

LENY APARECIDA DELAMUTA

**O “CÂNDIDO FERREIRA”:
AVALIAÇÃO DO TRABALHO REALIZADO PELA
EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO CONTEXTO DA
ATUAL CONJUNTURA DA POLÍTICA NACIONAL
DE SAÚDE**

**CAMPINAS
2009**

LENY APARECIDA DELAMUTA

**O “CÂNDIDO FERREIRA”:
AVALIAÇÃO DO TRABALHO REALIZADO PELA
EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO CONTEXTO DA
ATUAL CONJUNTURA DA POLÍTICA NACIONAL
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - nível Mestrado - da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho

Orientador: Professor Dr. Marcos de Souza Queiroz

CAMPINAS
2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

D373c Delamuta, Leny Aparecida
O “Cândido Ferreira”: avaliação do trabalho realizado pela equipe interdisciplinar na atual conjuntura da política nacional de saúde / Leny Aparecida Delamuta. Campinas, SP: [s.n.], 2009.

Orientador: Marcos de Souza Queiroz
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Atenção básica à saúde. I. Queiroz, Marcos de Souza. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The “Cândido Ferreira” : evaluation of work undertaken by the interdisciplinary team in the current national health policy

Keywords: • Mental health
• Psychiatric reform
• Primary care

Titulação: Mestre em Enfermagem
Área de concentração: Enfermagem e trabalho

Banca examinadora:
Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz
Profa. Dra. Marcia Hespanhol Bernardo
Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Data da defesa: 30-06-2009

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

LENY APARECIDA DELAMUTA (RA: 037094)

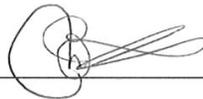
Orientador(a) PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

Membros:

1. PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ



2. PROFA. DRA. MARCIA HESPANHOL BERNARDO



3. PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 30 de julho de 2009

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus filhos: Vito, Igor e Tomás.

E aos meus pais, Victor[‡] e Amélia,

e aos meus “pais” acreanos do coração, Dr. Yoshio Suzuki de Oliveira e Dra. Kathy Anne
Suzuki de Oliveira.

A vocês, meu amor eterno.

[‡] *In memoriam*

Agradecimento Especial

Ao querido Professor Doutor Marcos de Souza Queiroz,
por ter me conduzido nos caminhos da pesquisa e me guiado nas páginas da filosofia, da
ciência e da escrita.

Gratidão e carinho eternos a você.

Agradecimentos

À querida Professora Doutora Maria Inês Monteiro, do Departamento de Enfermagem, que me encaminhou na UNICAMP, me orientando e me auxiliando nas tantas dificuldades que encontrei para seguir na pós-graduação.
Minha admiração e carinho eterno;

Aos professores, funcionários e Comissão de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem pelos seus esforços organizacionais e determinação em conduzir esse Programa;

Aos amigos Carlos Alberto Fidelis de Araújo e Janice Kairalla Silva Delgado, da Secretaria de Pós-Graduação, pela paciência e constância no apoio;

A CAPES pelo auxílio financeiro para o desenvolvimento dessa pesquisa;

Aos funcionários do “Cândido” pela receptividade e colaboração nas distintas etapas deste trabalho

Agradecimentos

À minha grande amiga, enfermeira Ivonete Dias da Silva Oharomari, por ter me encorajado e, me acompanhado nos momentos mais importantes da minha vida, de volta ao Estado de São Paulo;

Querida amiga Bel – Maria Isabel Campos, que esteve ao meu lado em muitas horas, me apoiando neste desafio;

À minhas lindas sobrinhas Thaís Delamuta Ayres da Costa, Bruna Melo Maciel e Manuela Mello Lemos por terem me ajudado na transcrição das fitas, correção e formatação desta dissertação;

Aos meus irmãos Maria Inêz, Terezinha, Antonio Carlos, Orlando Paschoal, Vera Regina e Paulo Sérgio, pelo apoio e carinho;

Aos meus filhos:
Igor, por ter feito as fotografias;

Tomás, por ter me ajudado com o computador e,

Vito, por ter me ajudado com as traduções do inglês;
amor infinito a vocês.

“...Sê um adorno para o semblante da verdade, uma coroa para a fronte da fidelidade, um pilar do templo da retidão, um alento de vida para o corpo da humanidade, uma insígnia das hostes da justiça, um luminar sobre o horizonte da virtude, um orvalho para o solo do coração humano, uma arca no oceano do conhecimento, um sol no céu da bondade, uma jóia no diadema da sabedoria, uma luz radiante no firmamento de tua geração, um fruto na árvore da humildade.”

