

(*) *Liduína Farias A. da Costa* é Doutora, Professora do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Sociedade da UECE. E-mail: liduinafarias@terra.com.br. *Maria Sônia L. Nogueira* é Assistente Social, Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela UECE. E-mail: politicaspublicasuece@hotmail.com

O Centro de atenção psicossocial do Jardim América em Fortaleza e a desinstitucionalização: uma história de resistências

**The center of psicossocial attention of Jardim
America in Fortaleza and the deinstitutionalization:
a story of resistance**

Liduína Farias Almeida da Costa
Maria Sônia Lima Nogueira*

RESUMO: Este artigo objetiva discutir como os profissionais da saúde mental entendem a desinstitucionalização manicomial em Fortaleza, tendo como eixo norteador a Reforma Psiquiátrica brasileira. A pesquisa que o originou foi de natureza bibliográfica, documental e de campo. A observação sistemática e a participante, assim como a entrevista semi-estruturada com os profissionais, nos possibilitaram adentrar mais a fundo no universo da instituição. Entre os principais resultados percebemos a preocupação dos profissionais quanto ao risco de um serviço dito aberto também institucionalizar. Eles consideram imprescindível a formação de redes de cuidado em saúde, como meio de evitar que a desinstitucionalização se transforme em um sonho distante, e em razão de que, muitas das demandas chegadas à instituição decorreriam de "problemas sociais", que poderiam ser atendidos na comunidade.

Palavras-chave:
Avaliação de
serviços de saúde,
Saúde mental,
Reforma
Psiquiátrica,
Desinstitucionalização,
Serviço Social e
saúde.

I ntrodução

O objetivo deste artigo é discutir o entendimento dos profissionais da saúde mental a respeito da desinstitucionalização manicomial em Fortaleza. O eixo norteador é a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se de recorte

da Dissertação de Mestrado realizada (após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) no contexto do Programa de Pós-graduação de Políticas Públicas e Sociedade, tendo como campo empírico o Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV (CAPS SER IV), cujo objetivo foi apreender o significado que os profissionais atribuem às atuais propostas de desinstitucionalização preconizadas pela reforma referida.

Pesquisas como as de Rotelli (1990), Nicácio, (2001), Fernandes, (1999) e outros expressam os prejuízos causados pela incapacidade dos manicômios prestarem assistência à pessoa com transtorno mental e consideram que a resposta paradigmática ao internamento psiquiátrico estaria nas experiências alternativas. Nesse sentido, surgem, dentre outros, os serviços de desinstitucionalização dos CAPS como um dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Para responder ao objetivo proposto pela pesquisa, utilizamos a abordagem qualitativa de estudo de caso, referendada por Becker (1997). Empregamos técnicas de entrevista semi-estruturada, de observação direta e participante. Outras fontes de informações utilizadas foram os documentos institucionais, dentre os quais destacamos: prontuários, projeto terapêutico e plano de ação, assim como outras fontes do Ministério da saúde como o Relatório de Gestão da Saúde Mental, as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Saúde e ainda o conjunto de Leis relativas à Reforma Psiquiátrica.

Para a análise dos dados, consideramos os pressupostos de Minayo (2004). A partir da transcrição e leitura repetida dos relatos destacamos e recortamos os trechos mais significativos dos relatos dos sujeitos entrevistados, profissionais do referido CAPS.

Quanto à delimitação do grupo de informantes da pesquisa, elegemos a modalidade de amostragem por saturação, também apoiada em Minayo (2004) por se referir à representatividade qualitativa na pesquisa social. De acordo a autora, o sujeito transmite, pela fala, as representações de determinado grupo, ou seja, o sujeito é representativo do grupo social na medida em que pertence a ele.

O CAPS Como espaço aberto de cuidado

A implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos no Brasil, bem como no Ceará, tem sido uma realidade em virtude de pressões que demandaram do Estado mais atenção à saúde mental, culminando na implantação desses serviços. Tais pressões continuam sendo exercidas por

movimentos, sobretudo de profissionais, mas também de usuários e familiares, por exemplo, o Movimento da Luta Antimanicomial.

Como um dos modelos abertos de assistência psiquiátrica, entre outros, a exemplo do hospital-dia, da residência terapêutica, dos núcleos de atenção psicossocial (NAPS), dos centros de referência em saúde mental (CERSAMS), decorrentes da luta em prol da melhoria na atenção à saúde mental, os CAPS foram implantados no Brasil a partir dos anos oitenta do século passado. De estrutura terapêutica entre a hospitalização integral e a vida em comunidade, se propõem a cuidar de pessoas com transtornos mentais dentro da política pública de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira experiência de CAPS do Brasil é de 1987, em São Paulo. Depois os CAPS multiplicaram-se, por todo o País, propiciando a consolidação de assistência e a perspectiva de superação do modelo psiquiátrico tradicional pautado na internação manicomial.

