franco (1999) enfatizam a necessidade de humanização da relação médico-paciente, visando estabelecer o que denominam "uma relação empática e participativa" que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento.

Acolhimento e cuidado

Reconhecemos, cada vez mais, a necessidade de considerar aspectos subjetivos envolvidos na relação usuário e profissional da saúde. Nesta perspectiva é preciso entender que o cuidado prestado ao usuário deste serviço é mais do que um simples conjunto de procedimentos técnicos padronizados, englobando a necessidade de se ouvir o outro, de promover um encontro entre o saber técnico, a pessoa do técnico e o saber do doente e sua subjetividade.

A dimensão do cuidar vem sofrendo ao longo dos anos inovações tecnológicas e científicas que a tem permitido proporcionar um melhor atendimento ao usuário de serviços de saúde. Apesar deste desenvolvimento, no entanto, percebe-se que a inovação tecnológica nem sempre vem acompanhada de uma escuta efetiva do discurso do paciente. Desta forma, algumas ações de saúde acabam por se tornarem vazias de significado para os usuários, pacientes, por desconsiderarem suas trajetórias enquanto sujeitos.

O acolhimento pode ser entendido como um dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, à recepção ou a um componente do fluxograma assistencial (Teixeira, 2003). Constitui-se, na verdade, como uma etapa do trabalho de todos os envolvidos no atendimento do usuário do SUS, desde o momento em que ele entra em uma unidade do sistema até sua saída.

Acolhimento e cuidado são conceitos complementares na política de humanização. O acolhimento não pode ser feito sem uma preocupação com o cuidado

do usuário, ainda que este não tenha sua demanda atendida na unidade a qual procurou, ele deve ser encaminhado para outra na qual possa receber o cuidado demandado. Da mesma forma, o cuidado, principalmente do técnico, deve ser feito com uma postura de escuta interessada, gentileza e preocupação com o outro – pontos essenciais do acolhimento.

Claro que acolhimento também se refere a condições de acesso ao serviço, tempo de espera em filas, encaminhamentos precisos, mas, sobretudo, refere-se a uma postura humana de tratamento ao usuário.

Trata-se, em primeiro lugar, de atitudes solidárias capazes de contribuir no estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais do sistema e os usuários. Essas atitudes devem ser valorizadas e estimuladas. No que diz respeito às condições de atendimento e ao processo de trabalho, trata-se de concebê-los e redefini-los tendo o cidadão como centro, objetivando seu bem-estar e a efetividade do serviço prestado (Teixeira, 2003).

O primeiro contato do usuário com o sistema de saúde ocorre na recepção e, por isso, este serviço é a porta de entrada do acolhimento. Na recepção, o acolhimento deve ser feito por equipes multidisciplinares, que devem se responsabilizar integralmente pelo usuário, atendendo-o com atenção solidária e encaminhando a resolução de suas necessidades e demandas, informando-o dos limites e possibilidades do sistema e estabelecendo, quando necessária, a articulação com outros serviços de forma que haja resolutividade e continuidade no atendimento (Brasil, 2004).

O acolhimento, em sua definição pelo Ministério da Saúde, também deve contar com ambiente físico adequado (bebedouros, banheiros higienizados etc), com

eliminação de barreiras físicas (como vidros, grades em guichês), que distanciem o usuário dos profissionais que o atendem. Deve-se, ainda, evitar as esperas longas e em locais inadequados, assim como a sinalização deficiente, a falta de informação, a troca de profissional ou equipe sem a devida explicação e apresentação. Esses e muitos outros aspectos que qualificam o acolhimento podem ser, freqüentemente, resolvidos com a boa disposição e a atenção da equipe e dos dirigentes das unidades de Saúde (Brasil,2004).

Equipe interdisciplinar

O objetivo do trabalho terapêutico, conforme Campos(1992) é ampliar a autonomia do paciente. Muitos aspectos da assistência psiquiátrica no país levam à cronicidade das doenças, justamente por não considerarem outras dimensões presentes no tratamento, tais como, a esfera social, ocupacional, as relações familiares e a própria subjetividade do usuário portador do transtorno.

Muitas vezes, o doente é visto como “loco” da manifestação da doença. O objetivo do trabalho no CAPS, e mesmo em outros dispositivos da saúde mental, deve ser promover um atendimento mais integralizador, considerando estas outras dimensões antes negligenciadas. Para isso, cada vez mais nos damos conta da necessidade da abordagem interdisciplinar.

Dentro desta proposta, cada disciplina contribui com seu olhar sobre a problemática da saúde mental e as ações buscam a integração destes olhares e a consideração ainda do olhar do usuário sobre sua doença.

Repensar a interdisciplinaridade na assistência à saúde mental não se limita a repensar a forma com ela ocorre ao longo dos anos. É necessário analisar também a sua essência, ou seja, os conceitos construídos nesse conhecimento que embasa a prática interdisciplinar, e que, em última instância, traduz a visão de mundo que permeia o modelo de atenção instituído.

Segundo Campos (1990), especificamente na área de Saúde Mental, sobretudo nos serviços públicos, não existem equipes reais de trabalho interdisciplinar, mas sim profissionais de diversas áreas do conhecimento, que desenvolvem suas atividades em uma Instituição sem que haja por parte desta, definição de uma proposta de trabalho voltada para um objetivo comum.

As ações desenvolvidas, que têm como alvo o paciente, quase sempre, carecem de articulações. As diversas disciplinas que deveriam somar, contrapor ou mesmo se opor, na construção de um conhecimento científico crítico que nortearia as ações em saúde, acabam não conseguindo articular estes espaços de encontro e discussão.

O trabalho interdisciplinar não pode ser estático, compartimentado, mas fluido o suficiente para vencer as barreiras do conhecimento disciplinar. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade devem caminhar juntas.

Muitas vezes chamamos de equipe interdisciplinar, o que na realidade é um agrupamento de profissionais de áreas diferentes. Um grupo de profissionais só configura uma equipe interdisciplinar quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementariedade e não soma ou superposição (Campos, 1990).

Na realidade do CAPS, a equipe multiprofissional deve funcionar de forma a garantir a integralidade, interdisciplinaridade, humanização e resolutividade no atendimento.

Neste pensamento, a psicologia pode contribuir para esta resignificação dos modos de atender a demanda mental, buscando apropriar-se da sua prerrogativa de, desde o surgimento, estar atrelada ao psiquismo humano, à manifestação da subjetividade e, usando isso também para lidar com a relação entre os membros da equipe profissional.

1.4. METODOLOGIA

Kude (1997) refere que "o que determina a metodologia a ser empregada na pesquisa é o problema que se deseja investigar". Assim, considerou-se que o problema proposto caracteriza-se como uma questão subjetiva, com eco no coletivo, representativa de um momento de um grupo específico de pessoas a ser pesquisado e, portanto, a metodologia qualitativa, inseriu-se como a opção mais adequada.

A pesquisa de campo está sendo realizada desde o mês de maio de 2007, com início das observações em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado na cidade de São Leopoldo. Na coleta de dados provenientes da observação será utilizado um roteiro para caracterização do serviço, constando de itens sobre mês e ano em que o serviço foi criado, o que motivou sua criação, dias e horários de funcionamento, composição da equipe, profissionais que residem ou não no próprio município. Este roteiro será preenchido com auxílio de um dos membros da equipe do CAPS.

O período de observação estará voltado para apreender a dinâmica de funcionamento do serviço, estruturação das atividades, características predominantes de atuação dos componentes da equipe de saúde, caráter interdisciplinar das atividades, vinculação com os propósitos da reforma psiquiátrica. Os dados desse roteiro serão colhidos durante este período e serão submetidos à análise descritiva embasada nos parâmetros definidos pela portaria nº 224/92 para os CAPS ou expressos na proposta de reforma psiquiátrica, como interdisciplinaridade, flexibilidade e versatilidade.

A segunda etapa deste trabalho será a realização de um grupo focal de discussão sobre princípios da humanização, com participação voluntária dos profissionais da equipe do CAPS, o qual será iniciado após procedimentos éticos e consentimento de todos os membros da equipe.

Participantes

As observações estão sendo realizadas nas reuniões da equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Capilé, com participação de todos os membros desta equipe, dezesseis profissionais de diferentes áreas de atenção (psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, enfermagem, serviço social, farmácia, pedagogia).

Além disso, estão sendo feitas observações do atendimento, em diferentes horários de funcionamento do CAPS, com a proposta de observar de forma holística o atendimento do usuário (doente mental) desde a chegada na recepção do serviço até o momento em que é recebido por algum profissional de saúde. O objetivo desta observação é verificar, na prática, a existência de estratégia de acolhimento por parte da equipe do CAPS.

Com relação à participação no grupo focal, os membros da equipe serão convidados a participar desta atividade. A intenção é que participem das discussões sobre humanização um número entre oito e dez trabalhadores do CAPS, de diferentes áreas de atenção em saúde e com, ao menos, um representante da psicologia.

Instrumentos/Recursos

O grupo focal é uma técnica de avaliação que oferece informações qualitativas. Um moderador guia grupos numa discussão que tem por objetivo revelar experiências, sentimentos, percepções, preferências. Os grupos são formados com participantes que têm características em comum e são incentivados pelo moderador a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas idéias, sentimentos, valores, dificuldades, entre outros.

A técnica de grupo focal é entendida como um tipo especial de grupo, em termos de objetivos, tamanho, composição e procedimentos. No grupo focal é proposta uma discussão cujo objetivo é obter percepções sobre uma área de interesse definida, que ocorre em um ambiente permissivo e não direcionado. A observação nos grupos focais permite conhecer os processos dinâmicos de interação entre os participantes, procedimento especialmente adequado quando o objetivo do pesquisador é verificar de que modo pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento, como definem um problema e como suas opiniões estão associadas a determinados fenômenos (Krueger, 1998).

O papel do moderador é promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros. O assunto é identificado num roteiro de discussão e são selecionadas técnicas de investigação para a coleta das informações.

As entrevistas com grupos focais podem ser utilizadas em todas as fases de um trabalho de investigação. São apropriadas para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos. A utilização desta técnica tem como principais vantagens: baixo custo, resultados rápidos, formato flexível permite que o moderador

explore perguntas não previstas. Além disso, o grupo minimiza opiniões falsas ou extremadas, proporcionando o equilíbrio e a fidedignidade dos dados.

Os temas dos grupos focais versavam sobre: estratégias da humanização e SUS, acolhimento e cuidado, saúde mental e reforma psiquiátrica, equipe interdisciplinar.

Além da observação do grupo e de sua dinâmica, para enriquecer o material, alguns participantes do grupo participarão de uma entrevista individual e as observações no CAPS serão registradas com a elaboração de um diário de campo.

Análise dos Dados

Os dados provenientes da observação e do desenvolvimento dos grupos focais serão gravados e transcritos para análise, após combinação com os participantes do estudo e desenrolar das questões éticas.

Este material será analisado mediante a ótica da análise do discurso, proveniente da psicologia social, dos estudos de Potter & Wetherell (1987; 1992). Para tanto, nos utilizaremos da noção de linguagem como prática social, de natureza construtiva e interacionista, presente nos referidos estudos.

A Análise do discurso acentua a relação entre discurso e poder, no sentido em que Foucault (1984) relaciona poder com conhecimento, e o modo como as pessoas, ao lidarem com o poder e a sua sujeição a ele, emitem discursos de resistência. Este método procura nos textos as contradições entre diferentes significados, na intenção de

identificar aqueles que no discurso são ou estão dominantes e/ou subordinados e salientando processos de resistência.

Para a análise do discurso, na contribuição da Psicologia social, nossas idéias são constituídas por padrões de discurso. Pretende-se, na análise dos dados, realizar uma "análise crítica do discurso", que concebe os discursos de uma forma distinta dos "repertórios interpretativos"

Na análise do material proveniente do discurso, após a transcrição de entrevista, o pesquisador deve observar versões contraditórias, detalhes sutis, retórica, definir claramente o objeto da representação, mapear o discurso, observar as relações entre os elementos cognitivos, afetivos e as práticas. Sem esquecer da empatia "possibilidade de compreender e discutir as intenções subjacentes do outro" (Spink, 1993).

1.5. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
Observação	X	X							
Grupos focais			X	X	X				
Projeto		X							
Grupo AD			X	X					
Análise de dados						X	X	X	
Dissertação								X	X

1.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda, MARTINS, Maria Helena Pires. Ideologia. In: _____. Filosofando: introdução à Filosofia. 2.ed.rev.atual. São Paulo:Moderna, 1993. cap. 5, p. 34-53.

AMARANTE (Org.). Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, SDN/ENSP, 1995.

BALINT, M. (1988). O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

BERCHERIE, P. (1989) Os fundamentos da clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro, Zahar.

BOLTANSKI, L. (1989). As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Edições Graal.

CAMPOS, MA. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. Ribeirão Preto, 1990.

CAMPOS, F.C.B. (1992a). A saúde mental e o processo saúde-doença: a subjetividade na afirmação/negação da cura. Em Campos, F.C.B. (Org). Psicologia e Saúde: repensando práticas (pp 41-46). São Paulo: Hucitec.

CAMPOS, F.C.B. (1992b). O lugar da saúde mental na saúde. Em Campos, F.C.B. (Org): Psicologia e Saúde: repensando práticas (pp 47-57). São Paulo: Hucitec.

CANGHILHEM, G. (1990). O normal e o patológico(3ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CAPRA, F. (1982). O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix.

CAPLAN, Gerald 1980 *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro, Zahar.

CAPRARA, A. & FRANCO, A.L.S. (1999). A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública,15 (3) Disponível em: <<http://www.Scielo.com.br>>. (Acessado em 04/2007)

CARVALHO, D.B. & YAMAMOTO, O. H. (1999), Psicologia e saúde: uma análise da estruturação de um novo campo teórico-prático. Psico, 30 (1), 5-28.

CASTIEL, L.D (1994). O Buraco e o Avestruz: A Singularidade do Adoecer Humano. Campinas/SP: Papyrus.

CERQUEIRA, L. Psiquiatria Social - Problemas Brasileiros de Saúde. Atheneu, RJ. 1984; 417.

COLOMBO, Monica (2003, March). Reflexivity and Narratives in Action Research: A Discursive Approach [34 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal], 4(2). Available at: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-03/2-03colombo-e.htm> [Date of Access: Month Day, Year].

DELGADO, P. 2001. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica'. Em Venancio e Cavalcanti (orgs.), *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro, Edições Ipub-Cuca.

DESVIAT, M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.

DOERNER, Klaus. Madmen and the Bourgeoisie: A Social History of Psychiatry. Traduzido por J. Neugroschel & J. Steinberg. Oxford: Basil Blackwell, 1981.

FOUCAULT, M. A microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

- FOUCAULT, Michel. História da Loucura. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- FRAYZE-PEREIRA, João. O que é Loucura. 9.ed. São Paulo:Brasiliense, 1993.
- KRUEGER, R. (1998). *Focus group: a practical guide for applied research*. California: Sage. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte>
- KUDE, V.M. Como fazer relatório de pesquisa em psicologia. Psico: revista da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Porto Alegre, v.30, n.1, p. 29-50, jan./jun. 1999.
- _____. Como se faz análise de dados na pesquisa qualitativa em psicologia. Psico: revista da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Porto Alegre, v.28, n.2, p. 183-202, jul./dez. 1997a.
- _____. Como se faz um projeto de pesquisa qualitativa em psicologia. Psico: revista da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Porto Alegre, v.28, n.1, p. 9-34, jan./jun. 1997b.
- MERHY, E. 1992. *O capitalismo e a saúde pública*. São Paulo: Editora Papirus.
- MERHY, E. 1997, Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde: Um desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 71 – 112, São Paulo, Editora Hucitec/Buenos Aires, Lugar Editorial.
- MINAYO, M.C.S. (1998). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- MS (Ministério da Saúde), 1994. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1996. Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília: MS.

MS (Ministério da Saúde), 2000. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família. Brasília: Coordenação da Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, MS.

MS (Ministério da Saúde), 2004. Cartilha do Humaniza SUS. <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/instrumento>

MS (Ministério da Saúde), Secretaria de Atenção à Saúde. Depto. de Ações Pragmáticas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

OMS/OPAS (2002) <http://www.opas.org.br/>

PESSOTI, Isaias. A Loucura e as Épocas. 2.ed. Rio de Janeiro:34, 1997, p. 206.

PESSOTI, Isaias. O Século dos Manicômios. Rio de Janeiro:34, 1996, p. 300.

POTTER, J., WETHERELL, M., 1987, *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*, London: Sage.
http://www.amazon.com/gp/reader/0761971580/ref=sib_dp_pt/102-2042314-3880915#reader-link

REMEN, R.N. (1993). O paciente como ser humano. São Paulo: Summus.

REMOR, E.A (1999). Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. Psico, 30 (1), 205-217.

RIETRA, R.(1999) Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro". Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado.

RIZZOTTO.M.F, Políticas de saúde e a humanização da assistência. Rev Bras Enfermagem 2002 março/abril; 55(2):196-9.

RODRÍGUEZ-MARÍN, J. (1995). Psicologia Social de la Salud. Madrid: Síntesis.

ROSEN, G. (1994). Uma historia da saúde pública (2ª ed.). São Paulo: Hucitec/UNESP/ABRASCO.

SERRANO, Alan Índio. O que é Psiquiatria Alternativa. 7.ed. São Paulo:Brasiliense, 1992, p. 107.

SILVA JUNIOR, A.G. (1998). Modelos Tecnoassistenciais em Saúde. O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec.

SILVA, R.C. (1992). A formação em Psicologia para o trabalho em Saúde Pública. Em Campos, F.C.B (Org).: Psicologia e Saúde: repensando práticas (pp.25-40). São Paulo: Hucitec.

SPINK, J. M. P. (1992). Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber. Em Campos, F.C.B. (Org). Psicologia e Saúde: repensando práticas (pp.11-23). São Paulo: Hucitec.

SPINK, M. J. 1993, O estudo empírico das representações sociais. In: *O Conhecimento no Cotidiano* (M. J. Spink, org.), pp. 85 – 108, São Paulo: Editora Brasiliense.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e Atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3). 583-507, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. A contribuição da Psicologia Social às práticas em saúde. Revista Eletrônica Iberpsicologia, //fs-morente.filos.ucm.es/, v. 2005, n. 10.2.2, 2005.

_____. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

WETHERELL, M., Taylor, S. and Yates, S. (2001B) Discourse as data: a guide for analysts. London: Sage, 2001.

2. RELATÓRIO DA PESQUISA

RELATÓRIO DA PESQUISA

Nome do Pesquisador: Camila Koren Chiappini

Área/subárea do projeto: Saúde Coletiva e Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

Período: Junho 07/Outubro 08

Título do projeto:

HUMANIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL: O discurso da equipe multidisciplinar do CAPS Capilé em São Leopoldo - RS

Resumo do projeto:

Este trabalho retrata uma série de observações feitas junto à equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicológica e Social, CAPS CAPILÉ EM SÃO LEOPOLDO – RS. Estas observações buscavam descrever e compreender as relações entre membros da equipe do CAPS no atendimento ao portador de sofrimento psíquico, sob a ótica do processo Humaniza SUS, no contexto das ações em Saúde mental.