Bahá'u'lláh

Lista de Abreviaturas	xix
Lista de Figuras	xxi
RESUMO	xxiii
ABSTRACT	xxv
CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	27
1. INTRODUÇÃO	31
2. OBJETIVOS	41
3. METODOLOGIA/ MATERIAL E MÉTODOS	45
CAPÍTULO I - OS PRIMÓRDIOS DO TRATAMENTO DO DOENTE MENTAL	51
CAPÍTULO II - SURGIMENTO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	59
CAPÍTULO III - A HISTÓRIA DO SERVIÇO DE SAÚDE “Dr. CANDIDO FERREIRA”	85
CAPITULO IV - OS RESULTADOS	107
CAPITULO V - CONCLUSÃO	169
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
ANEXOS.....	189

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CAPEB	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS	- AD Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CNSS	- Conselho Nacional de Serviço Social
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NAC	- Núcleo de Atenção à Crise
NADEQ	- Núcleo de Atenção à Dependência Química
NASF	- Núcleo de apoio ao Saúde da Família
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
PUC	- Pontifícia Universidade Católica
SF	- Saúde da Família
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SRT	- Serviço de Residência Terapêutica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
USP	- Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: prédio sede do antigo Hospício para Dementes Pobres de Campinas inaugurado em 14/04/1942. Atualmente é a sede do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”	90
Figura 2: pracinha à frente dos prédios do “Candido”	95
Figura 3: Pátio no interior do prédio principal, onde funciona o NAC – Núcleo de Atenção à Crise.....	99
Figura 4: Vista da área das Oficinas de Trabalho, Localizadas aos fundos do prédio central do “Candido”. Área dos fundos do “Candido”. A área verde, atrás dos prédios é a Oficina Agrícola. Todos os trabalhadores são pacientes. Eles passam o dia nesse local e no fim da tarde voltam para suas casas.	130
Figura 5: A decisão pela vaga é da Central de Vagas Os pacientes que chegam para internação no “Candido”, são todos de um nível forte de gravidade, tanto nas psicoses quanto na dependência química. Os pacientes chegam sempre de ambulância, trazidos pelo SAMU.....	137
Figura 6: Vista do NADEQ - Núcleo de Atenção à Dependência Química. Antigamente esse prédio era a enfermaria feminina. Hoje é sede do NADEQ – Núcleo de Atenção à Dependência Química. Esse núcleo foi criado para ajudar as pessoas que voluntariamente desejam se desintoxicar e parar com o uso de qualquer substância que cause dependência.....	142
Figura 7: Liberdade. Final de uma tarde de inverno em um dia no “Candido”. Liberdade para sair a qualquer hora. Paciente e funcionário indo embora para casa depois de um dia de trabalho.....	168

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, procurou investigar o trabalho interdisciplinar desenvolvido por profissionais de saúde em uma unidade de saúde mental no Brasil: o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, localizado na cidade de Campinas, Estado de São Paulo. O objetivo principal deste estudo foi analisar as representações da equipe de profissionais sobre as questões relacionadas com o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, no contexto da política nacional de saúde. A análise concluiu que muitos aspectos da reforma psiquiátrica, aprovados pela Organização Mundial de Saúde, particularmente em relação ao processo de desospitalização e, de boas práticas de gestão de trabalho em equipe estão em pleno desenvolvimento. A pesquisa também identificou alguns problemas na implementação da reforma, relacionados com a comunicação entre o serviço e a rede de saúde e, o processo de decisão.

Palavras Chaves: saúde mental, reforma psiquiátrica, atenção básica.

Linha de Pesquisa: enfermagem e trabalho

This research, of qualitative nature, aimed to investigate the interdisciplinary work of health professionals developed in a mental health unit in Brazil: the Health Service "Dr. Candido Ferreira", located in Campinas city, São Paulo State. The main objective of this study was to analyse the representations of the professional team about the issues related to the process of psychiatric reform in Brazil, in the context of national health policy. The analysis concluded that many aspects of the psychiatric reform approved by the World Health Organization, particularly in relation to the process of dehospitalization and management of team work practice, are being developed. The research also identified some problems in the implementation of the reform, related to the communication between the service and the wider health network system and the decision making process.

Keywords: mental health, psychiatric reform, primary care

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES



Meu interesse em estudar o Serviço de Saúde “Dr. Candido Ferreira” deu-se pelo interesse primordial por trabalhos desenvolvidos por equipes interdisciplinares atuantes no nível de atenção básica de saúde.