Os CAPS se configuram como forma de assistência pública estatal ou contratada à saúde dos portadores de transtornos mentais e diferenciam-se das estruturas dos hospícios, sobretudo, pelo acesso local, aproximação à família e interdisciplinaridade, na medida em que o usuário é atendido por profissionais de diversas formações: Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e outros. São regulamentados pela Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial de saúde mental.

É interessante observar que tais Centros são orientados a funcionar em espaço físico específico e independente da estrutura hospitalar e propõem atendimento mais próximo da família e da comunidade, numa busca de estreitamento e fortalecimento de vínculos afetivos na prestação de assistência à demanda da população que esteve desassistida durante anos ou que só contava com a internação (SAMPAIO & SANTOS, 1996).

A Portaria referida propõe a perspectiva de fortalecimento de vínculos com a família e a sociedade, conforme se lê em seu artigo terceiro:

[...] é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual

será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instalações ou unidades que oferecem assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais [...] (BRASIL, 2002).

Assim, os CAPS fazem parte da política pública de saúde do SUS e têm como determinação constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária funcionando segundo a lógica do território¹. Propõem-se a não reproduzir o modelo hospitalocêntrico que se fundamenta na crença de uma verdade exclusiva da essência humana. Esta seria imutável, os desvios seriam patológicos e, portanto, precisariam ser tratados como tais, pela via da segregação. Neste caso confunde-se a doença com o doente e justifica-se que o isolamento seria proteção aos outros do próprio doente.

Em sentido distinto desse, os CAPS objetivam oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004).

No que dizem respeito à internação, tais centros seguem a orientação da Lei Federal n.º. 10.216/01 que preconiza a internação apenas em duas situações extremas: no caso do portador de transtorno mental representar risco iminente à sua vida ou a de terceiros. Tipifica que os CAPS só encaminham para internação, em hospital psiquiátrico ou de outra natureza, pessoas cujas situações fogem à sua capacidade de resposta.

A Lei ora referida regulamenta três tipos de internação: a voluntária, a involuntária e a compulsória. A voluntária é definida como aquela em que o portador de transtorno mental procura se internar espontaneamente. Na involuntária ele é internado por terceiros contra sua vontade, alguém se responsabiliza por ele. Quanto à internação compulsória, é determinada por ordem judicial.

¹ É uma construção decorrente do processo histórico resultante da ação de homens concretos e em permanente transformação. É também um espaço histórico, uma vez que revela as ações passadas e presentes (MENDES e DONATO, 2003).

Inicialmente, o CAPS foi proposto como serviço de atenção secundária à saúde, enquanto lugar de referência e tratamento para os casos de transtornos mentais, como as psicoses, as neuroses graves e demais casos, cuja severidade e persistência justificassem a permanência do usuário em um dispositivo comunitário de cuidado intensivo. (BRASIL, 2002). Toda e qualquer pessoa em sofrimento emocional, porém, é atendida pelo serviço especializado. Deste modo, o CAPS funciona como um ambulatório, apesar de que, atualmente em Fortaleza, e de modo especial na Secretaria Executiva Regional IV (SER IV),

o acompanhamento dos casos de ansiedade e depressão leves são atendidos, conforme pactuação, pelos serviços de atenção básica, mediante um sistema de apoio matricial, embora ainda de forma incipiente.

O apoio matricial consiste da troca de saberes entre os profissionais de vários serviços de atenção, envolvidos no cuidado dos usuários, com o objetivo de garantir que as equipes das unidades básicas de saúde e unidades referenciadas se vinculem aos pacientes e se responsabilizem pelas ações desencadeadas no processo de assistência (CAMPOS, 1999).

A proposta de apoio matricial da saúde mental na atenção básica, em Fortaleza, se efetiva por meio de uma equipe de profissionais da área cuja formação visa à prestação de esclarecimentos e orientações às equipes de saúde da família nos centros de saúde por meio de estudos de casos e discussões de situações relacionadas. Na SER IV tais atividades eram realizadas em seis centros, conforme lê-se através de reprodução da fala de uma entrevistada:

[...] a gente fez uma reunião e todo mundo queria voltar ao matriciamento [...]. Então a gente fez um pouco mesclado, o matriciamento, juntou pessoas das várias disciplinas, [...] de cada categoria um profissional, que tem no CAPS, e procuramos também juntar os três serviços [CAPS ad, infantil e geral]. Formamos duas equipes, montamos um cronograma e aí alguns percalços no caminho a gente vai ajustando [...]. (Entrevista nº 20, nível superior).