A metodologia utilizada na pesquisa foi qualitativa, optando-se pela realização de observações durante as reuniões da equipe do CAPS. Procurou-se verificar como temas como estratégias da humanização e saúde mental; acolhimento e cuidado; reforma psiquiátrica e equipe multidisciplinar apareciam nessas reuniões. Os profissionais foram convidados a participar de cada etapa da pesquisa e foram respeitadas questões éticas como preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a autorização para gravação do áudio das reuniões.

Inicialmente pensava-se em realizar grupos focais de discussão sobre Humanização, Cuidados, Acolhimento, Reforma psiquiátrica e Equipe multidisciplinar, o que, no entanto, não foi possível devido ao momento de transição vivido pela equipe do CAPS Capilé durante a realização da pesquisa. Em seguida, quando falarmos de metodologia, esta mudança será mais bem explicada, bem como a mudança do tipo de Análise do discurso utilizada na análise do material coletado nas observações.

Principais objetivos do projeto original:

Objetivo Geral: Conhecer o discurso da equipe multiprofissional do CAPS de São Leopoldo sobre a proposta de humanização do SUS.

*Objetivo específico: Conhecer o papel da psicologia na atuação junto à equipe multidisciplinar do CAPS e no processo de humanização do atendimento.

Objetivo específico: Conhecer o discurso da equipe multidisciplinar sobre a situação da saúde mental no seu município.

*Durante a realização deste trabalho de pesquisa, optou-se por não explorar o objetivo específico grifado. Viu-se que seria mais interessante para a pesquisa e mais de acordo com seu objetivo geral que o enfoque fosse dado ao discurso da equipe multidisciplinar, sendo este melhor compreendido quando as áreas de atuação (diversos saberes) são vistas como um todo e não quando se estuda o papel de cada área ou de uma área em isolado. Também se optou por usar o termo discurso ou formação

discursiva ao invés de papel. Entende-se que papel remete à funcionalidade, à definição do sujeito através de sua função dentro de um grupo específico e o discurso, no entanto, produz sujeitos e remete a vários saberes que produzem vários sentidos.

Essa mudança fica ainda mais evidenciada quando nas entrevistas não há diferenciação entre as falas dos profissionais por áreas de saber, deixando-as anônimas. Com isso objetivou-se novamente enfatizar o discurso da equipe como um todo. Essa é apenas uma das mudanças ocorridas ao longo da execução da pesquisa, as outras serão detalhadas ao longo deste relatório.

Aproximação da equipe e apresentação da proposta de pesquisa

O trabalho de aproximação junto à equipe do CAPS foi iniciado em Abril de 2007, quando o CAPS era coordenado por uma médica psiquiatra. Neste momento, havia um clima tenso nas reuniões, o que pode ser visto no relato abaixo:

Primeira observação de reunião do CAPS capilé (Abril 2007)

“A equipe tinha proposto para a primeira parte da reunião fazer um seminário teórico sobre humaniza sus. No entanto, devido ao clima de tensão da última reunião e a fatos ocorridos durante a semana, o grupo decidiu falar sobre o funcionamento da equipe e sobre as dificuldades que encontram com relacionamento entre colegas e com a coordenação e com a rede.

Quando cheguei já estavam reunidos. Senti que já estavam mais a vontade com minha presença, pois continuaram a reunião da mesma forma. Duas pessoas eram novidade para mim, mas não me questionaram nada. Mais tarde me foram apresentadas no andamento da reunião. Eram as técnicas de enfermagem da unidade, que trabalham na farmácia e normalmente não participam da reunião, porque são representadas pela enfermeira que trabalha no mesmo setor.

Pareciam pouco a vontade para trazer temas para a discussão, tímidas, mas ao final tiveram um espaço dado pelo grupo para se pronunciarem. Quando entrei o

assunto era a situação ocorrida na semana anterior, na qual a estagiária de psicologia havia se sentido desvalorizada pela fala da coordenadora – que colocou que os estagiários estavam de passagem e, por isso, não deveriam fazer a ata. Ela revidou esta colocação dizendo que sua fala não tinha espaço, somente seu trabalho. Isso incomodou a coordenadora que se disse uma das pessoas que trouxe o estágio para o CAPS e se sentiu magoada com a colocação. Depois esta teve um momento de catarse, de explosão e a estagiária acabou saindo da sala por também ter se emocionado (chorado) devido ao clima instalado.

Esta situação, bem como o pedido de que os membros da equipe assinassem um livro ponto incomodou muito à equipe, mas no momento da reunião ninguém, além da estagiária (na situação da ata) se posicionou.

Quando entrei um dos médicos estava terminando sua fala na qual dizia que sentia falta de alguém que defendesse a equipe, que enxergasse as dificuldades do CAPS, conhecesse bem a realidade, passasse mais tempo no local e verificasse o esforço da equipe. Esta fala foi seguida por sua colega que também ressaltou que as coisas boas feitas pela equipe não eram percebidas. Deu exemplo que ninguém falava do fato de ela ser um das poucas a cumprir o horário (médica) e atender os pacientes com mais tempo. Queixavam-se que ela não atendia mais, mas não falavam dos que ela conseguia atender e da qualidade do atendimento. Parecia que o esforço feito não era reconhecido. Sentia falta deste reconhecimento e de apoio por parte da coordenação. Sentia-se ao contrário excessivamente cobrada, como se coordenadora não conhecesse a realidade do serviço nas UBS e no caps. Lembrou que em alguns momentos esta acreditava que não atender era falta de boa vontade.

De uma maneira geral todos se pronunciaram. As técnicas de enfermagem não sobre este assunto diretamente e não em um primeiro momento. Falaram também do fato de que a coordenação de saúde mental era um cargo de articulação e que a pessoa deveria ser política e ter uma visão da rede e saber articular todos os componentes dessa para promover um melhor atendimento da demanda. Acreditavam que a pessoa não podia estar centrada no CAPS, ou em qualquer outra unidade e que o CAPS deveria ter uma coordenação eleita ou indicada pelos seus membros e não política - uma coordenação que cuidasse das questões de interesse da equipe e representasse a equipe em situações fora do ambiente de trabalho e junto a coordenação de saúde

mental.

Todos compartilhavam desta opinião e achavam que a coordenadora estava acumulando duas funções que exigiam demais dela e que, por isso, estava entrando em conflito com a equipe. Também se perguntaram se ela tinha claramente definida sua função como coordenadora de saúde mental ou do caps, algo que queriam ver com ela.

Uma das psicólogas lembrou o quanto era difícil para uma pessoa que abertamente se dizia contra o movimento anti-manicomial estar coordenando o caps, um serviço que, inclusive, teve seu surgimento dentro desta proposta de mudança – para funcionar como alternativa a internação psiquiátrica, institucionalização.

Quanto a isso, chegaram a um consenso de que a coordenadora não tinha se expressado bem ou se explicado. Acreditaram que ela devia ter algumas coisas contra o movimento, mas não ser completamente contra. Permaneceram, neste momento, opiniões de conciliação.

De qualquer forma, o grupo estava chateado com a postura da coordenadora de cobranças, de decisão vertical sem diálogo e de não se posicionar fora do caps frente a questões de interesse do caps. Falaram com relação a não lutar por verbas que o caps tem direito e estão trancadas em uma conta bancária. Acreditam que ela não queria brigar por isso devido a interesses políticos, por ser também coordenadora da saúde mental. Concluíram quanto a isso que pediriam que ela se posicionasse e falasse abertamente sobre o assunto, para que eles (equipe) pudessem entender o porque de sua atitude.

Também falariam com ela sobre a coordenação local para o caps, colocando como uma forma de ajudá-la em suas atribuições e, neste momento, pediriam que ela falasse sobre a coordenação de saúde mental. Falariam ainda sobre o livro de atas e perguntariam o porque da atitude. Estavam contrariados com isso, principalmente algumas das psicólogas, que acreditavam que o controle de horários seria para elas, pois, os demais membros não tinham esta preocupação. Tinham o sentimento de serem perseguidas e pouco compreendidas pela coordenadora, principalmente por serem as pessoas que mais defendiam a lei anti-manicomial – segundo uma delas.

Um psicólogo lembrou que a coordenadora, em um de seus discursos, defendeu

publicamente a política do CAPS e temas da reforma psiquiátrica. Nesta ocasião ele, inclusive, comentou com ela que então ela não era contra a reforma e ela teria rido.

Ser contra a reforma é ser contra a proposta de atendimento do CAPS e essa é uma postura que o grupo, para se entender com sua coordenadora, precisa ter esclarecida. Falaram ainda de questões políticas que atrapalhavam o andamento do caps e sua proposta de atender a todos, sem privilégios (encaminhamentos de conhecidos, de políticos). Falaram que a coordenação e equipe como um todo devia esclarecer para a rede o papel do caps para evitar que este fosse desviado de sua função, como acontece agora, funcionando como ambulatório de consultas e atendendo uma demanda que é das UBS. Quanto a isso não sentem apoio da coordenadora que acredita que este trabalho deve ser prestado. Questionam se isso é do interesse do caps ou da SM como um todo, tendo em vista que o atendimento nas UBS não tem funcionado e isto se reflete na demanda do caps. O caps também por atender esta demanda de ambulatório deixa de desenvolver, em alguns momentos, sua proposta central de atendimento. E quem fará esse atendimento diferenciado enquanto o caps atende o que as UBS deveriam atender?

Entendem o que é acolhimento e a necessidade de acolher esta demanda, mas estão se comprometendo em atender demandas da UBS e não atendendo as suas. Assim tem funcionado a rede nos encaminhamentos, sem saber o papel do caps e encaminhando aquilo que não consegue atender ou encaminhando o que não atende, mesmo sabendo que não é alvo da atenção do caps.

Quanto a isso sente falta de uma representação que lute pelo CAPS e pela sua proposta e os represente para a rede. Há uma fala com relação a implantação do caps Álcool e drogas e quanto ao ambulatório infantil, que funciona no capilé. Neste momento, as psicólogas comentam que se sentiram desvalorizadas na sua experiência quando a coordenadora pediu que uma médica falasse sobre o desenvolvimento infantil para elas.

Falam também sobre as relações de trabalho. Neste momento é pedido que a equipe da farmácia fale sobre suas dificuldades, tendo em vista que não haviam se pronunciado até então. Falam timidamente sobre a falta de medicação, sobre as dificuldades da rotina. Dizem abertamente que não tem contato com a coordenação,

que neste momento são representadas pela enfermeira. Negam dificuldades com a coordenadora, mas apóiam a decisão da equipe de falar sobre este relacionamento. Falam sobre eventos ocorridos com uma médica (que não estava na reunião) e sobre a falta de tato desta para com a equipe de farmácia, queixando-se de erros que ela própria havia cometido. Disseram que falaram com esta pessoa e que ela pediu desculpas, mas que permanece com esta conduta quando coisas dão errado, como falta ou troca de medicação.

Referem-se aos médicos como doutores, inclusive com relação aos presentes. Mostram distanciamento e cerimônia com relação a estes membros da equipe. Negam dificuldades outras. A equipe, embora não chamasse os colegas da mesma forma, não pontuou isso no momento da fala das colegas. Os médicos presentes também não comentaram isso, parecendo esta conduta de timidez e distanciamento passar despercebida.

Estas duas pessoas pareciam tímidas na participação. Somente falaram porque foram questionadas. Podemos pensar que como profissionais de nível técnico estas se sintam diminuídas frente à equipe, embora a postura da equipe (conscientemente) não seja esta. Também talvez seja a falta de hábito de vir para a reunião, pois elas não costumam participar (mas isto também revela algo).

De qualquer forma, antes de falarem sobre o evento (Mostra), decidiram pontuar o que FINALME NTE iriam falar para a coordenadora, enquanto equipe. Decidiram iniciar dando um espaço para que ela se colocasse, o que alguns membros do grupo, menos conciliadores e mais revoltados com o mando da coordenação não gostaram de início. Depois pensaram em falar da necessidade de um coordenador local CAPS e indagar sobre qual o papel da coordenação de SM. Decidiram colocar-se a disposição para ajudá-la, entendendo a sobrecarga de papéis que ela estava acumulando. Depois pensavam em abordar suas dificuldades de relação e o ocorrido na reunião passada. Neste momento se posicionariam com relação ao livro ponto. Tudo combinado, os membros da equipe aguardaram ansiosos o horário da reunião e falavam sobre a Mostra Capilé”.

Essa observação, apesar de ter vários comentários feitos por mim, faz parte do relatório do projeto, mas não foi utilizada para a análise e para o artigo desta pesquisa. Para registro, devido a dificuldades da pesquisadora, o contato com a equipe somente foi retomado meses após esta reunião, quando estão a equipe estava passando por mudanças e tinha uma nova coordenação.

É importante ressaltar que os motivos que circundam esta troca de coordenação não são totalmente compreendidos por mim. Sabe-se que a então coordenadora teve problemas pessoais e que também ocorreram dificuldades com a equipe, além de questões políticas. Passei então a acompanhar este novo momento do CAPS. Fiz novo contato com a equipe e com o coordenador do CAPS e iniciei as observações. O que será descrito em seguida.

Conhecendo o CAPS Capilé

O CAPS Capilé está situado na rua Primeiro de Março, 957 e foi inaugurado em maio de 1992. Neste local, uma casa ampla e acolhedora, funciona o CAPS II, atendimento de adultos e o CAPS I, atendimento de crianças. Existe ainda o CAPS AD, álcool e drogas, o qual tem atendimentos na Rua André Rebouças, 49. Ambos os centros de atendimentos são coordenados por um profissional das ciências sociais, e têm uma equipe de 23 servidores, a qual atende gratuitamente, em média, 150 pessoas por dia.

O Centro vem passando por transformações neste último ano. Primeiro a construção, no mesmo espaço destinado para o CAPS adulto, de uma estrutura para atendimento de crianças. Isso tem mobilizado a equipe de profissionais que, inclusive, foi dividida para atender a ambas as populações (adulto e infantil).

Além disso, a coordenação do CAPS que antes era realizada pela também coordenadora de saúde mental, médica psiquiatra, atualmente é feita por um professor de sociologia e educador social. Esta última mudança, como será visto na análise do material de pesquisa, alterou substancialmente a organização do trabalho no CAPS.

As reuniões de equipe

As reuniões de equipe do CAPS Capilé ocorrem todas as terças-feiras pela manhã, com toda a equipe presente na casa naquele dia e horário. Elas iniciam por volta das nove horas da manhã e vão até bem próximo do meio-dia, na maioria das vezes. São divididas em três etapas: processos de trabalho, casos de pacientes e questões administrativas.

Inicialmente o trabalho de observação seria realizado apenas na primeira etapa de cada reunião, contemplando a observação de como se dão os processos de trabalho. Com o tempo, percebeu-se que esta divisão em três momentos era meramente didática, pois os assuntos não obedeciam esta classificação e misturavam-se entre os diversos os temas.

O material dessas reuniões foi coletado mediante gravação, com autorização de todos os membros envolvidos. Além da reunião com os membros do CAPS II, adulto, faz parte do material analisado uma reunião geral sobre todos os outros CAPS de São Leopoldo (Infantil e Álcool e Drogas).

As reuniões de equipe do CAPS Capilé também são um momento de integração e de troca entre os membros do serviço, os quais verbalizaram nem sempre terem estes momentos ao longo dos horários de trabalho. É por isto que neste momento também há uma troca de informações sobre os casos de pacientes, visando a integralidade do atendimento, com a troca entre as diferentes áreas do conhecimento. A equipe utiliza-se bem deste espaço, por vezes expandindo o horário de cada etapa da reunião para fora do tempo determinado.

Durante a realização da pesquisa, observei dez reuniões e fiz o registro do áudio de seis reuniões. Para a análise temática, dentro da análise do discurso, selecionei quatro reuniões e levantei os temas mais recorrentes e sua apresentação, conforme quadro a se apresentado em seguida.

Mudanças na metodologia ocorridas na pesquisa

Inicialmente pensou-se em realizar duas etapas de pesquisa. Uma de observação, com a elaboração de um roteiro, o qual seria preenchido com auxílio de um dos

membros da equipe do CAPS e uma segunda etapa, na qual seriam realizados grupos focais de discussão com os membros da equipe multidisciplinar do CAPS.

Devido a mudanças ocorridas no âmbito da própria constituição e organização do CAPS (troca de coordenação e criação do CAPS infantil) e conseqüente mobilização da equipe durante este período de mudanças, optou-se por realizar observações das reuniões de equipe do CAPS Capilé. Pensou-se que essas reuniões seriam um espaço privilegiado para a emergência de discursos e interação entre saberes.

Desta forma, todo o trabalho realizado foi de observação. Tendo em vista que a equipe do CAPS Capilé tem somente um dia de reunião geral e que ela passava por um momento de reestruturação, no qual todo o tempo de encontro era usado para zelar pelo bom funcionamento do serviço, não seria oportuno ocupar o tempo da reunião, já tão escasso, para a realização de um grupo de discussão. Além disso, como pode ser verificado na prática, o fato do CAPS estar neste período de mudanças forneceu material muito rico de como esta equipe e seus membros se organizam e atuam em saúde como uma equipe multidisciplinar de atenção à saúde mental.

Considerações sobre a análise do discurso

Optou-se por trabalhar na análise dos dados com a análise do discurso ou análise automática do discurso (Pêcheux). Esta opção deve-se a maior familiaridade da pesquisadora com o método de análise em questão.

A Análise do Discurso de linha francesa (AD) trata do discurso, buscando compreender a língua fazendo sentido enquanto trabalho simbólico, social e constitutivo do homem e de sua história. A linguagem é vista como mediação entre o homem e a realidade natural e social, tornando possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transferência do homem e da realidade em que vive (Orlandi, 2003). Essa mediação feita pela linguagem é o discurso.

A AD vai articular o lingüístico ao sócio-histórico e ao ideológico, colocando a linguagem na relação com os modos de produção social. Não há discurso sem sujeito, e

não há sujeito sem ideologia. Há, entre os diferentes modos de produção social, um modo de produção social específico que é o simbólico. Há, pois, “práticas simbólicas significando (produzindo) o real. A materialidade do simbólico assim concebido é o discurso” (ORLANDI, 2003).

Na Análise do Discurso, a noção de historicidade é entendida não como o rastreamento de dados históricos em um texto, mas a compreensão de como os sentidos são produzidos ao longo da constituição desse discurso. Outra noção fundamental para a AD, e que aparece um pouco diferente em outras linhas teóricas, é a de ideologia.

Para Orlandi (2005), ideologia “é a interpretação do sentido em certa direção, sendo a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos. O sujeito é interpretado em sujeito pela ideologia para que se produza o dizer” (Orlandi, 2003, p.46). Ideologicamente, os discursos dos sujeitos se identificam com um conjunto de crenças cujo valor dependerá da posição de seu discurso, bem como do contexto histórico e social. A esse conjunto denomina-se Formação Ideológica (FI).