Minha experiência anterior vem da área da atenção básica, no entanto não desenvolvia ações na área de saúde mental. Eu sou da cidade de Piracicaba e fiquei oito anos no município de Iranduba, interior de Amazonas. Lá eu trabalhava nas comunidades ribeirinhas dos rios Negro e Solimões, com PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde – e na sede do município tínhamos a estratégia Saúde da Família. Compúnhamos equipes interdisciplinares desenvolvendo atividades primárias de saúde e controle de endemias, entre elas o combate à malária. A equipe era composta por enfermeiro, médico, dentista, assistente social, engenheiro agrônomo, farmacêutico, agentes comunitários de saúde e agentes de endemias. As atividades eram compartilhadas com a população e contava com atuação de professores, alunos, líderes comunitários e demais pessoas da comunidade.

Contudo, trabalhar a saúde mental na Atenção Básica no interior do Amazonas era algo distante das nossas aspirações: como o município poderia dar conta dos seus doentes mentais no pequeno Centro de Saúde?

A saúde mental era uma disciplina afastada de nós, da equipe de Iranduba, não tínhamos nenhuma tecnologia de cuidado para o doente mental e também não tínhamos profissional preparado para essa área.

Quando a Lei no 10.216 foi sancionada pelo presidente da República em 06 de abril de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, nossa equipe ficou cheia de perguntas sobre o que aconteceria a partir daí, como o município poderia incluir a saúde mental na rede de Atenção Básica?

Em 2003 eu voltei à minha cidade natal, Piracicaba, em São Paulo e, fui trabalhar na coordenação do PSF. Aqui a saúde mental já contava com equipes de saúde mental envolvidas no processo da Reforma, inclusive montando o primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

Em 2004 e 2005 o município de Piracicaba promoveu vários encontros para se discutir a atenção à saúde mental na rede pública de saúde. Alguns profissionais, envolvidos no processo, na cidade de Campinas, colaboraram com as discussões em Piracicaba. Foi por essa época que ouvi falar a respeito do exemplo do Serviço de Saúde “Dr. Candido Ferreira”.

A metodologia utilizada pelo “Candido”, a forma como ele conduz o trabalho em equipe, de maneira descentralizada do médico, despertou meu interesse, pois me remeteu às experiências da equipe do município de Iranduba, no Amazonas, quando eu trabalhava com PACS/PSF.

De um modo geral, quando eu contava para os colegas de Piracicaba sobre a metodologia interdisciplinar no município de Iranduba, eles tinham dúvida se esse modelo funcionaria nos municípios desenvolvidos do Estado de São Paulo, pois julgavam que poderia ser utopia porque na maioria dos municípios as atividades eram centralizadas no profissional médico. Achavam que esse modelo de equipe só funcionava em localidades carentes, no interior do País.

A decisão pela escolha do “Candido” para desenvolver a pesquisa foi muito acertada, pois fortaleci minha crença em trabalho desenvolvido por equipe interdisciplinar e, na comunicação como meio de entendimento e de compartilhamento de saber para tomada de decisão. Concluí que é possível levar avante um trabalho desenvolvido por equipe interdisciplinar tanto em um município pequeno e pobre, como Iranduba, no interior do Amazonas, quanto em um município grande e rico como é Campinas, em São Paulo.

1. INTRODUÇÃO



Desde a segunda metade do século XX a assistência psiquiátrica passou e vem passando por profundas mudanças nos países ocidentais, inclusive no Brasil. Tais mudanças culminaram na Reforma Psiquiátrica, que determinou o surgimento de um novo paradigma científico e novas práticas de assistência em saúde mental. Por ser um fenômeno relativamente recente no Brasil, que se manifesta no contexto descentralizado do SUS - Sistema Único de Saúde, a sua avaliação passa necessariamente por estudos qualitativos em nível local. Esta pesquisa é uma contribuição nesse sentido.

O objetivo principal deste estudo foi analisar o ponto de vista dos profissionais do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, em Campinas, no contexto da atual conjuntura da política nacional de saúde.

O “Cândido Ferreira” é uma instituição filantrópica e, no dia 14 de abril deste ano de 2009 completou 85 anos de existência. Esse Serviço contribui expressivamente com a rede de assistência à saúde mental de Campinas. Ele apresenta certa independência financeira, administrativa e gerencial em relação à Rede de Assistência à Saúde Mental, o que lhe permite implementar algumas experiências terapêuticas e inovações gerenciais na condução do serviço. Em 1993, ele foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como referência e modelo no Brasil para a abertura manicomial e, inclusão do paciente no processo de cidadania.