Ressaltamos, entretanto, que o apoio matricial ainda funciona como primeira experiência que se anuncia e passa por avaliações visando à continuidade do processo, com envolvimento não só da equipe de saúde mental, a que está à frente do processo – mas também com a adesão real das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de profissionais dos hospitais regionais.

Em 1993, em Fortaleza, foi estabelecida a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica que propôs à sua Secretaria de Saúde a criação de um CAPS por distrito sanitário, visto que a Cidade é dividida em seis secretarias executivas regionais. Essa proposta encontrou muita resistência, especialmente, dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados, visto contrariar seus interesses lucrativos. Grupos de empresários desses hospitais chegaram mesmo a motivar a organização dos usuários em defesa do hospício, incutindo em suas mentes que sem os hospitais eles não teriam local para se tratar. A esse respeito refere uma entrevistada:

Ela [a reforma psiquiátrica] não é um bloco sem resistência. P'ros hospitais era interessante manter aquele modelo que se ganhava muito e que tratava pouco. O Haldol [medicação] é uma droga de baixíssimo custo pro valor que a internação paga! Então por conta disso houve muita resistência, a lei da reforma psiquiátrica, que na época era muito inovadora, e todo mundo, os conservadores, ficavam apelando para o fato de que se iam destruir os manicômios os “doidos” iam ficar na rua, como nos EUA, que já tinha algo parecido com isso. (Entrevista n° 20, nível superior).

A despeito das resistências e sob a pressão de trabalhadores engajados no movimento antimanicomial, em 2001, o Governo municipal de Fortaleza, resolveu implantar apenas três CAPS II², reduzindo a proposta da Comissão. Ora, seis centros ainda seriam insuficientes para o atendimento da demanda considerando a dimensão e as especificidades territoriais e populacionais dos bairros abrangidos por estas secretarias, assim como o baixo IDHM³ de alguns deles. Tivemos, pois, uma situação perversa com a implantação de apenas três destes serviços, de modo que, profissionais, familiares e usuários sofreram não só com a superlotação dos CAPS e, assim também, com a impossibilidade de avançar na consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica de desospitalização e fechamento gradativo do hospital psiquiátrico. “Ao se internar, os pacientes vão e voltam pior, porque muitos não tinham nem problemas pra ficar ali internados”. (Entrevista n° 6, nível superior).

As dificuldades sociais e administrativas que seriam enfrentadas no caso de implantação de seis CAPS foram exponencialmente agravadas, uma vez que foram reduzidos à metade, ficando a população de todos os bairros de duas Secretarias Regionais sob a responsabilidade de um mesmo centro, o que causou muitas dificuldades para a vida das pessoas que precisavam do serviço.

Os CAPS surgiram como um serviço substitutivo ao internamento psiquiátrico, de modo que, leitos hospitalares começaram a ser fechados e uma demanda começou a surgir e se expandir. Então, como dar respostas a essa demanda era a grande questão, dada a impossibilidade de atendimento digno, o que ensejou grande insatisfação na população e nos profissionais que não dispunham das condições objetivas mínimas necessárias ao desenvolvimento das atividades.

Conforme Sampaio & Santos (1996) o Ceará tem uma história de consolidação da assistência em saúde mental de natureza asilar, tutelar. Assim sendo, o

² Os CAPS classificam-se por ordem decrescente de porte/complexidade populacional em CAPS I (para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes) e CAPS III (para municípios com população acima de 200.000 habitantes) (BRASIL, 2002).

³ Índice de Desenvolvimento Humano por Município: caracteriza o desenvolvimento humano e social de um território.

Município de Fortaleza mostrou grandes resistências à reforma psiquiátrica e, conseqüentemente à desinstitucionalização, em virtude da concentração desses hospitais, em sua maioria privados. Apesar disso, seguindo tendência nacional, houve uma mobilização de setores da sociedade cearense, especialmente de profissionais de saúde, os quais reivindicaram a implementação de políticas de desospitalização manicomial.

Nesse sentido, em 2000, foi realizado concurso público municipal para a formação de equipes multiprofissionais – Assistentes Sociais, Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeiros e Terapeutas Ocupacionais – que comporiam os CAPS e em 2001 suas atividades se iniciaram. Em 1998 o primeiro destes serviços foi implantado, o centro da Secretaria Executiva Regional III, (SER III), no Bairro Rodolfo Teófilo, mediante convênio entre a Universidade Federal do Ceará e a Prefeitura Municipal de Fortaleza. Em 2001, foram inaugurados os outros centros, nos bairros de Messejana e Jardim América.