O discurso é o lugar social de inscrição da enunciação do sujeito, que tem materialidade lingüística (o próprio enunciado discursivo sob análise), histórica e ideológica. Ideologia e discurso são necessariamente interligados, pois a primeira só se manifesta pelo segundo, e, portanto, o discurso é naturalmente ideológico.

Formação Discursiva (FD) é a manifestação no discurso de uma determinada Formação Ideológica em uma situação de enunciação específica (Glossário). É a matriz de sentidos que regula o que o sujeito pode e deve dizer e também aquilo que pode ou não ser dito, ou seja, o que se enquadra ou não no discurso de uma determinada FI. Vale destacar que essa ligação é inconsciente para o sujeito. Uma FD é definida a partir de seu interdiscurso e que entre Formações Discursivas pode haver relações tanto de conflito quanto de aliança.

O Interdiscurso é o conjunto de todas as Formações Discursivas, daquilo que já foi dito, a memória discursiva que sustenta o dizer e vai construindo uma história de sentidos. “É sobre essa memória, de que não temos controle, que nossos sentidos se constroem, dando-nos a impressão de sabermos o que estamos falando. Como sabemos, aí se forma a ilusão de que somos a origem do que dizemos” (Orlandi, 2003,p.54).

Outra noção importante para a AD é a de Sujeito. Para essa teoria, o sujeito é a relação entre linguagem e história, não sendo livre, nem totalmente determinado por mecanismos exteriores. Segundo Pêcheux, “os indivíduos são ‘interpelados’ em sujeitos de seu discurso, pelas formações discursivas que representam ‘na linguagem’ as formações ideológicas que lhes são correspondentes” (PÊCHEUX, 1988, p. 161), sendo que “a interpelação do indivíduo em sujeito de seu discurso se efetua pela identificação (do sujeito) com a formação discursiva que o domina (isto é, na qual ele é constituído como sujeito)” (idibid, p.163).

A AD trabalha ainda com a noção de posição-sujeito. Não há sujeito único mas diversas posições-sujeito, as quais estão relacionadas a determinadas formações discursivas e ideológicas.

Apresentação e discussão dos principais resultados obtidos

O material decorrente da observação das reuniões da equipe foi, então, analisado através da Análise do Discurso (AD). Esse material foi obtido mediante gravação do áudio das reuniões do CAPS adulto, sendo transcrito para posterior análise.

Lembrando que a idéia deste artigo é analisar o discurso da equipe do CAPS Capilé, organizou-se a análise a partir da Formação Discursiva (FD) do grupo. Esta FD é formada por diferentes posições-sujeito, não se apresentando, portanto, de uma forma homogênea. Chamou-se esta FD de FD equipe do CAPS. A análise foi então desenvolvida tendo por ponto de partida Sequências Discursivas (SDs) que compõem esta FD e suas diferentes posições-sujeito, nos temas abordados nas reuniões da equipe.

Análise temática sobre atendimento em saúde mental

As Sequências Discursivas de um a três, SD1 a SD3, relacionam-se à primeira posição-sujeito encontrada na FD Equipe CAPS Capilé, a qual chamou-se de posição-sujeito Reforma Psiquiátrica.

SD1: “... poder organizar em maio um evento em comemoração à luta antimanicomial...”

SD2: “... Eu acho interessante chamar alguém que seja militante...”

SD3: “... II Mostra Capilé de Saúde Mental: em defesa da lei antimanicomial...”

Esses recortes discursivos trazem a Reforma psiquiátrica ou Luta antimanicomial como uma unidade dentro do discurso da equipe. No fragmento do discurso da equipe, o termo “militante” remete ao engajamento na luta antimanicomial – relacionando-se à Formação ideológica respectiva e ao discurso de luta contra o asilo em manicômios dos portadores de sofrimento psíquico.

As seqüências SD4 a SD9 relacionam-se a outra posição-sujeito da FD, a qual foi denominada de Contra-reforma.

SD4: “... ano passado a gente teve que disfarçar um pouquinho o nome...”

SD5: “... bota o coordenador do HPSP a falar, dizer que precisa de internação...”

SD6: “... acho que é estratégico, eles estão sempre falando de internação, de crack...”

SD7: “... de quinze em quinze dias sai uma reportagem falando da situação do pessoal que tá viciado em crack, dizendo que precisa abrir leitos... e saiu uma reportagem na ZH de um CAPS de Venâncio que fechou por causa de ameaças de traficantes. Então eles mostram que o CAPS não sabe lidar com a situação. Um absurdo.”

SD8: “... movimento da ZH de tá futricando sempre coisas que vão mostrando que tem necessidade de internação...”

SD9: “... tem uma contra-reforma...”

A equipe, no seu discurso, marca a presença desta posição-sujeito, trazendo o repertório de discursos, presente no Interdiscurso, que fala sobre a importância da internação psiquiátrica na atenção à saúde mental.

No Interdiscurso, há ainda uma referência ao passado do CAPS. Traz, de forma implícita, a censura que foi feita ao nome da Mostra no ano de 2007, devido a questões de divergência de pensamento entre a equipe e a coordenação da época.

Também no Interdiscurso, menção ao Hospital Psiquiátrico São Pedro – HPSP, com referência ao tratamento em regime de internação psiquiátrica. A Contra-reforma é vista

como posição-sujeito externa ao grupo, e é criticada a importância dada ao discurso dos representantes dessa posição na mídia.

Análise temática sobre funcionamento da equipe

SD10: “... tá ali as reportagens... que saiu na quarta-feira, questionando a nossa coordenação, e aí o serviço só, junto com a associação, fez uma resposta...”

SD11: “... a gente fez bem coletivo assim a construção do texto quem tava por aí dando palpite e tal...”

SD12: “... a gente colocou o conceito de saúde da OMS... o psicossocial nós temos profissionais mais focados no bio, outros mais focados no psi, e outros mais no social, e que pouca gente pode ter alguém formada em ciências sociais pra tá nos dando um plus... uma graduação que faltava na nossa equipe, então mesmo sendo coordenador... compondo essa interdisciplinaridade, isso que se quer muitas vezes das equipes,... oficinas de música, de outras atividades culturais... formando essa equipe do CAPS mais interdisciplinar e não... esses profissionais ditos da saúde específicos...”

SD13: “... cabe um registro de agradecimento a toda a equipe porque... a turma, o grupo, a equipe se mobilizou...”

Percebe-se, nesse conjunto de seqüências discursivas – SD10 a SD13 – uma preocupação da equipe de construir um texto coletivo. Nesse momento, a posição-sujeito emergente do discurso continua sendo a da Reforma psiquiátrica – o que pode ser verificado pelas falas em defesa ao funcionamento do CAPS.

O grupo reage a um texto jornalístico que questiona o fato do CAPS Capilé ser dirigido por um professor de ciências sociais e não por um profissional da área da saúde. Constrói então um texto, discurso coletivo que retrata sua visão de profissionais do CAPS sobre saúde e sobre a coordenação do serviço.

O fragmento do discurso SD12 também explicita a posição-sujeito Reforma psiquiátrica, falando ainda mais sobre o CAPS e sobre a noção de saúde que norteia o trabalho realizado nesse centro de saúde. Relaciona-se, no Interdiscurso, ao conceito de saúde da OMS e fundamenta o trabalho realizado no CAPS. Ressalta a importância da

equipe interdisciplinar para um tratamento que contemple várias esferas do ser humano, não só a biológica, de acordo com o preconizado na OMS e no SUS.

Com relação à SD13, percebe-se a mesma posição-sujeito, agora na esfera da gestão/coordenação do CAPS. O coordenador do CAPS mantém uma boa relação com a equipe e agradece a iniciativa do grupo de fazer um discurso em sua defesa e em defesa do CAPS.

Análise temática sobre Saúde no Município

As seqüências SD14 a SD17 trazem também uma posição-sujeito que foi denominada de atendimentos da rede SUS. Nesses fragmentos do discurso, há informações sobre a saúde no município e comentários da equipe sobre esta realidade.

SD14: “... mas comparativamente de 2004 a 2007 é impressionante o crescimento dos números de atendimentos. É uma inversão, quer dizer, uma inversão proporcional, hoje, 80% dos nossos atendimentos do SUS são feitos pelos postos de saúde, eu me surpreendi com esse número...”

SD15: “... Os centros de saúde são responsáveis agora por 15% do atendimento...”

SD16: “... Esse é o número que é o pensado...”

SD17: “... 95% estão então nos postos e nos centros de saúde...”

No Interdiscurso, há uma referência ao discurso preconizado pelo SUS, feita na SD16, no qual os atendimentos em saúde devem ser realizados, em sua maioria, pela rede de atenção básica. A equipe mostra conhecer a política do SUS, mas a surpresa com os números do município pode indicar pouco conhecimento da rede local de saúde, como se vê na SD14.

Também aparece, na SD15, o local que o CAPS ocupa, enquanto centro de saúde, na proporção de atendimentos realizados pelo SUS. Há ainda uma referência ao discurso do SUS com relação aos hospitais – média e alta complexidade, na SD14.

Análise sobre o tema cuidados com o usuário

Nos fragmentos de discurso SD18 a SD20, percebe-se a posição-sujeito Reforma psiquiátrica com textos que falam sobre o cuidado que deve ser prestado ao usuário do CAPS.

SD18: “... eu acho interessante almoço... o CAPS deveria oferecer...”

Na SD acima, há uma referência ao Interdiscurso no qual está o discurso que o CAPS, enquanto Centro de Atenção Psicossocial, deveria oferecer almoço para seus usuários intensivos – conforme preconizado nas diretrizes que implantaram esse tipo de serviço em saúde.

Já nas SD19 e SD20 percebe-se a preocupação presente no discurso da equipe em promover atividades variadas para os usuários do CAPS.

SD19: “... sexta feira é no ginásio... ficou uma atividade física... vão ser jogos integradores, interativos...”

SD20: “... organizar uma programação mais artística, o grupo de teatro, o da dança... podem ser organizar e apresentar...”

Em todas as seqüências discursivas acima, SD18 a SD20, aparece a posição-sujeito Reforma psiquiátrica com o discurso em defesa de uma atenção integral aos usuários do CAPS. Uma atenção que deve fornecer atividades de saúde, mas também atividades culturais e recreativas e, ainda com relação à integralidade, deveria oferecer uma refeição por dia, ao menos, aos usuários do serviço.

A SD21 remete à mesma posição-sujeito, pois a Reforma psiquiátrica, que originou o modelo CAPS de atenção à saúde mental, trouxe o discurso da participação ativa do paciente portador de sofrimento psíquico no seu tratamento. No CAPS, os pacientes/usuários são chamados a participar de decisões importantes do serviço, dando sugestões, colaborando com o funcionamento do centro e exercendo sua cidadania e autonomia.

SD21: “... acho legal chamar uns usuários...”

Nas SD22 e SD23, há uma discussão sobre fornecimento de vale-transporte para o usuário, o que também faz parte do modelo de atenção integral preconizado pelo CAPS.

Novamente encontramos a posição-sujeito Reforma psiquiátrica.

SD22: “... então a gente dava os bloquinhos [vale-transporte] e a gente fazia assim: cada terapeuta dava para o seu paciente...”

SD23: “... vou te dar um VT para tu vir ao tratamento é uma idéia muito limitada de saúde. Porque se a gente tá pensando que saúde é também ele poder ter um contato com o familiar dele, ele vai sim fazer uma visita no sábado...”

Na SD23, há uma discussão que permeia o trabalho de saúde realizado no CAPS, a noção de saúde ampliada. Todo o trabalho realizado no CAPS Capilé visa à atenção integral ao usuário, com enfoque nas áreas biológica, psíquica e social. O fornecimento de VT então para o usuário ter condições de ir ao tratamento (vir até o CAPS) é importante, mas, em uma noção mais ampliada de saúde, é também importante que este usuário seja estimulado a ter uma vida social, familiar e atividades de lazer.

Percebe-se que toda essa série de seqüências discursivas está ligada ao cuidado em saúde mental que foi preconizado pela Reforma psiquiátrica, nossa posição-sujeito mais evidente na FD Equipe CAPS Capilé. Nota-se a presença, nessas SDs, de uma preocupação em se promover um tratamento ao portador de sofrimento psíquico que contemple várias dimensões de sua vida, que reforce sua autonomia e participação e que promova sua reinserção na comunidade.

Análise temática sobre o tema CAPS

SD24: “... o pessoal da associação ficou bem preocupado em mostrar para a cidade o que é o CAPS, essa coisa da loucura, do significado...”

SD25: “... Acho que a gente não tem consciência que este evento não é do nada... todo esse movimento do CAPS pela luta antimanicomial, ele vem reagindo a uma forma de atendimento, de relação...”

SD26: “... a idéia do CAPS é de que possa ser um local mais aberto que o paciente possa vir...”

Nas SD24 a SD26, aparece novamente a posição-sujeito Reforma psiquiátrica, com o discurso sobre o CAPS e seu funcionamento.

Há, na SD24, uma referência ao Interdiscurso, com alusão aos discursos já conhecidos (ditos) da loucura e de seu significado. Isso é mostrado como uma preocupação dos próprios usuários do CAPS, portadores de sofrimento psíquico, de levar para a comunidade a idéia da CAPS e sua visão de doença psíquica. Percebe-se a existência novamente da posição-sujeito Reforma psiquiátrica com a determinação de um novo olhar sobre as doenças psíquicas. Também aparece o incentivo à participação do usuário no seu tratamento e em comunidade, bem como a familiaridade do usuário CAPS e seu engajamento com questões relativas à doença e tratamento.

Em contrapartida, na SD25, há uma referência a falta de conhecimento que algumas pessoas têm sobre o discurso da Luta antimanicomial/Reforma psiquiátrica e sua importância no cenário da atenção à saúde mental, com a preconização de um atendimento mais humano e com uma relação mais próxima entre equipe e usuário.

No Interdiscurso, a referência implícita às mudanças no tratamento das pessoas portadoras de doenças psíquicas ocorridas após a luta antimanicomial. Na SD26, aparece inclusive a caracterização do CAPS como um serviço de atendimento em saúde mental mais livre, em oposição a modelos mais cerceadores da liberdade dos usuários, como a internação psiquiátrica.

O CAPS aparece como inserido no contexto das conquistas da luta antimanicomial, com a busca de uma nova forma de atendimento em Saúde mental. Tal forma surgiu, como evidenciado na SD26, como reação a outras formas de atendimento que não reforçam a autonomia e cidadania do paciente/usuário.

Considerações finais

A Formação Discursiva da equipe CAPS Capilé tem marcadamente a presença da posição-sujeito Reforma psiquiátrica. Existe um discurso forte em defesa da mudança no atendimento em saúde mental, que contempla várias questões relativas ao tema da humanização e da Reforma psiquiátrica.

Nota-se uma luta, uma militância do grupo em defesa do modelo CAPS. Pelas referências históricas citadas no discurso, aparece a posição do grupo com relação ao modelo anterior de atendimento ao usuário, mais cerceador da liberdade do paciente.

Segundo Delgado (2001), os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo tornado estratégico para a reversão do modelo hospitalar.

Na seqüências discursivas de crítica sobre a internação psiquiátrica, existe uma confusão entre leitos (internação) psiquiátricos e leitos de atendimento ao dependente químico que, na nova proposta do SUS, são leitos clínicos. A equipe se mostra contra a internação de uma forma geral, não fazendo essa diferenciação já contemplada pela reforma – que proíbe a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos e não internações. Também aparece uma crítica à mídia, que não dá ênfase ao trabalho realizado nos CAPS e prioriza dar visibilidade à falta de leitos em hospitais para tratamento psiquiátrico e de álcool e outras drogas. Sabe-se que o número de CAPS também é inferior ao preconizado pela lei da Reforma psiquiátrica e não dá conta da demanda por atendimento em saúde mental.

Para o Ministério da Saúde (MS), o CAPS deve ser o articulador de uma lógica de rede calcada em várias instâncias, como as de cuidados básicos (Programa Saúde da Família PSF), ambulatoriais, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial Serviços Residenciais Terapêuticos e trabalho protegido.

Nota-se ainda a preocupação da equipe em conhecer a realidade dos serviços de saúde do município e fazer um trabalho integrado com a rede. Também é visível a defesa do SUS e de seus princípios norteadores.

Segundo definições do Ministério da Saúde (2004), os CAPS constituem-se de uma estrutura alinhada aos princípios que norteiam os demais serviços de saúde pertencentes ao SUS: compõem-se de uma instituição própria, inserida na gestão pública, buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo diariamente (em alguns casos, diuturnamente) uma clientela constituída de pessoas com transtorno mental grave (e respectivos familiares) por uma equipe multiprofissional.

Na análise, entendemos que o grupo busca a transformação – com a possibilidade de se escutar e buscar novos discursos que modifiquem os fazeres cristalizados em saúde. Além disso, a equipe multidisciplinar mostra-se integrada e não

dividida em disciplinas, optando, na maioria das vezes, pela construção do discurso/texto coletivo, que traduza o pensamento do grupo enquanto trabalhadores da Saúde Mental. Dessa forma contempla todas as disciplinas e conhecimentos, promovendo a escuta das mesmas e buscando o discurso e a identidade do grupo.

Todos os trabalhadores do CAPS são envolvidos nas discussões do grupo e na organização do atendimento dos pacientes. Com relação ao usuário aparece uma preocupação em se manter o atendimento com qualidade na atenção integral em saúde mental. Sempre há o reforço de que o CAPS é um local aberto, que trabalha com os pacientes sua inserção na sociedade e noções de cidadania e autonomia.

Segundo Onocko-Campos e Furtado (2006), a participação de vários profissionais na assistência à saúde propicia o envolvimento de todos os componentes da equipe com a assistência e favorece melhor disponibilidade dos profissionais diante de seus clientes. Desta forma os usuários encontrarão maior abertura para expor seus problemas e questionamentos e isto promoverá a qualidade do acolhimento. A humanização do processo de acolhimento depende também da atuação adequada e da receptividade demonstrada por todos os trabalhadores que entram em contato direto ou indireto com os usuários.

Percebe-se na FD da equipe CAPS Capilé que há uma preocupação constante com a participação de todos os membros da equipe nas discussões e atividades do CAPS, bem como o incentivo a participação dos usuários nas questões relativas ao seu tratamento e vida em comunidade.

A FD deixa claro o conceito de saúde que a equipe utiliza em seu atendimento. Esse conceito baseia-se na definição da OMS e remete a uma noção ampliada de saúde, que contempla a avaliação de várias dimensões da vida do ser humano. Daí a necessidade da organização da saúde em várias disciplinas (sociais, biológicas, psicológicas) e a luta constante com os representantes da medicalização da saúde.

Entende-se que as mudanças preconizadas pela Reforma psiquiátrica na atenção à saúde mental promoveram um atendimento mais humanizado aos usuários deste serviço. O CAPS é um exemplo de como o portador de sofrimento psíquico pode ser atendido em um ambiente livre, acolhedor, que promove ações em saúde, atividades

físicas, culturais, recreativas, sociais, comunitárias e discussões sobre autonomia e cidadania.