De um modo geral, o processo de Reforma Psiquiátrica pressupõe uma perspectiva essencialmente interdisciplinar, ou seja, a saúde mental passa a ser percebida como um problema que inclui uma dimensão médica, mas não se limita a ela. Nessa visão, tanto o tratamento como o resgate da cidadania do paciente exigem um olhar conjunto de profissionais diversos, além do médico, tais como enfermeiro, psicólogo, sociólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, professor de educação física, nutricionista entre outros.

Os seguintes aspectos foram abordados nesta pesquisa: condições de trabalho interdisciplinar; dinâmica envolvendo a interação comunicativa das equipes de saúde; representações do serviço, seus avanços e problemas; percepções sobre a eficácia do tratamento e benefícios para o paciente; dificuldades e obstáculos desospitalização na

enfrentados na rotina de trabalho; críticas ao sistema de saúde e ao modelo de atual conjuntura da política nacional de saúde.

A abordagem metodológica da pesquisa foi essencialmente qualitativa e constituiu-se de entrevistas e observação participante. Basicamente foram envolvidos profissionais da saúde mental e, alguns poucos da área administrativa e financeira, que trabalham no Serviço de Saúde Cândido Ferreira. Outros profissionais da saúde que detinham posição técnica ou política, na Secretaria Municipal da Saúde, também foram entrevistados.

A perspectiva metodológica da pesquisa foi influenciada pela antropologia social e cultural, pressupondo uma abertura diante da realidade, condição esta que nos permitiu incluir aspectos não previstos inicialmente, conforme estes foram se apresentando no decorrer do estudo.

Do ponto de vista teórico mais amplo, a pesquisa explorou a dimensão da interdisciplinaridade como um componente inerente ao desenvolvimento do saber humano. Considerando a perspectiva da evolução da racionalidade comunicativa de Habermas (1), o saber especializado, próprio do paradigma positivista, entrou em crise e deu lugar à perspectiva de diálogo entre especialidades constituídas; diálogo este que pode promover um sentido integrador, voltado à complexidade do real. A experiência da saúde mental diz respeito a um exemplo fundamental nesse sentido.

Pressupostos Teóricos

A perspectiva teórica da pesquisa percebe a loucura como uma condição inerente à estrutura mais ampla do meio social. Todos os grupos sociais constroem regras e tentam, em alguns momentos e, em algumas circunstâncias, fazer com que elas sejam seguidas. Quando uma regra é imposta, a pessoa que supõe tê-la transgredido pode ser vista como um tipo especial de pessoa, alguém que não se espera que viva segundo as regras com as quais os demais integrantes do grupo concordam. Desse modo, essa pessoa passa a ser vista como marginal ou desviante. No entanto, como muito bem adverte Becker:

... a pessoa que recebe o rótulo de marginal pode ter uma visão diferente da questão. Ela pode não aceitar a regra em função da qual está sendo julgada e pode não considerar aqueles que a julgam como competentes ou legitimamente autorizados para julgá-la. Conseqüentemente, surge um segundo significado do termo: a pessoa que quebra as regras pode sentir que seus juízes são desviantes (2).

É difícil identificar situações de vida ou questões de personalidade que possam explicar o desvio, pois o fato de um ato ser considerado desviante é posterior à sua ocorrência e depende de como as pessoas reagem a ele. Na sociedade, há vários grupos e regras que entram em conflito, se contradizem e, quase sempre, haverá discordâncias sobre o que é mais conveniente em uma dada situação. Temos, portanto, que as regras não são universalmente aceitas e que a ordem social é produto de negociações, acordos e barganhas, em um processo essencialmente político:

Desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma conseqüência da aplicação por outras pessoas de regras e sanções a um transgressor. O desviante é alguém a quem aquele rótulo foi aplicado com sucesso; comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal (2).

De qualquer maneira, quando um indivíduo é rotulado como desviante, marginal ou louco, por um determinado meio social, tudo o que ele possa vir a fazer passará a ser visto como um sinal que confirma o rótulo. Uma vez rotulada, uma pessoa se vê impossibilitada de prosseguir na vida através de rotinas comuns, o que lhe deixa pouco espaço para evitar a fixação em um comportamento abertamente desafiador e marginal. A pessoa rotulada somente poderá encontrar a possibilidade de adesão no interior de um grupo desviante, que lhe aceite e, no qual ela poderá encontrar apoio emocional, racionalizações ideológicas e, sobretudo, uma oportunidade de viver o seu dia-a-dia, prosseguindo em seu curso desviante com menos problemas.

A assim chamada por Becker como “teoria do rótulo”, contribuiu para desmistificar e, de certa forma, banalizar o desvio, permitindo a abertura para a formulação de novos diálogos em torno da loucura. Sua principal contribuição nesse sentido foi trazer o foco do desvio ou da loucura, não para um determinado atributo inerente ao indivíduo, mas para os valores sociais que lhe atribuem um significado depreciativo ou estigmatizante (2).