Em 2005, a Prefeitura Municipal de Fortaleza iniciou a ampliação do número de CAPS. Inicialmente foram formadas equipes de saúde mental, que, lotadas na rede de atenção básica à saúde, transformaram-se gradativamente nas atuais equipes dos referidos centros, os quais saltaram de três para quatorze: um salto grande e ousado que trouxe bônus e ônus para os usuários e as equipes. Bônus, em razão da ampliação da prestação de serviços em resposta a uma demanda crescente, assim como geração de emprego e renda a muitos trabalhadores. Ônus porque havia insuficiência de recursos para aquisição de material e suprimento de outras necessidades para o desenvolvimento das atividades e ainda no que diz respeito à contratação precária da totalidade dos profissionais para esses novos CAPS. Apenas há poucos meses (novembro de 2008) esses passaram a contar com a segurança trabalhista mínima, que é o registro do contrato de trabalho na carteira profissional. A este respeito, refere uma entrevistada:

A Prefeitura foi muito ousada em ter passado de três CAPS para 14 CAPS, a gente sofreu isso no serviço, por conta da manutenção, porque as verbas que o Ministério repassa, elas não são suficientes pra cobrir [todas as despesas], é claro que tem que ter a parceria do Estado e do Município [...]. (Entrevista nº 20, nível superior).

Hoje, os CAPS de Fortaleza estão distribuídos da seguinte forma: SER I – um CAPS ad e um tipo II, SER II – um CAPS ad e um tipo II, SER III – um CAPS ad, um CAPS infantil e um tipo II, SER IV – um CAPS ad, um CAPS infantil e um tipo II, SER V – um CAPS ad e um tipo II, SER VI – um CAPS ad e um tipo II.

A ampliação do número de CAPS não significa que o serviço esteja ótimo, que não haja dificuldades ou que a superlotação tenha sido resolvida. A implantação de um CAPS infantil e outro ad na Regional IV trouxe benefícios sensíveis, sobretudo se considerarmos que o público infantil, assim como os alcoolistas e drogadictos não dispunham de serviço municipal especializado nessa área. É verdade que há uma expansão da capacidade de atendimento, mas estamos muito distante do ideal.

A equipe profissional

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial em referência é formada por quarenta e um trabalhadores, dos quais seis são terceirizados e os demais são servidores públicos do Ministério da Saúde ou municipais, assim composta: três médicos, sendo uma psiquiatra e dois clínicos, uma assistente social, duas enfermeiras, quatro psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, um arteterapeuta, cinco auxiliares de enfermagem, quatro recepcionistas, dois agentes administrativos, um digitador, três farmacêuticos, dois guardas noturnos, dois guardas municipais, dois auxiliares de farmácia ou dispensadores de medicamentos, duas cozinheiras, um porteiro, dois agentes serviços gerais, dois auxiliares administrativos, denominados “posso ajudar” (PROJETO TÉCNICO DO CAPS, 2007).

Quanto às atividades profissionais, conforme entrevistados, se iniciaram sem as condições objetivas de atendimento. A estrutura física do prédio era velha e comprometida, de modo que em alguns meses de funcionamento do serviço parte de seu teto caiu não tendo sido providenciado o concerto imediato, ainda que os trabalhadores tenham informado às autoridades competentes. Além disso, não havia espaço adequado à realização das atividades requerida por um CAPS, ou qualquer apoio logístico.

Os trabalhadores que iniciaram as atividades no CAPS do Jardim América se reconhecem como “heróis da resistência”, na medida em que narram os processos relacionados à sua fundação definindo-a como uma instituição de “oposição radical” ao modelo manicomial. Ter-se-ia construído um novo modo de tratamento, avesso ao tradicional, contra a corrente de interesses de alguns grupos e a vontade política dos gestores do município no período.

A gestão municipal do período em que o CAPS foi inaugurado não expressava qualquer interesse ou compromisso com a saúde mental e a equipe sentia-se abandonada, conforme o relato que se segue:

O CAPS foi formado porque tinha uma equipe que queria isso, se não fosse pelo compromisso e dedicação dos profissionais a reforma psiquiátrica não teria tido início na Regional IV. (Entrevista nº 13, nível superior).