Ao se analisar a FD Equipe CAPS Capilé, percebe-se que a preocupação da equipe com a manutenção desse serviço do modo como este foi preconizado pela reforma psiquiátrica é constante. Dessa forma, é também constante a preocupação do grupo com o atendimento humanizado e integral ao usuário.

É visível o engajamento da FD estudada com os preceitos da Reforma psiquiátrica, traduzido pela defesa do modelo CAPS e de um novo olhar sobre as doenças psíquicas. Olhar este que, em sua natureza, respeita o usuário enquanto sujeito, cidadão e portador de sofrimento psíquico – buscando atendê-lo na sua complexidade.

Fica também evidente a preocupação dos membros do CAPS Capilé de seguir promovendo um atendimento integral aos portadores de sofrimento psíquico, envolvendo toda a equipe em discussões sobre humanização do cuidado e melhoria na qualidade do atendimento prestado.

Referências Bibliográficas

DELGADO PG, GOMES MPC, COUTINHO ESF. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Cad Saúde Pública 2001; 17:452-3.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996). Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília: MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). Legislação em saúde mental. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Cartilha do Humaniza SUS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Depto. de Ações Pragmáticas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa and FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde

coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, v. 22, n. 5, pp. 1053-1062.

ORLANDI, Eni de Lourdes Puccinelli. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 5. ed. Campinas, SP: Pontes, 2004.

ORLANDI, Eni de Lourdes Puccinelli . *Michel Pêcheux e a Análise de Discurso*. Michel Pêcheux e a Análise de Discurso, Vitória da Conquista-BA, 2005.

PÊCHEUX, Michel. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas, SP: UNICAMP, 1998.

2.1 ANEXOS

Anexo 1: Reunião sobre regras da casa

VOZ MASCULINA 1 – Bom, as regras gerais da casa, “lá no pátio pode fumar”. E aí dentro disso, o próprio terapeuta vai estar vendo com eles, quem vai poder dizer assim: “até a gente”, bom, até eu também se vejo uma paciente que ‘tá ali no grupo, tem uma fumando e o não ‘tá gostando, sei lá, Ênio, né, tu perguntou se a paciente gosta de cigarro ou não, será que aquele cigarro não está atrapalhando ela? Provavelmente tu levanta e fuma ali do lado. E aí, então, porque assim, isso a gente tem que poder fazer. Então, dependendo da forma como a gente faz, eu vou continuar, mesmo dando xixi ou falando, eu vou continuar sendo “bonzinho” né? Porque a forma como a gente faz, explicar pro paciente por que. Agora quando a gente faz essa coisa de uma forma... não ‘tô querendo dizer que tu faz dessa forma, mas se a gente faz as coisas de uma forma mais autoritária, a gente vem e simplesmente um caminho para a coisa ser feita por baixo e por passar por baixo da gente, e aí fazer de uma outra forma, fazer com transgressão. Então a gente tem que ter algumas regras, mas ao mesmo tempo, e isso que é o difícil de a gente conseguir, tem que ter regras, mas a gente tem que dar um pouco de autonomia para o paciente e é isso que a equipe tem que ir tentando conversar para chegar a uma coisa de, “bom, até que ponto vai essa liberdade e até que ponto tem as regras que tem que ser seguidas?” E a gente tem que poder fazer regras pra cozinha. E aí a gente vai organizar e vai ver. Que nem eu falei com o Nelson “Tu acha que se tivesse alguém a mais na cozinha”, “bah, eu acho que seria excelente” se a gente tivesse alguém na cozinha para me ajudar a organizar porque a gente não consegue estar sempre na cozinha. Bom, aí só vai entrar o paciente mesmo se estiver essa pessoa na cozinha e para fazer alguma coisa específica, ou aquecer a água ou fazer ovo para um do grupo. Então a gente tem que poder ir organizando essas coisas. Claro, eu assumo também de repente a minha culpa por, na ânsia de querer fazer algumas coisas, por, às vezes por ser o período de férias, também aconteceu de ser janeiro, fevereiro, eu de repente fui fazendo coisas e os outros não estavam sabendo meio como é que eu fazia e aí, às vezes, acabam surgindo depois algumas coisas e alguns murmúrios.

Então vem e conversa comigo, vê como é que foi. Eu nunca permiti que fizessem coisas, que o Fábio fosse lá com o telefone, que o Ênio fosse lá com o telefone. Na primeira vez que eu fiquei sabendo disso, eu disse “gente, vocês não podem ficar ali”. O espaço da associação é lá atrás.

VOZ MASCULINA 2 – Bom, eu quero falar sobre duas questões, como o cigarro e a questão da cozinha, a relação com a associação também. Bom, sobre o cigarro, eu sempre sou suspeito porque eu sou inimigo do cigarro. Outro dia ainda eu dei carona pra uma pessoa, ela entrou com um cigarro no carro. Bom, eu expliquei “se tu quer ir de carona comigo, não pode fumar.”

Bom, mas a Natalie levantou o exemplo dessa coisa do restaurante, nós temos, vocês sabem, uma legislação que não permite fumar em ambientes e salas, etc. e tal. E inclusive, há restaurantes que têm locais para fumantes e não fumantes, já categorizam assim. Já me aconteceu de sentar num restaurante e na mesa ao lado um fumante começar a fumar e eu levantei e fui pra mesa, eu almoçando com um cigarro do meu lado, é impossível. Bom, aqui dentro eu acho que não há, acho que há consenso em relação ao cigarro nas salas, em ambientes fechados, etc., etc., etc., isso aí é consenso. Então eu respeito a posição do Júlio em relação a essa questão do, vamos chamar assim o pátio, que colegas terapeutas trabalham com grupos lá no pátio, se lá convém ou não, essa discussão tá bastante intensa, eu acho que é interessante e eu vou respeitar obviamente a decisão do grupo em relação ao cigarro lá no pátio.

Quanto à cozinha, na relação com a associação, eu quero deixar pra vocês a minha idéia de que se uma pessoa fosse responsável pela cozinha contribuiria bastante. Porque vocês sabem, assim, a coisa muita solta, a cozinha é um setor importante e eu sei que os pacientes intensivos, que estão em regime intensivo, eu não sei hoje quantos temos em termos de número, mas eles têm direito a, no mínimo, uma refeição. Quer dizer, o CAPS deveria oferecer no mínimo uma refeição, se eles passam aqui de manhã e de tarde, no mínimo um almoço. Eu tive pensando justamente nessa, que não é nada original, mas, com alguns colegas eu conversei sobre isso, de nós pensarmos numa cozinheira, num cozinheiro, uma pessoa responsável pela cozinha. Essa questão que eu quero colocar para vocês, não precisam se posicionar agora,

mas se a gente sentir que há um certo consenso em relação a isso, eu vou trabalhar intensivamente em cima pra que nós consigamos uma cozinheira, um profissional que vai assumir a cozinha. Então a gente tem coisas assim mais definidas. Quanto ao cigarro, eu respeito a decisão do grupo quanto a questão do pátio interno.

VOZ FEMININA 1 – Acho que como o lves falou tem muito dessa questão do cuidado com os outros pacientes. Não sei se a Paula já observou, mas o nosso grupo tem o banquinho que só sentam os fumantes. É muito difícil a gente ter que fazer uma observação “Oh, fulano, tua fumaça tá atrapalhando”, geralmente eles já se colocam lá, “bom, aquele é o banquinho onde as pessoas que fumam vão ir”. O Kico é uma paciente que ele mesmo faz o movimento “bom, a minha fumaça tá indo ali pro lado de que não fuma” e ele circula. Eu acho que tem muito disso sim do paciente que fuma cuidar “olha, a minha fumaça pode estar atrapalhando”. Então, no meu grupo, eu não vejo porque não fumar se eles estão ali, é um espaço de convivência. E essa convivência, o fumar deles já é uma forma de eles estarem convivendo, não tá necessariamente atrapalhando que nem no caso da Dani que é numa sala, eles tão sentados na porta, mas o vento tá trazendo isso. E ali não, como é pátio, que eu também geralmente faço lá...

VOZ FEMININA 2 – E o que eu faço com essa questão então já que, né...?

VOZ MASCULINA 1 – Tu pode conversar “gente, a gente tá aqui no grupo, o cigarro atrapalha”, aí se tu vê que um paciente que sei lá

VOZ FEMININA2 – Não, no CADI, a Dona _____ senta na porta, ela bota uma mesinha e bota as bijus ali bem na porta do CADI, inclusive eu tinha paciente essa semana que tava sentado lá, ele levantou e meio que, eles tavam se sentindo incomodados, entendeu?

VOZ MASCULINA 1 – A Dona _____ tem um cheiro, né, de xixi

VOZ FEMININA2 – Isso, e mais o cigarro e tudo e até o Gustavo falou pra ela, mas assim, ela ignorou e continuou fazendo. Então o que eu fiz, eu fui para o pátio.

VOZ FEMININA 4 – Eu posso tentar falar com ela também.

VOZ MASCULINA 1 – É, aí vem o terapeuta.

VOZ FEMININA 2 – Eu acho que os que são mais prejudicados, eles não têm mesmo juízo crítico assim, muitas vezes a gente vê os pacientes psicóticos, eles começam a fumar, fumar, fumar, até queimar os dedos. A pessoa queima o próprio dedo fumando, o que dirá fumar na cara de outra, ela não consegue nem preservar a saúde dela. Então talvez esses casos, em especial, a gente tem que falar mesmo com o terapeuta de referência...

VOZ FEMININA 3 – Tá, porque ela tá ali com as bijus dela, ela tá oferecendo as bijuterias, e até o pessoal do grupo se sentiu meio incomodada, bah, entrava aquele cheiro dela

VOZ FEMININA 2 – Sim, porque quem vai comprar bijuteria de quem tá cheirando mal?

VOZ MASCULINA 1 – Eu não sei, mas eu até conversei com a Carol que eu acho que tem que fazer algum trabalho ligado à higiene...

VOZ FEMININA 1 – Eu acho que ela tem um problema de incontinência urinária porque ela tem cheiro de xixi e eu acho que ela perde urina de alguma forma e ela fica molhada.

VOZ FEMININA 3 – Mas eu acho que não é só cheiro do xixi.

VOZ MASCULINA 1 – Sim, tem o cuidado e tem a incontinência também.

VÁRIAS VOZES.

VOZ MASCULINA 1 – Eu acho que tem assim isso que a Dani falou, então bom, eu vou lá e falo isso pro Ênio: “Ênio não pode fumar aqui porque atrapalha o grupo”. Aí o Ênio não deu bola, fez que não te ouviu, continuou, daí tu vem e fala com o terapeuta de referência. Aí o terapeuta vai conversar com o paciente.

VOZ FEMININA 1 – Essa questão do cigarro, até por uma coisa de iniciativa, até que eu não se vocês sabem, aquela paciente que trabalha com as bijus que é da associação também. É a Ana, tu vivenciou a situação, o que aconteceu? A gente tava na jardinagem, e o pessoal tava plantando num canteiro, ela simplesmente parou do lado, puxou um cigarro e começou a fumar na cara da Claridê. Aí a Claridê me olhou assim, tu sabe que ela é meio quietinha, daí eu disse assim: “Olha, se tu não te importa – bem assim eu falei, eu sei que eu posso ser grossa – a gente tá em grupo, será que tu não te importa de fumar mais pro cantinho? A gente tá aqui, a gente tá trabalhando junto da natureza, a gente tá plantando”. Daí ela olhou pra mim e disse assim “Tu sabe desde quantos anos eu fumo? Desde os quatorze. Por indicação médica, ela disse pra mim. Porque eu fui no médico com quatorze anos e o médico mandou eu fumar pra emagrecer.” E eu disse “Não, eu não to dizendo pra tu parar de fumar, eu tô te pedindo pra tu ir lá pro canto porque a gente tá no grupo assim, assim, assim...” Tá, passou, ela saiu dali meio batendo as tamancas.

VOZ MASCULINA 1 – Ela é braba.

VOZ FEMININA 2 – Aí um belo dia, a Bárbara veio nos chamar que era pra eu e a Susi ir ali na pecinha pra escolher uma bijuteria porque a gente tava no aniversário. Quando eu entrei na sala, ela me olhou, pode perguntar pra Susi, ela chegou e disse assim “Tu pode escolher” pra Susi, “Mas tu, não. Tu não porque tu não deixa a gente fumar, tu não deixa a gente fazer nada...”. Bom,

eu virei as minhas costas e fui-me embora. Não, eu não ia dizer “não, eu quero escolher porque me mandaram vir escolher”. Eu fiquei chateada

VÁRIAS VOZES SOBREPOSTAS.

VOZ FEMININA 1 – Olha, essa bijuteria, nós todos pagamos, VÁRIOS VOZES SOBREPOSTAS.

VOZ MASCULINA 1 – Tu tem que pensar que tu ali, no momento, por mais que fosse uma coisa afetiva do grupo, do aniversário, mas tu, ali, estaria conversando com ela pela questão terapêutica.

VOZ FEMININA 1– Ah, mas eu fiquei chateada.

VOZ MASCULINA 1 – Mas eu te entendo, na hora em que tu ficou chateada, é melhor nem falar mesmo.

VOZ FEMININA 1 – Chegou a me mandar um nó, eu engoli assim e eu fui pra lá, e a Susi disse “Dani, vem cá” e eu disse “Não, não quero mais”.

VOZ FEMININA 2 – Às vezes tem coisas que é da paciente que é com todo mundo, às vezes a gente fica chateada, mas talvez ela faça isso com todo mundo. Nós temos que ser mais terapêuticos e falar “olha, fulano, eu fiquei com a impressão de que tu ficou chateada por causa daquela coisa que eu te falei”.

VOZ FEMININA 1 – Eu acho que eu cheguei a falar, eu cheguei a dizer “O que, tu ‘tá braba comigo por causa daquele dia do cigarro?” Eu cheguei a falar com ela rapidinho, mas ela foi bem...

VOZ MASCULINA 2 – Mas eu acho que tem aí outra coisa anterior no que tu ‘tá relatando, Dani, é de que, de repente, ela entrou no espaço de um grupo do qual ela não fazia parte.

VOZ FEMININA 1 – Mas isso eu nem ia me incomodar, tem gente que vai lá ver a horta, vai ver as plantas.

VOZ FEMININA 2 – Tá, só pra gente objetivar, eu tenho uma sugestão pro cigarro. Só pra pelo menos umas regras, umas combinações a gente fazer. Pra mim, o que eu sugeriria: que aqui dentro, fica combinado, acho que é consenso para todos, que não pode fumar, nem na cozinha ou coisa assim.

VOZ MASCULINA 2 – e qualquer colega que ver alguém fumando tem toda a liberdade de falar: “olha, não pode fumar na cozinha”.

VOZ FEMININA 2 – E lá fora, a minha sugestão é assim, cada grupo que estiver lá fora teria, eu não sei o que vocês vão achar, autonomia para o grupo decidir se os pacientes podem fumar, se eles não podem, se eles podem fumar no finalzinho do grupo, construir com cada grupo. Lá fora é cada grupo específico que tem a sua autonomia pra decidir, a sua regra de fumar.

VOZES SOBREPOSTAS

VOZ FEMININA – Porque tem os pacientes que não estão no grupo, porque eu posso estar aqui fazendo no meu grupo, no meu grupo foi combinado que não pode fumar, um paciente do grupo dele pode, ele se encosta daqui do lado e começa a fumar.

VOZ FEMININA 1 – E foi o que aconteceu com a G.

VOZES SOBREPOSTAS

VOZ FEMININA 2 – No caso, com pacientes específicos, aí a gente tem que falar com o terapeuta dele. Porque pode ser que é um paciente mais paranóide, tu vai falar e o cara fica ofendido e tal, então tu diz “pô, então vamos conversar com o teu terapeuta e vamos ver o que a gente pode fazer”.

VOZ FEMININA 2 – Vamos trabalhar isso com eles, porque daqui a pouco, com a Carol eles podem fumar e no meu resolvem que não podem e daí “ah, mas por quê?” “Porque aquele grupo decidiu”.

VOZ FEMININA 2 – A gente tem que conseguir dar essa, fazer essa devolução “ah, no grupo da Carol pode, a Carol deixa”, eles vêm com esse papo. “Não, não é Carol, é o grupo que combinou.” Tu não tem noção como foi pra mim as primeiras semanas porque eu não sabia das combinações da equipe, a equipe não tinha um consenso. Aí os pacientes atuando, eu disse “olha..., vamos fazer uma combinação a gente aqui” procurando alguns colegas, mas eu acho que é bem importante a gente conseguir entrar em alguns consensos porque ajuda.

VOZ MASCULINA 1 – Tem que ter algumas regras também gerais mais um consenso. VOZES SOBREPOSTAS. Existe uma área de fronteira na casa entre o construído e o não construído. VOZES SOBREPOSTAS. Porque tem a varanda, tem uns banquinhos ali, na sala da Liz não tem nada VOZES SOBRESPOSTAS. Na varanda ali, que até no próprio CAD a gente tem ali. VOZES SOBREPOSTAS.

VOZ FEMININA 1 – Hoje, no corredor, daí tu passa e tem dos dois lados assim, aquela fumaça.

VOZ FEMININA 1 – Se a gente entrar pela questão de construção, pela arquitetura é assim mesmo, onde tem cobertura, é fechado, tu paga abitis pela varanda. VOZES SOBREPOSTAS.

VOZ FEMININA 2 – Então, eu acho que não pode por uma questão óbvia, entra pela janela VOZES SOBREPOSTAS

VOZES SOBRESPOSTAS

VOZ FEMININA 1 – Ou vamos estipular o fumôdromo RI SOS – Não, tô brincando.

VOZ FEMININA 2 – Aí a gente põe um adesivo na testa “fumante”, aí as pessoas ficam xingando...

VOZ FEMININA 1 – Então eu posso escrever aqui que na varanda, lá, não pode fumar, é isso?

VOZ MASCULINA 1 – De repente tem que tirar ali porque eles acabaram de fazer uns cinzeirinhos bonitinhos VOZES SOBREPOSTAS Daí a gente tem que ver onde botar esses cinzeirinhos, de repente numa parte aberta.

VOZES SOBREPOSTAS

VOZ FEMININA 3 – Se continuasse ali no corredorzinho, ali onde eles colocaram, aí não vai fumaça pra dentro.

VOZ FEMININA 1 – Tá, e uma dúvida, e quando estiver chovendo?

MILHÕES DE VOZES SOBREPOSTAS

VOZ FEMININA 3 – Gente, faz duas semanas que nós não temos reuniões de pacientes e nós não combinamos que não teríamos.

VOZ MASCULINA 2 – então a fronteira entre o sim e o não está definida, né?

VOZ FEMININA 2 – Vamos tirar os cinzeiros, colocar naquele lado lá que tem uma cobertura mas que não dá pra nenhuma janela.