Goffman estudou especificamente o processo de exclusão social produzida por um determinado meio aos indivíduos que apresentavam algumas características consideradas repulsivas. Estas últimas, por sua vez, variam de acordo com a cultura. Para explicar este ponto, ele traz à tona o fenômeno da lepra, até meados do século XX, visto no mundo ocidental como um castigo de Deus e, na Índia, como um sinal de santidade (3).

Rosenhan desenvolveu um trabalho que ofereceu oportunidade para reflexão sobre o tratamento de pacientes com comportamentos já rotulados como loucos, nos hospitais psiquiátricos: ele escreveu a respeito de oito pessoas mentalmente saudáveis (pesquisadores) que, foram internadas em doze clínicas diferentes, com queixas de ouvir vozes e de confusão mental. Elas usaram pseudônimos e relataram seu passado, seu modo de vida de forma inalterada. Depois de internados, deixavam de apresentar os sintomas os quais tinham mencionado no ato da internação e, passaram a agir normalmente, fazendo aquilo que eram acostumadas e gostavam de fazer (4).

O prontuário desses pacientes mostrou que tal comportamento justificava o diagnóstico de esquizofrenia: um deles porque lia compulsivamente, outro porque fazia exercícios físicos e, outro ainda, porque ficava escrevendo sem parar. A conclusão da pesquisa foi no sentido de que uma vez rotulado como esquizofrênico, não importa o que se faz, tudo será percebido como um aspecto do rótulo. Mais especificamente, a teoria do rótulo produziu um trabalho que se constituiu em um marco fundamental para o desencadeamento de ações a favor do movimento anti-psiquiátrico.

Foucault relacionou o fenômeno da loucura com a estrutura social, mais especificamente, com a estrutura de poder de um determinado meio social. Em sua perspectiva, cada período histórico provê uma determinada estrutura, em analogia com as camadas geológicas de um ambiente geofísico. Cada uma dessas estruturas oferece uma determinada linguagem, que permite um código de conduta, acompanhado de um código moral e legal. As divergências, as anormalidades, os desvios e os desajustes já estão prefigurados na estrutura cognitiva de cada um desses períodos. Dessa maneira, os loucos são forjados entre aqueles que não se ajustam à estrutura de poder dominante de um determinado meio social (5).

Como a estrutura social não é algo pronto, mas que se encontra em constante construção, do ponto de vista do indivíduo, a loucura manifesta-se como um processo de desqualificação constante, na qual o indivíduo perde competência comunicativa no interior da família e de seu meio social. Nesta perspectiva, a loucura é um processo de alienação que se constitui em “uma carreira que progride com perdas progressivas de autonomia” (3).

A teoria da Ação Comunicativa de Habermas é extremamente importante para a área da saúde, em geral e, para a área de saúde mental, em particular. Ela permite projetar um foco no qual a doença mental passa a ser vista como uma distorção comunicativa, envolvendo indivíduo, família e meio social. A dissociação entre o mundo vivo e o sistema, com a conseqüente colonização do primeiro pelo segundo, significa um ambiente bastante propício para a geração de isolamento e perda da capacidade natural do ser humano de se comunicar. Em um contexto no qual o mundo vivo se aliena, ao perder o controle sobre o sistema, que passa a governá-lo, a distorção comunicativa se instaura e a doença mental aparece como conseqüência (6).

A teoria de Habermas propõe que o destino do mundo vivo (as pessoas de uma determinada comunidade) é controlar o sistema (social, econômico e administrativo), através de uma competência comunicativa, necessariamente democrática. Como, no entanto, o sistema se torna cada vez mais complexo e abstrato, o mundo vivo acaba por renunciar ao processo comunicativo que pode desvendá-lo e controlá-lo, deixando esta atividade para os especialistas. Com isso, o indivíduo perde a capacidade de se comunicar e se aliena, permitindo ser governado por forças mortas. Nesse sentido, tanto a Reforma Sanitária como a Reforma Psiquiátrica, ao trazerem a possibilidade de controle do sistema de saúde pela comunidade, procuram restaurar o controle social, bem como a competência comunicativa dos cidadãos por meio da participação popular e controle social¹.