Muitas vezes grupos de profissionais se dirigiam à Regional IV para cobrar providências, como a solicitação de material de expediente, recursos para a realização de oficinas, lanche e vales-transporte para os usuários. Mas, nas poucas vezes que eram recebidos pelo Secretário de saúde recebiam também respostas negativas às suas reivindicações. Os profissionais passaram a comprar lanche para determinados usuários que chegavam a “desmaiar de fome” e material ou equipamentos. Neste caso, uma psicóloga e uma assistente social compraram um aparelho de som com seus próprios recursos para viabilizar o desenvolvimento de terapias grupais. Em síntese, os profissionais procuravam, cotidianamente, formas de tornar o serviço uma realidade e responsabilidade do Governo, conforme relato a seguir:

[...] formamos um conselho local como uma forma, estratégia, p'ra gente ter força junto ao poder local, porque só com a população, os usuários, é que a gente podia bancar isso, mas a gestão não respeitava conselho local, não respeitava era nada. Aquilo que não nos mata nos fortalece, né? Nós nos tornamos mais fortes. Nos tornamos mais fortes porque a equipe tem muito compromisso. (Entrevista nº 20, nível superior).

A equipe, interessada em realizar um trabalho que correspondesse às necessidades da população, passou a desenvolver suas atividades sob uma árvore frondosa, que lhe proporcionava sombra agradável, conforme afirma uma entrevistada, cuja fala reproduzimos:

[...] nós lutamos por isso aqui, [depois de algum tempo] fizeram uma reforma mal feita daí a pouco o teto cai de novo e aí a gente tinha uma árvore bem verde que era o símbolo de nossa resistência [...] a árvore se quebrou, caiu [...] ela sabia que já não precisávamos mais tanto dela. (Entrevista nº 5, nível superior).

Percebemos que a árvore referida por ela tem forte representação simbólica para a equipe. A entrevistada narra também que, ainda na primeira reforma

do Centro, visando uma organização mínima do espaço para atendimento do público, a árvore foi podada, ficando sem nenhum galho, mas, com o passar do tempo refloresceu e tornou-se frondosa, possibilitando o atendimento ao acolher a equipe e os usuários sob sua sombra, em virtude do episódio da queda do telhado, conforme descrito há pouco.

Segundo os relatos de entrevistas, em 2005, ao efetivar-se outra gestão no municipal, foi realizada mais uma reforma na estrutura do prédio, a qual propiciou condições de atendimento nas salas, e assim sendo, a referida árvore foi cortada até o tronco. “Então deu seu último suspiro, não reviveu mais”, lamentou uma entrevistada. Alguns profissionais suspiraram saudosos e uma psicóloga da equipe verbaliza o sentimento, dizendo: “agora podemos nos despedir da árvore, ela cumpriu seu papel”, na certeza de que a partir desse momento a proposta de trabalho do CAPS tinha se estruturado mesmo, não tinha mais como não dar certo. Percebemos também o misto de satisfação e emoção na voz de uma entrevistada, ao relatar o sentimento da equipe e avaliar o quanto foram importantes suas resistências, e caminhadas, aparentemente inglórias, ao Distrito de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde na busca de apoio do Poder Público para a concretização do novo serviço de atenção à saúde mental da população de Fortaleza.

Outro agravante no elenco de dificuldades no processo de estruturação do Centro era o fato de não haver psiquiatra na equipe, pois os que fizeram o concurso não quiseram permanecer no CAPS em virtude do baixo salário e do surgimento de melhores propostas de trabalho de outras instituições.

Desse modo, os demais profissionais permaneceram atendendo a uma demanda crescente, não obstante a ausência de um médico psiquiatra por longos meses. Assim sendo, realizavam apenas atividades de psicoterapia e atendimentos grupais.

As dificuldades teriam sido enormes, contudo, insuficientes para que a equipe desistisse dos seus ideais. Ou seja, a história de fundação do CAPS do Jardim América é narrada pelos seus profissionais como uma história de resistências, cujo coroamento seria a vitória da equipe.

Eles empreenderam, de fato, uma luta legítima para a conquista que obtiveram, pois hoje a população conta com um serviço estruturado, cujos registros atestam o atendimento a quase oito mil pessoas desde sua fundação. Dessa forma, atendem sua clientela com respeito e dignidade, não mais sob a sombra de uma árvore, mas em salas reservadas, como um direito que assiste a cada pessoa.

A desinstitucionalização sob a óptica dos profissionais

De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo da desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica é a formação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária. Desse modo, apenas uma rede articulada e integrada, com seu potencial de elaboração coletiva de soluções, pode enfrentar a complexidade das demandas e garantir a resolubilidade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2007).