VOZ FEMININA 1 – A gente bota uma no meio das taquaras também?

VOZ MASCULINA 1 – Eu não sei pela questão da chuva.

VOZ FEMININA 2 – Não, não pode porque daí os pacientes lá da jardinagem... Vão botar fogo lá. Lá tem muito mato seco, Deus o livre.

VOZ MASCULINA 1 – E tem uma coisa que a gente tem que cuidar que tinha ali, quando chove vai enchendo de água os potes das flores, fica um viveiro de larva de mosquito, tem que cuidar com isso também.

VOZ FEMININA 2 – É, os cinzeiros, tem que cuidar.

VOZ FEMININA 1 – Ficou alguma coisa combinado da cozinha?

VOZ FEMININA 2 – Da cozinha ainda não.

Anexo 2: Reunião geral

VÁRIAS VOZES SOBREPOSTAS

Meu nome é F., sou do CAPS adulto.

Paciente?

Paciente. [risos]

Eu sou a C., psicóloga e estou no serviço de atendimento a crianças e adolescentes.

Eu sou a R. trabalho no CAPS ad na parte administrativa.

Eu sou A., psicóloga _____.

Eu sou CE, psicóloga do _____.

I., psicólogo do CAPS 2, _____.

R. C. psiquiatra do CAPS ad.

Eu sou Ca, eu sou psicóloga, mas eu não trabalho no CAPS, 'tô fazendo uma pesquisa com vocês pela Unisinos.

Eu sou a Pa, eu sou estagiária da psicologia, do CAPS adulto.

Eu sou Cl., eu sou estagiária da psicologia também, do CAPS adulto.

Eu sou Ra., sou estagiária da psicologia do CAPS adulto.

Eu sou CN, sou terapeuta ocupacional do CAPS adulto.

T., assistente social do atendimento _____.

Dy., assistente social do atendimento de adultos.

Da., enfermeira do adulto.

Eu sou Po, tenho 31 anos e eu quero permanecer na casa, tenho muitos sonhos, daqui a 2 anos [ruídos], eu sou psiquiatra também, tô aqui no CAPS 2 e faço um turno na _____.

Ne – Bom, todos já se conhecem. Se os homens permitirem, concordarem, _____ em homenagem às mulheres. Pablo, Ives, Fabiano então nós 4. Sábado nós tivemos a comemoração do Dia Internacional.

I – Ainda mais que elas são maioria. [risos]

Dia internacional da mulher, caiu num sábado, até brincaram comigo, o Luciano no final de semana, _____ sábado e domingo, eles queriam mexer comigo. O Nilson de Souza escreveu a crônica dele do dia 6 de março, quinta-feira, ele escreve semanalmente na Zero Hora, no Segundo Caderno, e achei, por bem, trazer esse artigo para vocês. O título é “Elas”:

“Elas chegaram ao mundo mais tarde, provavelmente porque se demoraram diante do espelho do tempo até ter certeza de que estariam apresentáveis aos trogloditas que as esperavam.

Por isso, coube-lhes cuidar da caverna, manter o fogo aceso, alimentar as crias e marcar com risquinhos na parede os dias de solidão, enquanto os companheiros não voltavam da guerra e da caça.

Assim, tornaram-se hábeis para ocupar espaços, exímias no manejo das chamas da alma, inigualáveis moldadoras de personalidades e pacientes estrategistas de sentimentos. Elas sempre foram consideradas frágeis. Mas enquanto eles exercitavam a musculatura abatendo mamutes, trocando o pneu do carro ou jogando futebol, elas desenvolviam a força oculta da sedução, o poder das artimanhas do bem e do mal, a arte de preparar os mais deliciosos venenos do prazer. Tornaram-se, assim, no decorrer dos séculos, senhoras de seus senhores.

Elas nunca esconderam o medo. Porém, enquanto eles exibiam a duvidosa coragem do combate, elas aprenderam a curar feridas, a conviver abnegadamente com as doenças, a encarar com inexplicável destemor o rosto da morte e a chorar em silêncio as mais sofridas perdas. Tornaram-se, assim, sem ocultar as lágrimas, modelos de coragem.

Elas só conseguiram ingressar há pouco tempo no mercado de trabalho, porque o outro lado do portão era domínio deles, que tinham a exclusividade

das máquinas e ferramentas, sabiam se localizar no mapa das esquinas desconhecidas, dirigiam carruagens e veículos motorizados, construíam pontes e muros.

Também era deles o monopólio do conhecimento, das ciências, das letras e da travessia de mares e nuvens.

Então elas abriram delicadamente a porta do calabouço, insinuaram-se pelas vielas da modernidade e passaram a ocupar seus lugares no trem que as levaria ao futuro.

Elas só não assumiram ainda o comando do planeta por astúcia, pois sabem o quanto eles são sensíveis à idéia de perda de controle.

Mas já conquistaram espaços inimagináveis em séculos de supremacia masculina – e continuam buscando, pacientemente, o direito à igualdade total. E tudo isso sem renunciar à beleza, à maternidade, à vocação para a paz.

Elas têm um dia especial para reverenciar esta história bonita que elas vêm escrevendo dia a dia – com talento, com sensibilidade, com intuição, com inteligência e com o mais sublime dos sentimentos de suas indecifráveis almas: o amor incondicional.”

Falando de amor incondicional eu me lembrei de uma música da Simone, cujo título é “Sou eu”. Se vocês prestarem um pouquinho atenção na letra, quem não conhece essa música, é um diálogo sobre o amor. Então eu peço a gentileza pra que nós ouçamos essa música. Acompanhem a letra e o diálogo sobre o amor:

Pedi pro sol me responder: o que é o amor?

Ele me falou: é um grande fogo

Procurei nos búzios e tornei a perguntar

Eles me disseram: o amor é um jogo

Lembrei que a lua tinha muito pra contar

Ela se abriu pra mim:

Disse que o amor usa tantas fases

É uma luz que não tem fim

Eu pedi pro vento que soprasse o que é o amor

Ele garantiu: é tempestade
Bandos de estrelas me contaram sem piscar:
O amor é pura eternidade
Sem saber direito, perguntei pro coração,
Que sem medo, respondeu:
O amor é fogo, água, céu e terra
Sente, o amor sou eu
Sou em quem gera essa energia que conduz
Seu coração à essa estrada, essa luz
O amor é fogo, água, céu e terra
Sente, o amor sou eu
Sou eu quem salva o teu caminho da ilusão
Eu que te consagro, repetiu meu coração
O amor é fogo, água, céu e terra
Sente, o amor sou eu

Então eu trouxe o artigo do Nilton de Souza e essa música da Simone em homenagem às mulheres da casa. Parabéns.

[aplausos]

Pensando um pouquinho nos nossos três momentos da reunião, processo de trabalho, casos de pacientes e questões administrativas, eu estava pensando em propor que o grupo hoje, de repente se nós alterássemos um pouquinho a ordem em função de que nós temos colegas do ____ aqui conosco, do _____ também, infelizmente nem todos podem estar terça-feira de manhã na reunião, semana passada eu fiquei um pouco preocupado porque depois de uma certa altura a reunião se espaça. Eu até usei o termo para alguns colegas, o termo que eu usei às vezes, "eu perdi assim a tesão da reunião, fiquei sem tesão". Então hoje nós temos um grupo significativo em termos de colegas da casa, tal como alguns de antigamente, boa parte daqueles que estão faltando, não podem comparecer, infelizmente. _____ nem todos podem por compromissos em outras situações. Então eu queria propor, depois a gente poderia ver na seqüência o processo de trabalho, caso de pacientes, poderíamos começar com as questões administrativas hoje? Concordam?

Tá, eu tenho algumas questões pra tratar sobre questões administrativas e vamos fazer as inscrições de quem quer se inscrever para levantar a sua prioridade administrativa. Dr.S .AS. [VOZES SOBREPOSTAS]

Alguém mais?

Da Cultura?

Alguém mais se inscreve para _____ administrativa?

Pedi para vocês porque às vezes eu fico um pouco em dúvida, eu sei que vocês não vêem assim de alguns assuntos, onde colocar. Eu acho que isso é um bom sinal porque eles são inter-independentes, estão interligados, é lógico. Então às vezes eu fico um pouco em dúvida. Então vocês não reparem se, de repente, um assunto que eu posso levantar possa estar em mais de um momento da reunião.

Bom, começando, nós com a limpeza na casa, não estamos com muita sorte, recebemos mais uma funcionária, final de semana ela teve uma queda em casa e foi para o hospital domingo e ontem ela tava aí agüentou um pouquinho e depois não agüentou mais. Segundo lugar que ela fez _____ com muita dor. Ela veio hoje de manhã, então 8:30 _____ se a empresa souber que ela tá doente, e ela faltar o serviço poucos dias, eles vão desligá-la, né? Então ela me pediu muito se eu podia segurar até amanhã, não vou telefonar para a empresa, vou esperar. Então hoje de manhã eu levei com meu carro no posto da Vicentina porque ela mora ali perto, aí eu levei ela lá e deixei, até pedi que eles me retornasse hoje à tarde, para ver como ela tá. De tarde, eu vou fazer um contato.

Então, não sei quantos dias de novo nós estamos sem limpeza na casa, é uma pena, né, porque a gente tava começando a gostar das coisas mais limpas, mas esperemos que não seja coisa grave, porque o médico que a atendeu domingo, não sei qual é o médico e o hospital, disse que não era coisa grave, em questão de três dias ela estaria bem. Ele nem receitou nada para ela, mas ontem ela não se agüentava de dor. Então eu peguei e levei ela lá no centro de saúde Vicentina para ver se eles podiam dar algum tipo de atendimento para ela. Claro, se essa licença, se essa saída dela for mais prolongada, eu

vou procurá-la, vou conversar com ela, não quero prejudicar, daí vocês imaginam “eu preciso do emprego, eu preciso ganhar embora a empresa ganhe pouco”, mas essa é a situação.

_____o quê?

Uma coisa que eu to chamando de batata quente eu vou deixar por último nos meus itens administrativos. Estiveram conversando comigo essa semana pelo ASPA, Márcia e Cláudio. Eles continuam, parece que já era esse horário, mas enfatizaram que às terças-feiras das 15:30 às 17 horas, eles têm grupo de portadores de HIV. Então, às terças-feiras das 15:30 às 17 horas, grupo de portadores de HIV. Então quando quisermos participar, eles estarão abertos à nossa participação. Sempre às terças-feiras das 15:30 às 17 horas, grupo de portadores de HIV. Quando nós quisermos algum subsídio, algum material, algum contato com eles, eles estão à disposição para vir aqui, pra irmos lá, enfim, parceira ampla e total. Coloquei a casa completamente à disposição, portas sempre abertas a esse trabalho com o ASPA.

Semana passada, eu estive alguns dias lá no CAPS AP reunido com o PROAMPI, que eu não conhecia esse programa de meninos e meninas de rua, eu não sei se vocês já ouviram falar. Eu achei muito interessante esse programa.

I. – Nélon, esse aí que tu deu o recado antes vai ficar ali embaixo com o pessoal da secretaria, com esse dia e com o número de telefone do ASPA, pra gente poder entrar em contato, saber com o Fabiano.

DA – o Diego tá vendendo lá embaixo?

Tá subindo de repente. Ele sabe q tem a reunião, a gente chamou ele.

NE – Bom, do ASPA é isso aí, alguma coisa a mais? Eles se colocaram a nossa disposição lá na reunião conosco do CAPS ad, trabalha com meninos e meninas de rua, e eu não conhecia nada desse programa. Mas eu tenho lido

nas conversas e contatos que a droga, os psiquiatras sabem, os psicólogos sabem melhor do que eu, de que a droga está se tornando um gigante incomensurável, coisa impressionante. O crack principalmente. E o pessoal do ASPA me falava ontem que agora eles estão fazendo torneios por aí de qual droga é melhor, de qual droga age mais rápido, estão fazendo torneios de drogas.

DA – Vocês ouviram falar de um coquetel agora que o pessoal tá tomando nas festas rave, vai aquele do HIV e mais outras coisas misturadas.

*É um coquetel distribuído com os ingressos das festas rave.

*Isso é pra outro público alvo, não é para o público alvo VOZES SOBREPOSTAS

NE – Eu acho que nós temos com 8 na lista de espera do CAPS ad, mas essa lista de 8 e 9 vai subir mais, vai subir pra 12 aguardando internação para desintoxicação.

Semana passada eu participei de uma reunião chamada pelo nosso vice-prefeito com os responsáveis pelas unidades da saúde aqui do município e, aliás, de tarde, houve a transmissão de cargo, o prefeito Vanazzi viajou para a Itália, eu acho interessante eu colocar isso pra vocês, nós estamos, por incrível que pareça, levando know how do deslocamento de lixo para a Itália. Claro que nós vamos também lá coisas para nós, né. Então o prefeito está na Itália fazendo todo esse intercâmbio aí e até retribuindo visitas de italianos em nosso município.

E na transmissão de cargo do prefeito Vanazzi para o Dr. Alexandre, o Vanazzi até se emocionou, ele pegou o “Vale dos Sinos” outro dia e mostrou uma manchete em letras garrafais. Nós estamos no governo há três anos e três meses e eu ainda não tinha visto nem lido uma manchete com letras garrafais na capa do BS elogiando a saúde, especialmente o hospital, a fundação

hospital Centenário, que teve um aumento de arrecadação de 45%. É este o número, né?

Eu confesso a vocês que, em 2005, quando eu estive na direção do RH do hospital, eu fiquei muito preocupado porque eu achava que aquela dívida do hospital era um saco sem fundo: precatórios, precatórios, precatórios, enfim, era uma coisa impagável. Pois o pessoal, a administração, a equipe arregaçou as mangas, tá trabalhando, e o dr. Alexandre_____.

É no dia 31 de dezembro, às onze horas da noite tinha 123 funcionários trabalhando no hospital. Dia 31, eu tava fazendo festa às onze da noite.

Então 123 trabalhando dia 31 às 11 horas da noite. Então o dr. Alexandre é um entusiasta do SUS, impressionante o entusiasmo dele pelo SUS.

Eu não tenho aqui agora, de repente se vocês tiverem interesse, essa coisa dos números, ali no mural, mas comparativamente de 2004 a 2007 é impressionante o crescimento dos números de atendimentos. E uma inversão, quer dizer, uma inversão proporcional, hoje, 80% dos nossos atendimentos do SUS são feitos pelos postos de saúde, eu me surpreendi com esse número.

I – Incluindo os centros de saúde?

NE – Não, só os postos, sem os centros de saúde. Os centros de saúde são responsáveis agora por 15% do atendimento.

NE – Os centro de saúde são agora responsáveis por 15% dos atendimentos.

I – Esse é o número pensado pra uma atenção básica.

NE – Exato. 95% estão em alguns postos e nos centros de saúde cabendo ao hospital 5%. O projeto do governo foi nessa perspectiva de desafogarmos o hospital. E aqui nós temos profissionais da área da saúde reunidos que tem isso de que quanto mais nós desafogarmos o hospital e atendermos nos postos e

nos centros de saúde, nós temos muito mais condições de melhorar a nossa qualidade de atendimento.

Então, o Vanazzi se emocionou mesmo, ele se emocionou quando ele leu essa manchete porque seguido sai manchete negativa, né? O contrário _____. E ele se emocionou com essa manchete e com esse elogio à saúde do município de São Leopoldo. Então ele fez questão mesmo, ele e o vice-prefeito de dividir esses louros com todos os colegas das que estavam lá das unidades. E eu faço questão de dividir com vocês os louros desse trabalho que vocês realizam aqui no CAPS adulto, no CAPS infantil e no CAPS ad.

A propósito, o dr. Alexandre, depois, numa outra reunião com as unidades da saúde, ele me perguntou o seguinte (é bem estilo dele de querer pegar a gente no contra-pé): “Nélson, o CAPS infantil está funcionando?” Eu demorei um pouco pra responder e quando a gente demora a responder é porque não se sabe, eu demorei um pouquinho. Dei uma passo, suspirei e falei: “Quando é que vai ser a inauguração do CAPS infantil?” Aí veio o não-dito, os psicólogos sabem melhor do que eu de que às vezes o não-dito fica pelo dito. E o não-dito, em outras palavras, marca, abarca todas as providências necessárias pra marcar a data de inauguração do CAPS infantil.

I – Quando o CAPS ad for CAPS, _____ ele pode inaugurar sem ser CAPS.

NE – O CAPS ad, eu tava de férias, foi inaugurado em janeiro sem estar oficialmente regulamentado. Mas eu, para surpresa minha, também na semana passada, fiquei sabendo que o CAPS I está credenciado. Também não sabia, vocês sabiam?

I – Ele tinha recebido a verba para estímulo. O credenciamento, eles teriam que estar vindo aqui pra fazer uma vistoria pra ir poder – isso é pelo menos o que eu sei. Se já foi diretamente regulamentado, isso dá pra ir ver na primeira

CRS. Isso, pode até ter acontecido. A gente pode ver lá na primeira CRS se já está regulamentado ou no próprio site do ministério da saúde.

NE – Vocês entenderam a pergunta dele de que dia vai ser a inauguração, tomem as providências em termos de recursos, etc., etc., etc. Questões que eu já coloquei pra vocês semana passada. Então, a gente está agindo, nós estamos trabalhando muito nesse aspecto ainda de recursos e logística etc. e tal. Ainda ontem começou – e hoje deve ter concluído – o trabalho que o _____ que faz a manutenção lá na prefeitura, fez uma revisão das nossas tomadas, dos nossos chuveiros. Então esperamos que em breve um dos pedidos já feitos no verão, nós teremos os chuveiros masculino e feminino para os pacientes e o chuveiro aqui no banheiro nosso dos profissionais.

DA – E o ar-condicionado voltou a funcionar ou não?

NE – Olha, eu tenho até um pouco de constrangimento de dizer isso, mas o Fabiano dizia “Eu acho que o ar condicionado lá da sala da administração é só um problema de tomada”. Já está funcionando.

DA – Quem disse isso fui eu.

NE – Foi tu, Da, fosse tu? Tá, mais o F. reforçou (VOZES SOBREPOSTAS). Então breve a gente espera porque, eu vou dizer uma coisa pra vocês: eu trabalhei 30 anos no estado e eu me desesperava às vezes com a burocracia do estado pra resolver certas coisas. E saibam vocês que eu estou agora há quatro anos trabalhando no município, não é muito diferente o município é burocratizado. Essas questões do tribunal de contas, controle de contas, etc., etc., etc. deixa o pessoal muito temeroso. Hoje, o gestor tem muita responsabilidade, qualquer recurso não reutilizado, ele pode responder a processo etc., etc., etc. Então o pessoal de acautela muito e esse acautelamento atrasa, posterga e retarda e

torna moroso o andamento das coisas. Por exemplo, os consertos da casa, nós já estamos há duas semanas nós estamos nos concertos que tem na casa, manutenção básica, parte hidráulica, telhado, etc. e tal, e vamos ver se talvez na outra semana nós consigamos a liberação. Mas ta muito, ta muito moroso. Eu acho que isso tem que ser muito mais, muito mais... Oi, Diego, entra. Mas nós estamos em cima dessas questões pras coisas andarem o menos vagaroso possível.