O epicentro de uma nova concepção de saúde, que se forja no interior do paradigma pós-moderno, deve, necessariamente, conter tanto um sentido integrador, envolvendo o indivíduo, seu meio sociocultural e a natureza, como um aumento

¹ O controle social acontece quando a população se organiza e participa na tomada de decisão das ações do município, no uso do dinheiro público e na redefinição das ações em prol da população. O controle social está previsto e garantido entre os princípios fundamentais do SUS – Sistema Único de Saúde e, principalmente na Lei 8142/90. A população pode exercer o controle social por meio de sua organização, participação nas Conferências Municipais de Saúde e, no Conselho Local e Municipal de Saúde.

considerável da autonomia do indivíduo no processo de cura. Tal autonomia circunscreve-se no interior do conceito de individuação proposto por Habermas, que prevê uma interação do indivíduo com seu meio social, no interior de um processo de racionalidade que almeja a um grau maior de pureza e, de competência comunicativa. É isso que apregoa o projeto terapêutico do “Cândido Ferreira”, tanto na comunicação no interior da equipe interdisciplinar quanto na comunicação prevista entre paciente e profissional, no PTI - projeto terapêutico individual.

A Crise do Paradigma Mecanicista

O conceito de paradigma formulado por Kuhn mostra que o desenvolvimento de uma determinada ciência procede no interior de um campo que é, em última instância, cultural. Nesse sentido, paradigma é um mapa que governa a percepção dos cientistas e, lhes informam o que e, como um determinado assunto deve ser pesquisado. Trata-se de uma definição revolucionária, na medida em que percebe o desenvolvimento do campo científico como dependente de fatores que são externos às especificidades desse mesmo campo. Como parte da cultura, a ciência normal tende a direcionar seus esforços de acordo com o óbvio ditado pelo paradigma dominante. Não há uma intenção de buscar outros paradigmas se o que está em uso satisfaz a noção de realidade e das demandas impostas pela cultura. Assim sendo, para que o paradigma possa ser questionado é preciso que ele entre em crise profunda, juntamente com um amplo aspecto da cultura que o promove (7).

Nesse sentido, a busca por novos paradigmas torna-se mais evidente à medida que ocorre o desenvolvimento das ciências, em um contexto em que, a exemplo da cultura dominante, impulsionada pelo capitalismo, imprime um sentido ativo, desbravador e transformador da realidade, mas que, todavia, nas décadas anteriores, não obteve sucesso no tratamento das doenças mentais no interior dos manicômios. O paradigma advindo do modelo sócio-econômico capitalista é o cartesiano, também denominado mecanicista, o qual não conseguiu resolver os problemas na área de saúde mental, pois direcionava um olhar linear, tipo “queixa-conduta” ao doente mental. Esse paradigma contrapôs-se ao paradigma anterior, prevalente na Idade Média, o qual evidenciava um olhar holístico que

procurava harmonizar os elementos existentes e não estimulava uma atitude de criação de novas realidades.

O paradigma mecanicista, que surgiu com o movimento renascentista, foi mais bem codificado nos tratados filosóficos de Descartes, Locke e Bacon; recebeu estímulo considerável no movimento Iluminista do século XVIII e desabrochou plenamente na revolução industrial do século XIX. No campo médico, esse paradigma chegou a seu apogeu após a Segunda Guerra Mundial, quando a medicina usufruiu de avanços tecnológicos sem precedentes, através de intensa produção de conhecimentos, de instrumentos diagnósticos e de produção de novas drogas farmacológicas. Todos estes fatores permitiram um aumento considerável no poder de intervenção médica no corpo humano (8).

No interior do paradigma mecanicista, a psiquiatria tratava a loucura como uma doença natural, passível de ser decomposta em sua estrutura e padrões de comportamento. Como tal, o paciente deixa de ser importante, assim como as condições sociais, pessoais e históricas que poderiam explicar a manifestação do problema. Uma vez diagnosticada a doença, o tratamento seguia codificado com pouca ou nenhuma observação às condições únicas de sua manifestação em um determinado paciente. Ainda que tenha trazido benefícios em várias áreas da medicina, principalmente em áreas que envolvem tecnologia hospitalar e procedimentos farmacológicos para doenças infecciosas, esse paradigma tem mostrado pouca eficácia no que diz respeito à doença mental (8).

No entanto, a partir dos anos 70, o paradigma mecanicista que desde a emergência da Física Moderna, já fora provado como insuficiente para conhecer a realidade nesse campo do saber, também mostra ser insuficiente na medicina e na promoção da saúde. Nessa última área, a crise do paradigma mecanicista ocorreu com sua limitação ao lidar com as chamadas doenças infecciosas e degenerativas. Ela se expressa no fato de que um aumento no investimento em medicina no mundo desenvolvido não corresponde a um aumento em saúde da população. Pelo contrário, ela pode trazer mais doenças, principalmente as iatrogênicas, hoje consideradas a segunda maior causa de manifestação de doenças nas populações de países desenvolvidos (8).