Assim, redes de atenção em saúde, para o referido Ministério é o modo de organização dos serviços configurados em interlocução sustentada por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. (BRASIL, 2008). Neste sentido, realçamos a importância de constituição de uma rede de cuidado em saúde mental em Fortaleza, necessariamente articulada com outras políticas e ações, tanto de saúde como socioassistencial.

A capital cearense possui uma rede de serviços de tal natureza, embora frágil e de interlocução difícil, conforme exemplificado a seguir:

Hoje a gente já pode chamar Rede de Saúde Mental, inclusive tem esse nome na SMS [Secretaria Municipal de Saúde]. Então hoje a gente já pode dizer que não tem uma rede sólida porque a intersetorialidade ainda é muito frágil e a gente precisa dela muito na saúde mental. Mas, a gente já tem o serviço, a gente já faz de alguma forma, embora não em todos os serviços da atenção básica, a gente já faz trabalho de saúde mental com o matriciamento, a gente já faz uma atenção especializada nos CAPS, a gente já tem alguns leitos de psiquiatria em hospital geral [...], temos os hospitais psiquiátricos que embora a gente não compute eles como rede eles estão lá de alguma forma no cenário, não desapareceram. Então a gente tem essa rede no setor saúde e ainda fragilizada com relação ao próprio setor. [...] no Brasil, a saúde pública, ela é ainda muito deficitária, a gente não consegue acessar com facilidade. (Entrevista n° 20, nível superior).

Seguindo as diretrizes da política de saúde mental os CAPS preconizam também o atendimento em comunidade e mais aproximado da família, significando que o usuário deve permanecer no seio da família e não sob o teto da instituição.

Quanto a isso, há questionamentos de profissionais que ponderam se o grupo familiar tem as condições objetivas para lidar com as situações de cuidado que o usuário requer. Daí a necessidade da rede. Eles indagam: como lidar com as crises, uma vez que o CAPS funciona apenas durante o dia? Para onde levar o usuário em surto psicótico se não para o hospital psiquiátrico, ainda uma entidade lucrativa nessa área? Será que as famílias têm o apoio necessário das políticas públicas?

Estes são alguns dos questionamentos dos profissionais, os quais afirmam indagar a si mesmos, cotidianamente. O trecho de entrevista a seguir é revelador de tais preocupações:

[...] o atendimento ou a assistência familiar. É preciso, para essa desinstitucionalização, algo mais. Será que a família dá conta? Será que a família, aquele grupo, aquela grupalidade dá conta desse fenômeno? Pra mim era tudo, que as pessoas ficassem com as famílias. Mas nem sempre, dependendo do grau da doença, a gente pode estar deixando a família sozinha [...] (Entrevista nº 10, nível superior).

Realçamos que o fato de haver em Fortaleza equipamentos de assistência à saúde, como os hospitais, os centros de saúde, os CAPS e outros, não significa que haja uma rede de serviços totalmente consolidada e que o serviço pode se efetivar sem, necessariamente, estar articulado em rede, inexistindo a interlocução e a intersetorialidade.

Para alguns dos profissionais entrevistados, as políticas públicas se efetivam isoladamente em suas “casinhas”, “cada uma com sua dor”. Eles compreendem que, uma rede de atenção em saúde, necessitaria de maior aproximação, pelo menos, entre o CAPS e o Programa Saúde da Família (PSF), visto que, os usuários do CAPS não deixariam de ser do PSF pelo fato de descobrirem-se com transtorno mental. O relato abaixo é exemplar quanto a isso:

Desinstitucionalização... Primeiro eu acho que seria muito bom aproximar mais o CAPS do PSF. Fazer esse triângulo CAPS ou local que cuide de saúde mental, comunidade e PSF. Seria muito importante aproximar isso aí. Porque se o próprio paciente de transtorno mental, se ele for ao PSF buscar o remédio dele, ele corre o risco de ser barrado [...]. Tudo bem que ele não é acompanhado lá para tal coisa, tá certo. Mas manda [para o CAPS] de uma forma

até pejorativa, de uma forma, até como quem diz assim “eu não quero você, eu jogo você pra lá, essa porta não é aberta pra você”. Então, a primeira coisa disso aí é entre os próprios profissionais. E a sociedade não poderia ficar de fora, porque esse estigma é um estigma social muito grande, isso é trabalho de longo prazo [...], eu acredito que esse é um trabalho difícil, não é um trabalho fácil. Então, isso [a desinstitucionalização] tem que envolver o PSF, tem que envolver a saúde pública em geral, uma rede articulada, não só um único sistema. (Entrevista nº 4, nível superior).