Uma outra questão que eu também quero colocar para vocês envolve também já outros espaços aqui das nossas reuniões, processo do trabalho, etc. que a Secretaria de Educação está nos devendo um professor pedagogo _____. A nossa psicopedagoga retornou para o sistema municipal e a nossa psicóloga não retornou para o nosso sistema. Cadê a nossa psicóloga?

Bom, a própria Eva esteve conversando comigo de que gostaria de continuar lá no NAP e a Secretaria de Educação também gostaria que ela permanecesse no NAP e me prometeram pra esta semana encaminhar um professor pra conversar. Então essa semana já tem uma hora marcada com esse professor pra conversar comigo sobre essa questão.

I – É psicopedagogo também?

NE – Eu não sei. Eu sei que uma das coisas é que ele também é professor de educação física e ele tem experiência no currículo de trabalhar com clientela do nosso perfil que nós trabalhamos e tem vivência neste aspecto. Então, ele vem conversar comigo essa semana e aí _____. Então, estamos prestes a receber, tomara que dê certo este, a nossa contra-partida da cedência da Eva.

Bom, o último assunto meu, batata quente: transporte dos nossos pacientes. Dia 30 de abril agora termina a validade da lei que dava passe livre para os nossos pacientes. 3052, a lei, e o que está acontecendo? As empresas não querem mais aceitar os passes, não querem. Elas se juntaram, vocês sabem, cada grupo se agrupa e _____. Então, as nossas empresas não querem mais passe livre. O presidente da Associação, o Fábio, ele já em mais de uma

ocasião conversando conosco, lá nas reuniões da associação, uma das sugestões que veio de que continuasse o passe livre de segunda a sexta-feira. Porque o que é que as empresas alegam? As empresas alegam – eu vou passar _____ – as empresas dizem que tá muito abuso. Então, assim como a gente conhece os pacientes fisionalmente, eu em pouco tempo já conhece vários, as empresas, os cobradores, também conhecem. Lógico. Então o pessoal, sábado e domingo, eles desfilam pra lá e pra cá com a carteirinha de passe livre. Então as empresas não querem mais. Bom, alternativas de solução: o presidente propôs essa idéia, esse aspecto de carteiras de segunda a sexta. Mas as empresas também não querem. O que é que está sendo cogitado? Amanhã de noite tem a reunião do conselho municipal de saúde. E o conselho municipal de saúde, como nosso órgão principal de controle da saúde do município está muito interessado em contribuir _____. E uma das idéias que surgiu é vale-transporte. O Fábio me falou que, eu sei disso -----que o vale transporte tem muito poder de barganha, poder de troca. Até dinheiro já foi cogitado. Eu disse a minha opinião de que os nossos pacientes com o dinheiro da passagem, eu não sei qual vai ser a frequência daí dos nossos pacientes, sem julgar ninguém. Então dinheiro é uma coisa que, né, mas no momento a idéia que está sendo gestada é essa do vale transporte. Bom, se isso de fato caminhar positivamente, nós teremos ou nós teríamos que nos organizar também aqui internamente pra um controle. Porque vocês sabem, melhor do que eu, que o paciente que vêm uma vez por semana, que vêm duas, que vêm três, outros são pacientes intensivos que vêm diariamente. E aqueles que não são pacientes intensivos, vocês sabem que nós temos pacientes que mesmo não sendo intensivos, eles vêm diariamente à casa. Passam o dia aqui na casa. Bom, então eu gostaria nesse meu último assunto administrativo é colocar pra vocês pra vocês pensarem, discutirem um pouco aqui na reunião – eu não marquei o tempo, nós começamos às 9:15, né? – nós temos mais ou menos previsto uma hora, só que hoje não dá mais uma hora, dá mais ou menos 50 minutos pra cada momento. Vamos ficar com 50 minutos pra administrativa, n’so agora temos 30, 35 minutos, teríamos..

I – E o próprio Fábio, tinha sido combinado na reunião passada, estaria tendo que vir às 11 e meia como amanhã tem uma reunião do conselho municipal de saúde VOZES SOBREPOSTAS.

NE – Tá, quem sabe nós, eu proponho pro grupo o seguinte, se nós discutíssemos um pouquinho desse assunto agora, depois, às 11 e meia, abriríamos uma janela para a associação pra eles trazerem a posição deles sobre o assunto. Concordam? Então, tá em discussão. Inscritos pra transporte dos nossos pacientes?

*Eu tenho uma sugestão.

NE – Sim.

* Eu não sei, quando eu trabalhava __ grupo escolar, a gente tinha um esquema que a gente ganhava o vale transporte.

NE – Ganhava o vale transporte.

* Então a gente ganhava os bloquinhos e a gente fazia assim: cada terapeuta dava pro seu paciente.

NE – Por dia ou por semana?

*Por dia. Por exemplo, o paciente vem hoje, amanhã ele vem de novo, dava pra amanhã só...

NE – a de volta?

* Exatamente.

NE – Hoje, o retorno e pra amanhã...

* Porque a assim a gente tinha um controle. Se ele não retornasse no outro dia, não ganhava, não ia ganhar mais a passagem. Então, assim era um meio de a gente ter um controle. Só que também, aí tem que ver, que a gente até tinha pensado de, de repente o administrativo, ficar com os vales. Eu acho que é muito complicado, eu acho que o mais certo seria...

*Mas _____

* É, mas é que antes era diferente, né? Quando era o CAPS _____ era um pouquinho de paciente.

DA – Não, era 220 pacientes.

* Sim, mas agora tem muito mais. Mas gente que vinha intensivo não era mais de _____, era bem menos. Então a gente conseguia ter mais um controle, mas eu acho que agora tá muito grande.

* E _____, eu acho assim, que é uma clientela muito, eu não sei...

* Hoje tem muita gente que não faz grupos. E se a gente olhar as agendas dos médicos, tem paciente que tá vindo __ não consegue acessar consulta, ele não consegue acessar essas coisas e eu acho que isso ia segurar mais porque daí a gente ia ver quem tá realmente no grupo, quais as pessoas que efetivamente... até eles que usam a carteirinha por aí e acabam acessando o serviço.

I – Essa coisa é uma coisa difícil.

* É complicado.

I – ... porque se a gente for pensar no CAPS, a idéia do CAPS é de que possa ser um local mais aberto, que o paciente possa vir. Tem esse acesso a mais, os pacientes graves. Então, nisso, por um lado, pode ser bom porque a gente regula a vida deles aqui. Mas será que é isso que _____mente se espera do CAPS?

* Essa coisa assim de “vou te dar vale transporte pra tu vir ao tratamento” é uma idéia muito limitada de saúde. Porque se agente tá pensando que saúde é também ele poder ter um contato com o familiar dele, ele vai vir sim fazer uma visita no sábado.

I – Isso é importante.

* Isso é vínculo. Ele vai ter que ir pra não sei onde _____. Ele vai pra um grupo no ASPA. Saúde é mais o que _____ [Sim, mas essa... eu acho também] a gente lida com familiares que não têm condições de ir e vir.

* Mas quando a saúde começou, nós tínhamos esses valezinhos, eram vários diferentes, eram papelzinhos e vinha discriminado que era pra paciente do CAPS e tinha que ter uma carteirinha de identificação do CAPS. Aquele tíquete não podia se trocado por leite nem nada, nem coisa nenhuma, nem por cigarro, porque quem recebesse aquele tíquete não ia ter a carteriinha junto do... no caso, não daria pra comercializar. Então nunca deu problema esse tíquete com a carteirinha. Só que daí sim, a gente fez a reunião com o pessoal do transporte e colocou essa questão, quando a gente pegou o CAPS, de que era importante eles poderem... a gente passeava muito na cidade, eles passeavam muito mais do que hoje, vários eventos, a gente trouxe para eles essa questão e aí sim eles liberaram o passe livre. Tiraram o tiquetizinho esse e deixaram a carteirinha e pediram par a agente que mandasse relatórios de para quem a gente tava fornecendo a carteirinha. Então o pessoal da administrativo tinha uma relação, cada um que entrava ou abandonava, a gente botava na relação _____, aí se eles iam recolher a carteirinha ou a gente ia recolher a carteirinha, deixaram a nosso critério. E eles deram um número de carteirinhas limitadas. A gente só fornecia 100 carteirinhas. No momento que entrasse o último automaticamente saí outro. Aí chegou o momento que eles simplesmente liberaram para todo mundo, "vocês estão agindo corretamente, não estão fazendo nada de errado, não tão dando problema, pode liberar para todo mundo". E aí foi que começou esses excessos, porque daí o pessoal vinha para uma avaliação, pegava a carteirinha, se sumia e ficava circulando por aí.

* Eu acho que o ideal seria eles poderem ter carteirinhas. [ruídos]. Pra nós, trabalhando com saúde, pensando na inserção das pessoas na cidade, eu não vejo como algo negativo eles estarem usando a carteirinha para passear, para visitar um familiar, para ir num lugar. Isso eu acho que até ajuda no sentido de que quando a gente trabalha com eles para ficarem si aqui dentro, para sair para rua. Mas, por outro lado, se daqui a pouco isso é inviável por

toda essa questão do transporte, se isso não vai ser possível de ser negociado, eu acho que daí a gente vai ter que lidar...

I – Claro.

* ... negociando o vale transporte e tem que ser organizado melhor porque é melhor o vale do que nada.

VOZES SOBREPOSTAS

* ...porque é isso o prejuízo que as empresas alegam.

* ... porque isso aí de que a empresa não paga a carteirinha, isso aí ta certo, porque não consta na lei que os nossos pacientes vão ganhar...

VOZES SOBREPOSTAS

* ... mas além porque talvez a gente possa continuar nessa política de fornecer passagem só pra vir aqui vai na contramão de tudo o que a gente tem tentado construir com os pacientes. Que a gente possa fazer de forma organizada, "ah, fulano, esse final de semana" sei lá, "dá uma passagem a mais"...

VOZES SOBREPOSTAS

* ... ou a carteirinha _____ para eles terem a passagem e liberar por semana, sei lá, 7, sei lá, 14, né?

* Ta, mas aquela de liberar uns vales a mais...

VOZES SOBREPOSTAS

* É por isso que eu digo, se o terapeuta conhece o seu paciente, aí ele pode isso, eu acho que tem que ficar a cargo do terapeuta. Se esse paciente vem todos os dias no grupo, ele costuma sair, ir não sei onde, então por que não dar para ele um vale? Eu acho que pode dar tranquilo desde que tenha critério.

* Porque se a gente perder o foco do critério, foi o que eu e a (Leia) discutimos aquele dia com o dr. Sérgio Mello, porque a preocupação dele era essa porque na verdade sai da secretária da saúde agora esse dinheiro. Para as empresas, __ a grosso modo pelo o que eu posso entender, não tem muita importância se a gente vai dar uma ou dez, porque, né, vai sair do... Então ainda nós vamos estar incorrendo naquilo que a Eliane disse, daqui a pouco vai ser viável, a saúde vai disponibilizar esse recurso? Por que a gente colocou lá aquele dia que a gente hoje, que ia ser avaliado os casos, que, né? Eu acho que sim, que se tem ali no plano ____ que o paciente vai lá ter. Nós podemos explicar. A gente não pode é...

NE – A solução, segundo o que eu tô entendendo, a solução ideal não, a solução, a melhor delas seria continuar com uma carteirinha dessa com o passe livre, seria a melhor solução. Mas o problema é que é muito difícil continuar. Se nós conseguíssemos então...

Quando a _____ falou eu tava achando interessante essa questão...

* Quando a gente chamou o pessoal desse grupo e eles conheceram o trabalho, vieram num dia de atendimento, viram a circulação, viram como é que funciona. Porque a gente não foi beneficiado, a gente fez todo um movimento para entrar aquela lei.

* ... falar com vereadores, os pacientes foram, a gente fez toda uma comissão e eles não nos botaram na lei. Foi aprovada a lei e agente passou. E aí a

gente então teve que _____ esse serviço. E aí sim que eles liberaram esse passe livre e aí que viram...

NE – Aí que concordaram.

Anexo 3: Reunião assunto coordenação

Mul- A onde não pode?

Mul- No ginásio.

Mul- Não, não, ainda não pode, mas é que é melhor pelo jeito, eles não levarem nenhum atestado. Eles têm um programa lá gratuito de ginástica.

Hom- Ai é dia 18 o primeiro dia, 18 de abril.

Mul- Eu to aí, pena que às 10 horas é o grupo de teatro, né? Mas Eventualmente não quer dizer que a gente não pode combinar e levar o grupo, né?

Hom- Claro, claro. A idéia é que seria de uma oficina aberta.

Mul- Tem vários pacientes que gostam de jogar futebol.

Hom- Então, a minha idéia ta apertando mais, um dia mais os homens e outro dia mais mulheres, mas a gente começa a ter duas quadras, são duas horas, aí a gente tem mais pessoas junto, a gente pode estar fazendo, é, o homens jogando numa quadra, as mulheres jogando na outra. Então ai a gente vai vendo devagarzinho.

Hom- 18 às 10?

Hom- Das 10, isso das 10 ao meio-dia daí

Mul- Brincadeiras antigas...?

Hom- E eles falaram que tem bola lá, que tem s materiais, tudo. Se precisar de rede pro vôlei, eles põe. Tem a quadra ate pro basquete, também da pra usar, às vezes.

Mul - Vamos começando? Quer dizer, tu já estava trazendo um assunto na verdade.

Hom - Isso, porque depois eu vou ter que sair também.

Mul - eu tenho um assunto que eu queria ver com vocês, que é, a gente já começou a falar disso informalmente, mas não em reunião, que é poder organizar um evento em maio, em comemoração a luta antimanicomial. O ano passado a gente fez, lá na praça, foi bem legal, só a gente teve que disfarçar um pouquinho o nome, na época me lembro que foi.

Mul - "Primeira Mostra Saúde Metal", acho que foi não me lembro.

Mul - Eu não sei, eu queria ver com vocês, eu acho que há essa hora a gente podia ampliar, eu pensei que a gente poderia fazer uma programação, tipo uma semana. Um dia fazer na rua também, como a gente fez ano passado, que seria um momento de ... na cidade tambémOutro dia a Ana tinha dado a idéia, daí a gente de organizar alguma coisa que seria mais com outros serviços.

Mul- Fazer um fórum de discussão.

Mul - É um fórum, com de repente, com alguém, com pessoas do hospital, enfim, de poder organizar isso. Eu ate falei, ah, quem sabe a gente tem uma parceria com a Unisinos também. Ai eu pensei.

Mul - (voz muito baixa)

Hom - Sim, a gente ... juntar e tenta discutir com outro serviço também ali. A gente fala saúde mental no geral, em todos os níveis.

Mul - E de repente um terceiro momento assim, passava em um filme, no CAPES que fosse. Três vezes tu já poderia encontrar a semana né, da luta antimanicomial. De repente botamos outro nome, inventar um nome mais bonito, ou deixar assim não sei.

Mul - Na sexta jogos de integração.

Hom - É tem que vê também qual vai ser o dia.

Mul - Também, podia ser.

Mul - Essa idéia da parceria com a Unisinos eu vejo que talvez seria e de ta chamando alguém da luta antimanicomial, mas não pra falar na Unisinos eu acho, porque é pra tirar um pouco da academia da cidade,(voz muito baixa) interessante porque geralmente aqui em São Leopoldo se chama alguém

daqui, né? Que seja daqui, eu acho interessante chamar alguém que seja militante.

Mul - Claro, nem fala.

Mul - Ta, mas daí tu pensou Carol, então, em fazer um dia junto a um paciente, isso, talvez? Não?

Mul - Talvez seja interessante.

Mul - E a semana seria aquela de, porque 18 é domingo, seria de 19 a 24.

Mul - Na verdade a gente pensou na semana seguinte, como a gente já ta, com pouco tempo pra organizar.

Mul - 27?

Mul - Sim, 19 a 24 da, né?

Mul - Ah, é claro! Ta certo. A gente ta falando o evento, que a gente quer organizar em maio. Ate a Camila deu a sugestão de fazer na terça dia 20, porque todo mundo, né todos os profissionais tão ai, né, todo mundo cancelava tudo e tal, e a gente vai ta a equipe toda ai.

Mul - Talvez podia ser assim, não no sentido de separar, né? Que possa ser pra usuários, que possa servir para estudantes da Unisinos, né? Que possa ser para toda a equipe, aberto a comunidade. E talvez pensando nisso, uma data só né?

Mul - A gente havia pensado 20 daí, na terça.

Hom - Vai ficar de inicio pro dia 20 de maio?

Mul - Acho que sim.

Hom - E quando que é o feriado?

Mul - Dia 22, na quinta-feira, quinta 22

Hom - Aí a gente vai fazer quais dias seriam?

Mul - Aí faria um dia só, dia 20, ou faria dois dias, talvez dia 20. Ah, não daí a sexta é prejudicada, né? Se dia 22 é feriado.

Mul - Se for sexta antes do dia 16?

Mul - ... A primeira e a terceira do ginásio?

Hom - Pode fazer alguma coisa assim.

Mul - Pode fazer algum esquema, alguma coisa com a Unisinos, eles passaram na segunda-feira, né?

Mul - Não vamos fazer uma coisa na rua, uma intervenção em uma praça. Mas tem que ver quando é que fica melhor, porque como tem feriado na quinta, de repente havia pensado em fazer na terça.

Mul - Não, não dá. Não na terça a gente havia pensado em fazer aquela discussão de fórum de.

Mul - Ta, mas acho que o que a Carol coloca é da gente fazer junto, fazer um só que interesse tudo. Acho que é isso o que a Carol sugeriu, entende? Não fazer separado. Pode chamar alguém de fora pra falar, né?

Mul - Na praça também, não dá? Se tiver ... de som, ou não.

Mul - (voz baixa)

Mul - Eu acho que seria interessante também, a gente tentar envolver esse pessoal que esta participando de matriciamento.

Mul - Isso, que a gente possa fazer convites, até

Hom - A gente só tem que organizar quanto isso aí, para eles poderem se organizar nos postos.

Hom - Porque muitas vezes com o pessoal do PSF, eles já fecham um turno, né. Eles tem dificuldades às vezes de estar saindo então, pelo menos algumas pessoas, né. A gente já organiza com antecedência a médico, enfermeiro, que pode estar às vezes participando.

Mul - (voz baixa)

Hom - É que eu acho que é isso que a gente estava falando que se de repente ficar tudo um dia só, não sei se não vai ficar tudo muito embolado, não sei se a gente não vai conseguir fazer uma discussão, um fórum.

Mul - De repente fazer uma coisa na rua, que seja mais aberto. De repente fazer uma coisa na rua, que seja mais aberto. De repente ter um outro dia, né?