Juntamente com a crise intrínseca desse paradigma outro fenômeno histórico aconteceu no sentido de agravá-la, ou seja, a crise do estado de bem-estar, que reduziu a capacidade deste contexto social de continuar financiando um sistema de saúde baseado no hospital e, em postura medicalizante cada vez mais cara (8).

Em sintonia com as propostas desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde e por movimentos sociais amplos tais como o movimento sanitário ou o movimento anti-psiquiátrico, que ocorreram em vários países ocidentais, a denúncia da medicina como uma organização que expropria do indivíduo a sua saúde, houve a promoção de uma aproximação à saúde que trouxesse de volta o indivíduo e, não mais a doença, como parte central do processo que poderia conduzir à cura. Esta nova proposta não significa um retorno a uma fase anterior à da consagração da medicina positivista mecanicista, mas uma perspectiva ampliada e integradora das especializações. Esta ampliação integrativa tem com fulcro central: o ser humano e seu bem-estar (9).

Entre as mudanças para a construção de um novo paradigma que foram desencadeadas está a reordenação do modelo de atenção básica à saúde, por meio da redefinição dos vínculos dos serviços com os usuários em uma determinada comunidade. As pessoas passam a ter a oportunidade de atuar no cenário de saúde local, no papel de agente da sua própria saúde e, da saúde da comunidade da qual fazem parte.

Com a idéia de paradigma, o nosso interesse pelo “Cândido Ferreira” extrapola o seu nível local e regional, voltado exclusivamente para o domínio da saúde mental. Além desse aspecto, voltamos também para uma área científica na qual uma verdadeira revolução está em processo, que é a atual política nacional de atenção básica à saúde, baseada em uma perspectiva interdisciplinar, que requer tanto a integração de várias especialidades científicas quanto a integração de distintos setores da sociedade para o planejamento e o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida, tendo o ser humano como centro desse mérito e, não mais a doença e a figura do médico, como era até o início da década de 90.

2. OBJETIVOS



Objetivo Geral

Analisar a perspectiva do processo de trabalho interdisciplinar do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” envolvendo a assistência e, sua relação com a rede pública de serviços de saúde, na atual conjuntura da política nacional de saúde.

Objetivos Específicos

- identificar o papel que o Serviço de Saúde “Dr. Candido Ferreira” representa para a rede pública de saúde de Campinas, ao longo da sua história;
- conhecer a maneira como os profissionais desenvolvem o cuidado no interior da equipe interdisciplinar, na perspectiva da proposta antimanicomial;
- compreender as contradições e os problemas vivenciados pelos profissionais da equipe interdisciplinar, em relação à atual conjuntura da política nacional de saúde.

3. METODOLOGIA/ MATERIAL E MÉTODOS



A pesquisa foi desenvolvida por meio de metodologia qualitativa. Constituiu-se de entrevistas envolvendo profissionais da área de saúde mental do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” e, observação participante no contexto de trabalho.

Foi um pressuposto fundamental da pesquisa que os sujeitos entrevistados tinham representações, embora incompletas, relativamente coerentes em relação ao universo vivido e experimentado. A partir das tradições teóricas trazidas à tona por Moscovici (10), foi possível definir “representação social” como um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana que, permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e, nas estratégias que desenvolve em seu meio social.

Nesse sentido, a realidade foi compreendida como uma construção, tanto social como psicológica, em um contexto de valores, noções, regras e normas pré-estabelecidas pela sociedade e pela cultura mais ampla. O conjunto dessas representações, compreendendo o consenso e a discórdia a respeito de vários tópicos relativos ao universo vivido e experimentado, ofereceu uma compreensão da realidade.

Trata-se, em grande medida, de dimensões imponderáveis da vida social e cultural, que o método quantitativo não atinge. Para capturar estas dimensões, como enfatizara Malinowski (11), mais do que um conjunto organizado de indagações, recorreremos à sensibilidade aberta para o imprevisível e procuramos ver o que não consta em perguntas e preocupações configuradas em um esquema metodológico fechado.

Partes dos dados foram colhidos durante observação participante, que ocorreu nos momentos que antecederam e que sucederam as entrevistas, tendo sido observado a prática profissional no dia-a-dia da instituição. Um diário de pesquisa foi elaborado com o propósito de coletar as impressões extraídas da experiência.