Esse mesmo profissional adverte para o fato de que o CAPS não deve trabalhar isolado. Para ele, “enquanto isso estiver acontecendo, a desinstitucionalização será um sonho distante da realidade”. E acrescenta que muitas das queixas de doença que chegam à instituição decorrem de “problemas sociais” que, na maioria das vezes, poderiam ser atendidos na comunidade por uma rede social de apoio, incluídos os Centros de Referência da Assistência social (CRAS), os Centros de Saúde da Família (CSF) e associações de bairros e outras entidades. Tal posicionamento é fortalecido por outra entrevistada que afirma:

Eu acredito que uma visão maior de uma rede descentralizada em que essa pessoa tenha acesso aos serviços [...] a gente há pouco atendeu uma pessoa com problema social gravíssimo, ela é do “Grupo anti-estresse” [...] quando terminou todo o relato ela começou a chorar e disse: “e aí, pois é, o que eu faço pra pagar minha água? Eu chego em casa e não tem água, eu preciso de água pra lavar minhas roupas, pra minha filha e meu marido”, a gente ficou só olhando, aí a [assistente social] disse: “pronto esse aqui é um ponto que ela vai tá sempre aqui vindo pegar remédio, porque ela vive sofrendo” [...] a mulher chorava compulsivamente: “eu não posso ir embora sem pagar minha água”, é um problema social grave! Essa questão, ela é mantenedora desse processo que eu chamo de institucionalização, não é que essa paciente, ela não possa reverter isso, ela pode, mas teria que ter políticas públicas pra atender, entende? (Entrevista nº 18, nível superior).

Percebe-se por meio deste relato uma perspectiva “medicalização da questão social”, na medida em que o sujeito em sofrimento ao não enxergar outras saídas para o suprimento de suas necessidades. Enredada numa rede de

carências de ordem material, mas também emocional, busca estratégias de “medicalização” como meio de alívio de tantas dores. Sua situação, necessariamente, não seria resolvida no CAPS, mas em uma rede socioassistencial que englobasse as diversas políticas setoriais, como por exemplo, a assistência social que, por meio dos CRAS desenvolve ações voltadas à “inclusão produtiva”.

Nesse caso, como em tantos outros semelhantes, a institucionalização pode acontecer em virtude dos múltiplos processos determinantes ou mantenedores de doenças de ordem emocional.

Concordamos com Rotelli e Amarante (1992) segundo os quais, a desinstitucionalização é um processo social complexo, que envolve não só os profissionais e gestores, mas todos os agentes sociais aí incluídos, de modo que, se modifiquem as formas de atenção às pessoas com transtornos mentais, valorizando sua subjetividade e singularidade, o que requer, a construção de uma nova política isenta de discriminação ou violação de direitos. Nesse sentido, há profissionais, entre os entrevistados, que compreendem ser a desinstitucionalização algo além da mera desospitalização psiquiátrica, conforme relato a seguir:

Nós avançamos demais na legislação, na forma de organizar o serviço, esquecemos um pouco... Não sei se deu tempo pra tá aplicando... Você vê o exemplo desse CAPS, um CAPS com oito mil pacientes e três psiquiatras, né? Esse tipo de coisa ainda dá muito trabalho... Uma melhor qualidade de atendimento do serviço prestado. Olha, eu não sei [...] tem-se falado muito em desinstitucionalização hospitalar, não é? Mas eu tenho uma institucionalização no CAPS, eu tenho uma institucionalização no CAPS e eu não sei se é possível tratar a desinstitucionalização total do paciente no momento. As pessoas acham que desinstitucionalizar é retirar do hospital para o CAPS. Então, a instituição... eu acho que é difícil, ainda não se estar.. aqui é uma instituição, a residência terapêutica é uma instituição, não é? Então, trabalhamos com instituições. (Entrevista nº 10, nível superior).

Diz outra entrevistada:

É interessante né, porque, às vezes, a gente fala de desinstitucionalização e, às vezes, a gente incorre no erro de tá institucionalizando um serviço que a gente chama

de aberto. E aí cabe a reflexão da equipe de tá pensando esse modelo. Desinstitucionalizar é inserir a pessoa na vida, tirar ela das instituições manicomiais e inserir ela na vida. (Entrevista n° 19, nível superior).

Tais relatos são compreensíveis à luz do pensamento de Rotelli (1990) o qual destaca a dificuldade de percepção quanto à desinstitucionalização também de outras instituições e não apenas do hospital psiquiátrico. As pessoas estariam tão envolvidas pelos discursos oficiais, que não perceberiam a perspectiva de transmutação dos espaços de denúncia em espaços de institucionalização.