Hom - Nessa idéia de estar fazendo uma discussão, de um fórum. É claro que os usuários também podem ir lá, participar, mas uma discussão muito dos trabalhadores, né? De saúde, né? Em geral, que possam estar falando aí o que a gente fala com o pessoal, né? Do apoio, né? Da "pensão" básica, que possa falar também como é que eles vêm, né? E aí eu acho que a gente pode fazer uma grande discussão sobre saúde mental, ate aproveitando isso que saiu no jornal, né, que acho que até saiu foi quase mais ou menos mostrando como que a gente acredita que deve ser o trabalho em saúde mental no município, né? Mais do que simplesmente uma resposta, acho que seria quase como um informativo, né? Porque muitas pessoas não sabem como é que se faz saúde mental, como é que é. Então acho que a gente, aproveitar esse dia da luta antimanicomial e para reforçar isso a gente pode

acho, estar vendo esses dois espaços, né? Claro que eles são amplos, né? Mas a gente focando mais na rua, de estar fazendo coisas mais ligadas a questões artísticas, alguma coisa assim e esse outro dia mais uma discussão, debate sobre saúde mental e aí poder chamar uma pessoa de fora.

Mul - De repente faz um segunda e o outro terça.

Hom - Pode ser.

Mul - Ah, segunda não estou, nem na segunda.

Hom - Terça ou quarta. Eles tem que ver os dias, né.

Mul - Quarta então, quarta é um dia que todo mundo ta né?

Hom - A gente pode começar. Com uma coisa assim na sexta, tipo, jogos, alguma coisa a gente organiza. Aí vê se vai fazer tipo como se fosse um campeonato ou se vai fazer outra atividade, ou alguns esportes, ou se vai fazer tipo uma gincana. Aí a gente que pensa como a gente queria fazer, porque a gente confirma se vai ter o espaço pro ginásio, a gente aproveita o espaço do ginásio para fazer isso. Depende da nossa criatividade.

Mul - Aí de repente terça podia ser o dia do debate, né? A gente pode chamar alguém de fora, convidar pessoas dos serviços da cidade para estar participando, de repente alguém da Unisinos, né? O pessoal daqui do próprio CAPES e na quarta a gente estaria na praça, daí poderia organizar uma programação mais artística, né? O grupo de teatro, da dança, podem se organizar ou apresentar, se alguém tiver também mais algum outro grupo que queira também apresentar.

Mul - Isso o pessoal da cultura falava.

Hom - Isso, aí esse dia fica um dia mais assim, esse dia na praça então almoço, apresentações artísticas, coisas assim, né? E a gente deixa mais discussões pra terça, né?

Mul - Terça de manha daí? Dia 20.

Mul - Pela manha?

Mul - E é um dia que toda a equipe esta ai, né?

Hom - É eu acho que é bom por causa disso, então ver quem pode estar participando. A gente vai ter que conversar com os outros serviços, né?

Mul - E daí dia 21 na praça entoa, é isso? Dia 21 na praça.

Mul - Pode ser sim.

Mul - Eu me lembro que na praça o ano passado a gente fez almoço.

Hom - Eu acho que é interessante almoço.

Mul - E aí fica o dia todo?

Mul - A gente ficou como as três, quatro horas.

Mul - Três e meia, eu acho.

Mul - São três momentos, eu acho que isso vai demandar bastante a organização da equipe, né? Normalmente em um momento só a gente já se escabela, chega na hora da confusão né, é normal, né? Mas poder se organizar bem, de repente quem vai estar mais na frente num dia e quem vai estar no outro para a gente não se embolar também, né? Como é que pé grande vai demandar bastante trabalho os três dias, né? A gente poder fazer uma divisão aí.

Mul - Acho legal chamar alguns usuários da associação para eles participarem, eles também já falaram algumas coisas, falaram disso do painel da luta antimanicomial que talvez seja uma idéia de fazer de novo que falaram de filme de cinema poder expor dessa faixa e vender, né. Acho que nos dois dias dá pra fazer né, a gente já conversa com o pessoal da geração de renda deles irem tocando ficha.

Mul - De eles venderem alguma coisa, daqui a pouco refri, se vai passar à tarde ou bolo, sei lá, para fazer caixa para a associação, né.

Mul - Nós vamos fazer alguma oficina aberta de novo?

Mul - Acho que sim, né? Na praça vai ter a parte da programação específica também pras oficinas né.

Mul - Mas ficou bem legal porque o pessoal da associação ficou bem preocupado de mostrar mesmo da cidade o que é o CAPES, essa coisa assim da loucura, do significado. Então eu acho que vai ser bem importante.

Mul -(voz muito baixa)

Hom - O que vai dar mais trabalho é o ... de terça, né. A gente vai ter que se ... para organizar bem o local, ver quem é que vai falar, como é que vai ser? na ordem, como é que vamos coordenar o evento, né? Porque esse de sexta, a gente vai começar a fazer uma atividade agora dia 18, vamos começar a falar dos pacientes e a gente vai organizando com eles, como o pessoal da associação como é que nós vamos fazer essa atividade.

Mul - Sexta ou quarta?

Hom - A de sexta, não na quarta, sexta é no ginásio estou dizendo, então atividade do ginásio. Vai ter antes já, vai começar dia 18 de abril então eles já vão estar aí a gente já pode ir vendo com eles, com o pessoal da associação

o que eles acham o que seria interessante. Que tipos de jogos, né, vamos dizer uma gincana, né? Então isso acho que é mais tranquilo para a gente organizar. Até uma coisa com os próprios pacientes, né? O que eu acho que nós vamos ter que ter um cuidado maior é nesse dia de terça que acho que vai demandar uma organização maior nossa.

Mul - Tanto de terça como de quarta.

Hom - Tanto de quarta também, mas o de quarta claro, porque o de quarta é as coisas externas. Que a gente tem que ver lá, conseguir as coisas que a gente tem a ver lá, conseguir as coisas, do almoço, tudo. Porque o de terça nos vamos ter que organizar bem porque nós vamos ter que quanto antes mandar convites já. Então era interessante que já estivesse tudo bem organizado, e a gente tem que ver se vai conseguir fazer mesmo.

Mul - Tem que correr com o local.

Hom - Isso a primeira coisa é o local, para ver a quantidade de pessoas que a gente vai poder colocar no local, para fazer os convites.

Mul - Ta do local então, vamos pensar. dia 21 de maio, ta, da praça, tem duas praças que o pessoal estava sugerindo. Ou a praça da biblioteca, que foi onde a gente fez o ano passado, que ela tem um espaço maior, assim um espaço bem amplo, mas também a Ana estava sugerindo a praça dos brinquedos, ela é bem mais apertada, mas é um local de maior circulação, passa mais gente.

Mul - Uma coisa que eu lembrei agora, o auditório da biblioteca ta para ser inaugurado, vai ser para agora, né?

Mul - É verdade.

Mul - Ai o debate pode ser lá agora se nós formos para a praça dos brinquedos o debate pode ser na de ginástica.

Mul - Bah, isso é interessante porque seja próximo do outro, né? Ali já fica assim um espaço mais que de.

Mul - A praça dos brinquedos é ali pertinho, né?

Mul - Não sei Nelson se o poderia de repente, não sei se tu tens mais contatos na cidade

Hom - Se fosse na praça da ginástica.

Mul - É porque na praça da biblioteca da outra vez a gente sentiu que, embora foi fácil para os usuários se deslocar pela questão do ônibus, foi esse o motivo da nossa escolha, as pessoas da comunidade não circulam é uma praça que não tem circulação.

Hom - É a circulação ali é insignificante.

Mul - Ficou assim fora da proposta, já ali no ... tem o correio, tem o INPS, tem as escolas, então não tem como as pessoas não passar pela praça, né.

Hom - Prioridade um, seria então, a praça.

Mul - Tem o pessoal que está em outros bancos, tem o pessoal que esta voltando do almoço, tem o pessoal que esta saindo das escolas.

Mul - Se a gente quiser colocar o toldo aquele.

Mul - E ai ajuda a organizar o espaço, ficou bom, né? Só se for na areia

Mul - Não, mas atrás não chega a ter areião, perto do quiosque ainda não começa areião e é o final da plataforma.

Mul - É de cimento, né?

Mul - Eu não me lembro

Mul - Não, não parte de cimento, não, cabe um toldo, mas poderia botar um ali e outro pra baixo.

Mul - Eu não me lembro.

Mul - Nós já fizemos em evento lá.

Mul - A gente vai ter que ir lá pra ver isso.

Mul - Se for com a estrutura que nós instalamos no ano passado. A gente sentou no chão, mas porque a gente não tinha cadeira.

Mul - Lá tem vários bancos agora.

Hom - Na ginástica ou não seria o salão a boate né, não seria suficiente. Tu acha?

Mul - Na boate cabe no máximo 80 a 100 pessoas sentadas.

Hom - Não da até 100?

Mul - Eu acho que não.

Hom - Ou seria pequeno?

Mul - É.

Hom - Então teria que ser o salão.

Mul - Daí que fosse um lado do salão, né.

Hom - Aquela parte da copa é maior do que a boate, né?

Mul - Ou a parte do balé, eles não gostam de emprestar?

Hom - Não, não gostam.

Mul - É maior que boate, né?

Mul - Bem maior.

Mul - Ta vamos pensar. eu também acho que a dos brinquedos, a circulação de pessoas é bem maior, a gente ganharia assim em termos da comunidade, né, divisibilidade pro evento teríamos que ver essa questão da infra-estrutura, né. Como essas lonas são bem grandes, tem que ver como a gente poderia tentar organizar isso ai na praça, nessa outra praça, né, eu acho que daí alguém cai ter que lá, medir de repente ligar, pedir as medidas das lonas, né?

Mul - Essas lonas são de onde?

Mul - Elas são da ... sabe umas que são usadas nas feiras populares?

Mul - Mas ai a de cultura pega através da ... que a ... que aluga, né?

Mul - Não sabemos se eles tinham elas locadas.

Mul - Ou locadas, eles disserem que são de Porto Alegre.

Mul - É são locadas, eles deram banheiros, tudo.

Mul - Eles locam, ano passado eles locaram de Porto Alegre Nelson, e daí eles colocaram para nós assim, a gente não pagou nada.

Mul - Então deve ser sob medida, se são locados.

Mul - Eles devem ter as medidas.

Hom - Outro, ali perto da praça também que tem uma sala bem grande e que está sempre vazia, tem a comunidade luterana que tem ali na São Joaquim entrada pelos fundos e tem um salão bem grande ali, com cadeiras, tudo.

Mul - Alias tem uma sala térrea bem fácil de ...

Hom - Ah, sim. Aquela sala é grande, né?

Mul- Enorme, ali cabem umas duzentas e cinquenta pessoas, tem cadeiras

Hom - Ta, mas a entrada é pela Marqueza?

Mul - Não, o acesso é pela São Joaquim.

Hom - Alem da ginástica haveria essa possibilidade da.

Mul - É a ginástica tem escadaria, né?

Mul - Eu acho que seria legal a gente, depois de fechar o lugar, ate ver a questão de folders, se a gente conseguisse fazer folders para poder divulgar, né, lembro que a Carol fez um bem bonito. Sei que parece que o hospital tem gráfica, né?

Mul - Eu sou a favor da gente fazer, organizar comissões de novo, que funcionem e assim tipo uma comissão que trabalhe só pensando na divulgação, por mais que neste primeiro momento vai pensar só nas questões de local, né, e um ou outro ficar pensando na estrutura, convite, divulgação e ter assim.

Mul - Que a gente se organize com antecedência.

Mul - É.

Mul - Acho que sim. Acho que a gente organiza essas comissões para operacionalizar mesmo, mas acho que uma coisa que a gente tem que ver em grupo e aí não sei se a gente tem que esperar o povo pra ver, mas é qual vai ser o tom desse debate, a quem chamar o que é que a gente que, qual o conteúdo, né? Acho que isso a gente tem que ver muito maior, não sei.

Mul - Eu tenho uma sugestão de uma pessoa é bem militante da luta antimanicomial que é a Simone Paulomo.

Mul - Ela trabalha com pesquisa, né?

Mul - Já trabalhou com pesquisa de assessoria institucional, trabalhos CAPES, trabalhou com vários CAPES. Eu tenho o e-mail dela se vocês quiserem, posso estar entrando em contato. Seria uma sugestão de um nome para estar falando.

Mul - Alguém também lá da escola, a Rose de repente.

Mul - Até teria que ver assim, para falar a essas pessoas, será que a gente vai ter uma verba para poder pagar ou a gente vai chamar e vai dizer olha, vai ser no amor e na raça?

Mul - Seria mais essa coisa de buscar.

Mul - Eu acho que não também.

Hom - É de buscar e levar, esse não teria problema.

Mul - Eu acho que não custa ver se teria alguma verba pro evento, se não tiver a gente aí, pelo menos.

Mul - Eu acho que a gente podia fazer as duas coisas, tentar verba pro evento e tentar que essas pessoas viessem. Que essa verba poderia reverter pra algumas outras coisas né?

Mul – Porque eu sei que mesmo lugares que tem a gente foi na capacitação, três meses depois eles ainda não tinham pago o hotel, nem o palestrante, nem nada disso.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Isso a gente tem que ter cuidado.

Mul – Daí queima locais, queima pessoas, não sei eu acho meio que é um respeito pelo o profissional, o pessoal estudou 665 anos daquele assunto, pesquisou, se capacitou, tudo bem que ela defende aquela causa, mas é a profissão dela.

Mul – Claro.

Mul – Se é possível pagar. Eu acho mais bonito pagar!

Mul – É mais profissional né?

Mul – Eu também acho.

Mul – É sim, mas a profissão de conhecimento também não é propriedade daquela pessoa, porque no fim também vai em instituições públicas, daí, é outra coisa né?

Mul – É e a gente sabe que se tem verba ...

Hom- Essa é uma questão interessante, quem estuda em instituição privada e quem estuda em instituição pública.

Mul – Até porque, por exemplo, na terça-feira de manhã provavelmente a Rose vai ta deixando de ta no centro de referência, um horário que é da escola ... pública, ela vai estar a trabalho, ela já vai ta sendo remunerada, inclusive se ... de manhã eu já vou ... Mul – (voz muito baixa)

Mul – Vamos ver as comissões lá?

Mul – Ta pro dia 16 que é dos jogos, o lvis não ta aí?

Mul – Não, não.

Mul – Entre outros né.

(muito barulho)

Mul – Ta dia 16 que é o dia dos jogos quem se candidata pra ta na comissão? O dia que é lá no ginásio.

Hom- Das 10 às 12 né?

Mul – Dia 16 é sexta né?

Mul – Isso é o dia do...

Hom – Bom nós vamos ter neste ... educação física esse é um membro obrigatório nessa comissão né?

Mul – É.

Hom – É lógico!

Mul – Vamos botar o Leandro, acho que o Ivis também vai querer.

(todos falam ao mesmo tempo)

Hom – Ta o Leandro então.

Mul – Raquel, Leandro e Ivis, ta bom, né?

Mul – É um dia que o serviço vai ta fechado pra essa atividade ou vai ta aberto? Também tem isso.

Mul – Boa pergunta.

Mul – Eu queria convidar o Diego pra participar da ...

Mul – Eu acho que os profissionais que tãõ aqui na feira (voz muito baixa)

Mul – É a nossa proposta é que feche o serviço e todo mundo participa, na verdade, essa comissão não é assim quem vai organizar, quem vai ta no dia a gente quer que sejam todos que estejam trabalhando e quiser ou puder ir possa ir, mas ai tem que uma coisa retomada com todos os profissionais.

Mul – Bem combinado.

Mul – (voz muito baixa)

Mul – Ta então a comissão é de quem vai organizar, não de quem vai ta lá no dia ta? É aberto pra toda a equipe, de preferência todo mundo que ta ai na sexta possa ta lá.

Mul – Tem que ser combinado pra ninguém marcar nada.

Mul – É combinado né.

Mul – Já tem que combinar agora aliás, porque ...

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Tem que vê a Betina e o Paulo...

Mul – Ta vamos então pra outro dia? Tem dia 20 manhã e o dia 21 na...

Mul – Dia 20 eu me proponho.

Mul – Eu me proponho dia 21.

Mul – Quem dá mais?

Mul – Isto é pra?

Mul – Organizar.

Mul – A comissão?

Mul – A comissão.

Mul – Ah dia 20 eu também posso.

Mul – Dia 20?

Mul – Uhum.

Mul – Eu dia 21 também.

Mul – Eu dia 20 também.

Mul – 20?

Mul – Uhum.

Mul – Pode ser dia 20 também né, acho que a gente vai ter que organizar essa página.

Mul – Eu posso organizar as do 21.

Mul – O que que é dia 21?

Mul – 21 é na ...

Mul – E dia 20 é perto da ...

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Eu vou dia 21 também contigo.

Mul - 21?

Mul – (voz baixa)

Mul – É também dia 20 é só de manhã, daqui a pouco da pra fazer um dia, não, sempre é melhor dois dias pra movimentar mais né?

Mul – É.

Mul – Acho que é.

Mul – Até pra não sobrecarregar o dia.

Mul – Eu acho que dia 21 tem que desmembrar também a comissão, um só pra organizar o almoço, e outros pra organizar o resto.

Mul – É.

Mul – O que mais resolveu ano passado foi o almoço. Esse ano eu vou servir o almoço.

Mul – Ta. Então a Natali eu vou botar pra organizar o almoço.

Mul – Pode me botar, eu não vou cuidar da cebola, mas

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Paula tu é do almoço ou das?

Mul – A gente vê como é que vai ficar. Pode ser do almoço junto com a Natali.

Mul – Ta.

Mul – A Gorete, a Suzi vão entrar em alguma comissão?

Mul – A gente ta só escutando.

Mul – Daí assim o ... aquele que é o do talvez, que faltou ...

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Segunda edição daquele... só que agora a gente tava pensando em fazer em outra praça. Os brinquedos dessa vez.

Mul – A Solange o pessoal que fez lembra?

Mul – E a gente vai ampliar, vai ser três dias.

Mul – Ah é louca!

Mul – Dias de semana?

Mul – Quatro turnos.

Mul – Sexta e terça de manhã só, não se assustem.

Mul – Sexta e Terça?

Mul – Terça de manhã, sexta de manhã e quarta o dia todo.

Mul – Sexta de manhã ficou uma atividade física, que vai ser vão ser jogos integradores interativos, sei lá como é.

Mul – Que tem a Raquel, o Leandro e o Ivis na comissão de organização.

Mul – E ai no caso sexta de manhã a farmácia?

Mul – Vai fechar e vocês vão ta lá junto.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Não eu digo pra organizar, se vocês puderem entrar na comissão. Tem essa aqui, tem a outra, vai da uma trabalhadeira aqui, mas oh, na verdade.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Oh dia 20, é, de manhã daí vai ter um momento dos debates, a gente vai chamar os outros serviços, os outros profissionais né, daí pra Carol, a Deise, a Gláucia e a Laís na parte da organização. E dia 21 vai ser na praça, vai te um almoço, vai te a programação cultural daí tem, eu, a Carol e a Ana, e a Natali e a Paula pra organizar o almoço, e a gente vai organizar as oficinas essa programação.