Tal pensamento é compartilhado por muitos profissionais, inclusive uma das nossas entrevistadas. Para ela a equipe necessita refletir sobre o modelo posto e fazer suas considerações, tentando perceber se sua prática profissional está institucionalizando ou fortalecendo a autonomia dos sujeitos.

Os trechos de entrevistas apresentadas são bastante elucidativos quanto a essa linha de pensamento e preocupação adotados não só por teóricos, mas também por profissionais que exercem a prática cotidiana junto aos que padecem de sofrimentos de ordem psíquica ou emocional.

Considerações Finais

A história de constituição do Centro de Atenção Psicossocial do Jardim América possibilita afirmarmos que a política de saúde mental, aos poucos, vem implementando os serviços abertos de cuidado, de modo especial, o CAPS. Porém, ainda há um longo caminho a ser percorrido no sentido de remover ou amenizar os preconceitos e a estigmatização com os quais se deparam as pessoas com transtornos mentais.

As atuais propostas de desinstitucionalização preconizadas pela reforma psiquiátrica como a atenção em espaços de cuidado ditos abertos, ainda não podem ser considerados suficientes para garantir tratamento, em sentido amplo, visto que, apenas os CAPS não respondem a contento as necessidades da população demandante.

No município de Fortaleza, no contexto da desinstitucionalização, a formação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária, também caminha lentamente. Ainda não temos na Capital do Ceará uma residência terapêutica que garanta a não-internação de pessoas que precisam de cuidados psiquiátricos e não têm família.

A pesquisa realizada nos autoriza a demarcar a necessidade de redes de saúde e socioassistencial em resposta a demanda crescente e a afirmar que trabalhos isolados, não organizados em redes só poderão viabilizar pouquíssimas respostas entre as que os usuários demandam.

Quanto à estruturação do serviço, atualmente o CAPS possui uma equipe completa, resultado das lutas pela concretização dos direitos dos usuários. Trata-se de profissionais que, segundo uma entrevistada, “não têm aquele ranço de hospício em sua prática”. São profissionais comprometidos com a reforma psiquiátrica, visto efetivarem um tratamento humanizado, focado no sujeito e não na doença, expressando uma perspectiva de desinstitucionalização orientada segundo a Política Nacional de Saúde Mental.

Artigo

Recebido: 23/09/2008

Aprovado: 23/11/2008

Key words: Health service evaluation, Mental health, Psychiatric reform, Deinstitutionalization, Social service and Health.

ABSTRACT: This article aims to discuss how professionals of mental health understand the deinstitutionalisation in Fortaleza, having as a guide the Brazilian Psychiatric Reformation. The research that originated it had a bibliographic, documental and field nature. The systematic and participant observation, as well as the semi-structured interview with the professionals, enabled us to get deeper into the universe of the institution. Among the main results we noticed the professionals' preoccupation concerning the risk of a system also open to institutionalization. They consider it is indispensable the creation of health care nets, as a way to avoid that deinstitutionalization becomes a distant dream, and because a lot of people who arrive at the institution come from "social problems", who could be attended within their own community.

Referências

BOARINI, M. L. (org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eridem, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial*. Brasília – DF: 2004.

BRASIL *Portaria 336/2002*. Brasília – DF: 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, janeiro de 2007.

_____. *Humaniza - SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde.

CAMPOS, G. W. *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva* – Abrasco, v.4, n.2: p.393-403, 1999

FERNANDES, M. I. A. (org.) *Fim de Século: ainda manicômio?* São Paulo: IPUSP, 1999.

FONTANELLA, B. J. B. et alii. *Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas*. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n°1 p. 17-27, Rio de Janeiro, jan. 2008.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. LEITE, D. M. (trad.), São Paulo: Perspectiva, 2005.

MINAYO, Maria Cecília. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NICÁCIO, Fernanda. (org.). *Desinstitucionalização*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

OLIVEIRA, F. B. *Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental*. João Pessoa: UFPB-Universitária; 2002.

PROJETO TÉCNICO DO CAPS, Fortaleza, 2007.

PITA, A. M. F. (org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

ROTELLI, F. et alii. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, Fernanda. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.

MENDES R. e DONATO A. F. *Território: espaço social de construção de identidades e de políticas*. Ano IV, n°1 p. 39-42, São Paulo, SANARE, mar. 2003.

ROTELLI, F. e AMARANTE P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR. B. e AMARANTE Paulo. (orgs.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

SAMPAIO, J. J. C. & SANTOS, A. W. G. dos. A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial o Movimento Brasileiro de reforma psiquiátrica In: PITA, A. M. F. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.127 -134.