Hom – As comissões farão também os contatos ou querem que eu faça os contatos?

Mul – A gente normalmente nas comissões vê o que que não ta conseguindo, e ai a gente pode pra instância superior.

(todos falam ao mesmo tempo)

Hom – É preferível olhar os locais.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Comissão local da verba né.

Mul – Local e verba.

Mul – É mais institucional né.

Hom – De um modo, ou de outro eu não me importo de estar em todas as comissões.

Mul – A gente ... que vários eventos consegue folders. Comunicação.

Mul – É. Isso a gente pode ver também, a comunicação, repórter pra divulgar.

Mul – Na prefeitura, instituições que eles fazem contato pra divulgação.

Hom – Isso é fundamental.

Mul – Divulgação.

Hom – A gente tem o jornalista, aquela matéria que saiu no jornal foi o nosso jornalista. Conseguir um espaço de um dia pro outro é muito difícil, fácil vim é jornalista ai tu viu né no gabinete lá e na ... política.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Mas tu acha que vão fazer isso, bota o coordenador ao lado do São Pedro a falar, dizer que precisa de internação, não sei o que, tu acha que ... vai falar.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Eu acho que a gente tem que tentar.

Mul – Eu acho que tem que tentar, é.

Mul – TVE, por que não?

Mul – É a TVE acho que sim.

Mul – Acho que é estratégico, eles tão sempre falando de internação, de crack.

Mul – Eu acho que não é desconhecimento não.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Uma comissão de diplomacia que daí ... descola os convites ...

Mul – Embaixadores.

Hom – A partir de quando vocês acham que nos poderíamos começar a fazer as chamadas à mídia?

Mul – Assim que tiver logo definido o local, eu acho.

Hom – É o local, o local definido.

(todos falam ao mesmo tempo)

Hom – Porque é só a gente passar o material pro jornalista, e ele se encarrega de fazer as chamadas, quantas nos acharmos necessárias né.

Mul – A gente tem que definir agora o horário né?

Mul – Os horários né? Então vamos ver, dia 16. De cada dia tu diz Raquel?

Mul – Sim.

Mul – Dia 16 das 10 ao meio dia? Que é o dia dos jogos.

Mul – Que é o horário lá do ginásio que vai ta disponível.

Hom – O ginásio ta a nossa disposição.

Mul – Já tem o ginásio, já tem o local também oh, então isso aqui já.

Hom – Esse que é o problema do local?

Mul – Isso. Dia 20 que é de manhã, que horário seria?

Mul – Das 10, não da pra ser antes?

Mul – Não, mas é que o ginásio só tem esse horário. Ta disponível esse horário.

Mul – O pessoal tava até ocupado antes pra dar outras atividades.

Hom – No dia 16 né.

Mul – Sim, mas daí tu bota as 10, e ai até chegar lá é 11.

Mul – Mas, sai daqui 9. Sai daqui 9.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – A hora que começar a atividade lá.

Hom – Vai começar lá às 10. Sai antes daqui lógico!

Mul – Ta.

Mul – E só vai ta aberto aqui pra se encontrarem, aqui se for o caso né. Não vai abrir pra atender.

Mul – Daí se for se encontrarem aqui tem que ser antes.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Ta no dia 20 que horário seria? 9 ao meio dia?

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – É nesse dia que vai começar os debates né?

Mul – Tem que antes das 8 eu acho.

Mul – O que eu tu acha Carol?

Mul – Ah não sei 8 eu acho muito cedo.

Mul – 8 e meia.

Mul – 8 e meia?

Mul – Oito não dá.

Mul – É porque daí vai começar muito cedo.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Ta é melhor 8 e meia, pra começar o debate as nove.

Mul – É isso que eu digo faz um certo credenciamento assim.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Por isso que eu digo, não é pra começar a palestrar as oito, ou tá lá as oito.

Mul – A gente tem que aproveitar que a Glaucia ainda não pegou o vírus do só começa as nove do CAPES.

Mul – Não, a gente vai mudar. Já tá mudando!

Mul – Já tá mudando já.

Mul – Local tem também a Unisinos aqui né.

Hom – Pra, pra eventos assim?

Mul – Pra debates

Mul – Aham.

Hom – Tem que pagar, não tem mais civil de graça.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Tá.

Hom – Tu entrou na Unisinos, tu tá respirando, tá pagando.

Mul – Botou o pé já tá pagando.

Mul – A gente vem do Colégio São Luis também ...

Mul – A única coisa que eu achei legal é a idéia de fazer meio casado assim o local né? Um bem próximo do outro.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Demarca um espaço da cidade né.

Hom – Esse parque temático pro estado, o da evangélica, ginástica. Tanto a ginástica quanto a comunidade evangélica é um encontro né.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Tá dia 20 é das 8 e meia ao meio dia? É isso?

Mul – É.

Mul – Daí só tem que ver o local. E dia 21? Também acho que pode marcar 8 e meia até umas 15h da tarde

Mul – É o almoço?

Mul – É a praça. Das oito e meia as quinze, o que que vocês acham?

Hom – A outra vez fizeram o almoço lá na praça?

Mul – Fizemos.

Hom – Levaram todo.

Mul – Eu não tava aqui, não sei como é que foi, mas deve ter sido bacana.

Mul – Lá é bacana.

Mul – Lá tem algum espaço assim?

Mul – Não a gente faz tudo assim, no improvisado.

Mul – Ao ar livre.

Mul – Fogareiro?

Mul – Fogareiro.

Mul – É um panelão assim né.

Mul – E vocês tiram da onde tudo aquilo ali?

Mul – Ah, tudo a gente foi conseguindo, um trouxe uma coisa, o outro trouxe outra.

Mul – Porque eu tenho um fogareiro daqueles que fica da altura de uma mesa assim.

Mul – Ta então.

Mul – Dá pra trazer.

Mul – Pode ser oito e meia as quinze? Pode ser? O de dia 21?

Mul – Todo mundo concorda?

Mul – Sim, sim.

Mul – Não é muito pouco de tarde? Porque de tarde.

(todos falam ao mesmo tempo)

Hom – Ano passado esvaziou, né, depois do almoço.

Mul – É que começa a ficar cansativo, né.

Mul – Oito e meia ainda é muito frio!

Hom – Eu acho que a gente pode fazer as nove de repente, a gente vai organizando as coisas

Mul – Das 9 às 15.

Mul – Então ta, vai começar oficialmente as nove.

Hom – É pra, a gente pode já indo um pouquinho antes pra organizar, vai montando e ai as 9.

Mul – Das 9 às 15.

Mul – A gente tem que chegar antes.

Mul – Claro.

Hom – Isso claro vai montado, vai vendo as coisas.

Mul – Isso é a programação oficial não quer dizer que as 15 tem que sair correndo, fica mais e tal

Hom – Claro, claro ... mais ou menos com o sarau o pessoal depois do almoço começou a, teve o sarau e devagarinho o pessoal foi indo embora.

Mul – É daí a programação a gente vai. Tu ta na programação do dia 16.

Hom – Ta, eu vejo daí.

Mul – Obrigatoriamente.

Mul – Se tu quiser entrar em alguma outra, será muito bem vindo.

Hom – Ta, ta.

Hom – O Leandro obviamente também né.

Hom – Isso o Leandro ... eu tava até vendo com as gurias que agora já no dia 18, que vai ser a primeira vez que a gente vai usar o ginásio, a gente já vai ter uma idéia melhor do espaço, de como a gente vai poder ta usando lá. E ai a partir desse dia eu vou ver com o Leandro e com os pacientes, como que a gente organiza, quais vai ser as atividades que eles vão querer.

Mul – Ta, a Raquel também ta junto com vocês daí.

Hom – Ta, perfeito, perfeito.

Mul – Com vocês três.

Mul – Carol tu podia ver o e-mail né, aquela parte que tu fez no ano passado, ficou tão bonito.

Mul – (voz baixa)

Mul – 2ª mostra em defesa.

Mul – É eu também pensei assim.

Hom – Em defesa da luta antimanicomial.

Mul – Isso, alguma coisa assim.

Mul – 2ª mostra de saúde mental?

Hom – Se o ano passado foi mostra, eu acho que pode ser interessante né, vai, vai entrando na ... , 2ª mostra no outro 3ª, o na mostra como um subtítulo.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul – Então ficou assim oh, 2ª Mostra Capilé de Saúde Mental - Em Defesa da Luta Antimanicomial, é isso?

Mul – Uhum.

Mul – Até rimou.

Mul – Perfeito!

Mul – Então ta.

Hom – Mãos à obra agora!

Mul – Mãos à obra, agora tem uma trabalhadeira.

Mul – Vai ser o maior antimanicomial que vocês já viram.

Mul – A gente pode pedir pro Fabiano digitar isso aqui, as comissões e a gente deixar aqui.

Hom – Deixar bem, bem.

Mul – É porque daqui a pouco alguém que uma sugestão pra outra comissão, ou alguém que já é da comissão.

Mul – De quinze em quinze dias sai uma reportagem falando da situação do pessoal que ta viciado em crack, dizendo que precisa abrir leitos, e não sei o que. E saiu uma reportagem na Zero Hora de um ... de Venâncio que fechou, por causa dos, de ameaças dos traficantes. Então assim, eles já mostram que os ... , não sabem lidar com a situação. Um absurdo, um absurdo!

(todos falando ao mesmo tempo)

Mul – É 10h, eu não sei se a gente vai passar pra reunião dos pacientes ou se vai te alguma outra.

Hom – É umas 10 e 15 acho que tem que sair pra ir pro pra

Mul – É por isso que eu digo que tem que trazer eles pra essas coisas também pra eles começarem a se sentir seguros.

Mul – Eu não sei se a gente vai falar alguma coisa das reportagens do jornal se a gente fala alguma questão sobre isso.

Hom – É eu não sei se todo mundo só ficou sabendo, mas igual ta ali as reportagens. As duas né, eu acho que a primeira ta ai em baixo né, que saiu na quarta-feira acho questionando né a nossa coordenação, e ai o serviço só, junto com a associação, fez uma resposta. A gente falou mais quase explicando o que deve ser né, a saúde mental, e explicando justamente que o diretor não tem que fazer atendimento no hospital psiquiátrico diretamente aos pacientes nem nos ambulatórios assim, tava organizando a rede. Então eu acho que ficou bom, porque ficou claro e ao mesmo tempo não foi uma coisa de ir contra ou ... alguma coisa né, foi uma coisa pra ta explicando essa nota que saiu né.

Mul – Muito educado, obrigada pela resposta.

Hom – Que é uma coisa que sai a gente não sabe nem onde ... endereçado por duas médicas.

Mul – Mas a gente fez bem coletivo assim em construção do texto quem tava por ai dando palpite e tal demoro só porque.

Mul – Essa minha amiga que tava lendo disse que botaram... da saúde metal, ficou muito redundante.

Mul – Aham, putz

Mul – Sim porque a saúde né.

Mul – Eu sei.

Mul – Não, mas então.

Hom -...

Hom – Mas, ela que ta estudando português na escola repetiu de mais.

Mul – Repetiu de mais ... da redundâncias

Mul – É acho que é importante falar da concepção de saúde, da interdisciplinaridade né, que o gestor ele ta muito mais pra organizar o serviço, organizar a rede, ele não ta fazendo atendimento nem o usuário, então não tem nenhuma obrigatoriedade de ter que ter uma formação médica, né

Hom – Isso é, que nem diz ali acho que a gente colocou né que né, o conceito de saúde da organização mundial de saúde...o psicossocial nós temos profissionais mais focados no rio, outros mais focados no psi, e outros mais no social, e que pouca gente pode ter alguém formada em ciências sociais pra ta nos dando um plus que era justamente né, vamos dizer assim, uma graduação né que faltava na nossa equipe, então mesmo sendo

coordenador, mas é mais uma coisa pra ta compondo essa interdisciplinaridade que isso que se quer muitas vezes das equipes né, que possam ali ter oficinas né, de música, de outras atividades culturais, pra ta formando essa equipe do CAPES mais interdisciplinar e não ... esses profissionais ditos da saúde né, específicos né.

Mul - Acho que até intersetorial dialogando com outras áreas né

Hom - Ali acho que cabe um registro assim de agradecimento a toda a equipe porque, eu digo assim num bom sentido isso, vocês entendem, não mexerem com a ... , porque a turma, o grupo, a equipe se mobilizou, porque fazer um texto assim de uma hora pra outra é muito complicado né. Pra redigir, por exemplo, se tenho que redigir eu tenho que me concentrar, redigir correndo é complicado, mas eu digo assim a vocês de a minha responsabilidade aumentou, aumenta no tempo de uso. Fechou com em termos de propostas de trabalho isso me sensibilizou muito, eu digo a vocês assim eu recebi vários contatos, vários contatos cumprimentando o texto, o texto ficou em muito alto nível isso foi o mais importante.

Mul - O tom.

Hom - Não agrediu, o tom quer dizer o nível do texto, quem não leu o texto realmente é de muito nível, não agrediu, não baixou a bola ficou tudo sempre em alto nível.

Mul - Super consistente também.

Hom - É isso que o pessoal, muitas pessoas entraram em contato comigo, olha que boa a matéria médicos, médicos entraram em contato comigo e o vice-prefeito como medico que é nosso ele também recebeu vários contatos de médicos solidarizando-se com o governo. Antes daquele artigo que saiu aqui da equipe no jornal do dia 20, já no dia 19 saiu aquele artigo ... o vice-prefeito recebeu vários contatos de médicos da cidade solidarizando-se com a decisão em termos de a que coordenação. E depois com o artigo da equipe que sai no dia seguinte graças ao nosso jornalista, eu digo nosso porque é um jornalista ligado diretamente ao gabinete do vice-prefeito e a gente tem um canal direto com ele quando necessário se não seria diferente, mas ate estrategicamente eu penso, foi bom ter saído logo no dia seguinte à matéria. Em função disso eu aproveitei pra comunicar pra vocês que a gente encaminhou em forma disse porque o vice-prefeito sugeriu mandar uma copia oficialmente, não ficar em termos de jornal que é uma coisa importante claro pro conselho municipal da saúde então a gente mandou uma cópia com o oficio do conselho municipal de saúde. Como a mobilização foi da equipe, e não me custava assinar um oficio, mas ai eu pedi pro Fabiano ele disse que assinou com muito prazer isso o encaminhamento do oficio ao Conselho Municipal de Saúde, né, porque ainda o Conselho Municipal de Saúde estava cobrando do governo porque da troca da coordenação. Então foi por escrito

esse material para o conselho eu não sei se na plenária dessa quarta vai entrar porque isso entrou ontem, eu acho que não porque a pauta já ta mais ou menos e o regimento do conselho é muito exigente. Digamos assim 48 horas antes tem que ta pronta a pauta, então se não entrar na pauta de amanhã a discussão, isso vai vim à tona, vai entrar daqui a duas semanas. Então muito obrigada a todos pelo apoio.

Mul - o que era interessante é se a gente pudesse saber se era pra essa semana que ia entrar na pauta, na semana que vem a gente ta presente né?

Hom - É, ate foi sugerido La do gabinete quem pudesse. Eu posso ate verificar, mas parece que não entra não a pauta desta.

Mul - Tomara que não, né?

Hom - Ah é interessante, quem puder participar a própria unidade de trabalho.

Mul - Oh a Carol tem uma sugestão.

Mul - Que a gente possa se organizar pra ir na reunião e fazer um jantar depois.

(todos falam ao mesmo tempo)

Mul - Eu acho que seria assim fechar com chave de ouro de ta no conselho de saúde.

Hom - É porque o conhecimento em geral ainda é muito ... lá no conselho, pode se convencer, se a comunidade lá também maioria do pessoal tem muito pouco conhecimento do trabalho que se faz aqui, né. Eu me lembro daquela noite que vocês estiveram o Fabiano, tu.

Mul - Fui questionada na saída do conselho de saúde sobre essa questão.

(todos falam ao mesmo tempo)

Hom - Eu queria fazer um comentário rápido sobre isso com vocês, no dia seguinte ao artigo do dia 19 isso foi uma terça quarta-feira. No mesmo dia ali pelas 9 e meia dez hora tocou o telefone e o ... disse assim: "Olha o Dr. Vinicius do conselho de saúde de Porto Alegre queria conversar com o senhor". "não pode passar eu disse, ai ele disse assim:" Eu gostaria de fazer uma entrevista e poderia ser agora?" eu perguntei não é muito longa a entrevista? Eu tava no meio, tinha ate que sair naquele momento uma atividade não me lembro agora: "Não é rápido." Ai pelas perguntas feitas eu deduzi que aquilo era programado, sabe ele tentou me pegar no contra pé, ele fez perguntas pra mim óbvias, só alguns números que eu fiquei devendo e eu: "Agora eu não tenho no momento", foram varias perguntas que profissionais trabalham aqui, que tipos de terapia são feitas, tem terapia em grupo. Aquilo pra mim foi coisa

mandada, posso até ta ... demais. Mas eu acho auto-avaliação que eu fui relativamente bem nas respostas, mas acho que coisa mandada seria muita coincidência né, sair dessa, suponho que as respostas foram razoável pra boa, então se fossem todas ruins aproveitariam pra falar, olha o novo coordenador de lá ta muito ignorante e o trabalho ... , mas passou.

(todos falam ao mesmo tempo)

Hom- Se é coincidência tudo bem

Mul - Não sei, não acho que a gente tem assim consciência de, acho que esse evento ele não é do nada né, todo esse movimento do CAPS pela luta antimanicomial ele vem reagindo a uma forma de atendimento, uma forma de relação, e tem sim pessoas que também tem o seu movimento e que não segue essa linha essa diretriz esse pensamento, né, então eles são sim organizados, né, não fazem as coisas a toa a gente tava conversando antes do hospital psiquiátrico São Pedro desse movimento da Zero Hora ta futricando sempre coisas que vão mostrando que tem a necessidade da internação, desses convênios com os hospitais, né, da medicalização, então os caras são sim organizados

Mul- e tem uma contra reforma

Mul- e tem uma contra reforma, e umas das coisas assim que, talvez por eu ta a pouco tempo aqui mas eu posso ta fazendo uma avaliação equivocada, mas acho que é, é importante a gente da equipe e da das equipes, dos três CAPS se sentir mais junto, né, mais unidos, acho que isso faltou um pouco, né, algumas pessoas assim com receio se assinava ou não, aí alguns profissionais que acho que foram, pegos meio de sopetão sabe, acho que também a gente tem que ter tato pra chegar e expor a situação, né, porque a gente fica mesmo com receio, a gente fica com receio, e aí chega assim "a não tem um documento tem que assinar, não sei o que, vamos assina porque é pela reforma porque é pelo serviço porque saiu no jornal" talvez a gente, a gente fica assim muito ansioso pra da uma resposta porque são as coisas que a gente acredita né, mas acho que a gente tem que também se pensar em quanto a grupo, né, talvez não atropela tanto, porque as vezes eu me vi também atropelando algumas...