As entrevistas foram direcionadas aos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” e, teve a preocupação de contemplar experiências das distintas profissões que atuam naquela Unidade. A análise das mesmas obedeceu aos quatro procedimentos metodológicos propostos por Martins, Bicudo (11):

- a) transcrição das entrevistas no computador, no Office Word.
- b) releitura das entrevistas, buscando colocar em evidência os significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados aos problemas abordados;
- c) identificação das “unidades de significados”, indicando momentos destacáveis da percepção dos sujeitos sobre a vivência do fenômeno;
- d) identificação dos temas relevantes, a partir da própria experiência dos entrevistados e, reagrupamento em categorias que delinearam a estrutura do fenômeno.

As entrevistas foram conduzidas com o auxílio de quatro roteiros² e precedidas da aplicação de um questionário que objetivou conhecer o perfil do profissional referente aos dados pessoais, como idade, sexo, formação, conhecimento sobre a política atual de saúde pública, tempo de formado e tempo de serviço no “Cândido”.

Foram realizadas vinte e três entrevistas, utilizando-se o critério de saturação das informações (13). As entrevistas mais longas foram desenvolvidas em dois ou três encontros, somando um total de trinta e cinco fitas gravadas.

Nos resultados apresentamos algumas citações das falas dos profissionais, revelando a profissão do entrevistado e utilizando pseudônimos, com objetivo de preservar o sigilo da identidade. Consideramos apenas uma equipe interdisciplinar, a grande equipe do “Cândido” porque os funcionários, de tempos em tempos, mudam de setores e, alguns podem servir em dois setores ao mesmo tempo, de forma que todos os funcionários sabem um pouco a respeito dos demais setores.

Tivemos a preocupação em contemplar experiências das distintas profissões, com o seguinte perfil: os entrevistados tinham idade que variava entre 25 a 54 anos, sendo a grande maioria jovem, do gênero feminino, na faixa etária entre 25 a 44 anos de idade.

² Apresentados em anexos.

Tabela 1: Distribuição dos Profissionais do “Cândido Ferreira” segundo Faixa Etária. Campinas, 2009

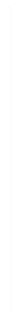
Faixa Etária (em anos)	Nº	%
25 - 34 anos	10	43,48
35 - 44 anos	5	21,74
45 A 55 anos	8	34.78

Dos 23 entrevistados, 65,22 % eram mulheres e 34.78 % homens.

Tabela 2: Distribuição das Profissões por Gênero “Cândido Ferreira”. Campinas, 2009

Profissional	Masculino	Feminino	Total	%
Administrativo	1		1	4,35
Assistente social		1	1	4,35
Economista	1		1	4,35
Enfermeiro	1	4	5	21,74
Médico	2	2	4	17,39
Nutricionista		2	2	8,69
Psicólogo	3	2	5	21,74
Terapeuta Ocupacional		4	4	17,39
Total	8	15	23	100

CAPÍTULO I
OS PRIMÓRDIOS DO TRATAMENTO DO
DOENTE MENTAL



Desde o início deste século XXI, o mundo ocidental vem experimentando novas maneiras de tratar as diversas manifestações de sofrimento mental, reconhecendo que as pessoas nunca são iguais e podem apresentar alterações de comportamentos e, de atitudes, diante das provações de ordem afetiva e socioeconômicas, em cada época que a humanidade atravessa (14).

Neste capítulo faremos uma breve retomada da nossa história, com o propósito de analisar os distintos olhares que as sociedades ocidentais dirigiam aos indivíduos que eram diferentes, bem como as formas de tratamentos que eram impostas àqueles considerados alienados.

Ao iniciar-se o desenvolvimento do comércio e os primeiros movimentos em direção à industrialização, a sociedade européia foi se tornando cada vez mais interessada no movimento econômico mercantilista (15).

À medida que crescia o mercantilismo, aumentava o número de habitantes das cidades e, com isso aumentava também, assustadoramente, o número de pobres. Os indivíduos considerados doentes mentais, eram, na sua maioria, parte da população pobre, incapaz de produzir nos padrões estabelecidos pelo novo sistema econômico. Estes passaram a ser a vergonha da sociedade européia.

O indivíduo desocupado começa a vagar pelas ruas das cidades e, isso incomoda a sociedade, que, por sua vez, para acabar com o grande contingente de dementes infelizes, passou a expulsá-los. Esse foi o período da exclusão, semelhante ao que foi a lepra na época antiga. O leprosário começa a ser utilizado como albergue para esconder essa massa populacional. Nesse contexto o albergue passou a ser uma necessidade nas áreas urbanas (15, 14).

Dessa forma, pelo uso dos albergues, foram se estabelecendo os primeiros asilos. A intenção do asilo não era de cuidar do doente mental, mas afastá-los da sociedade e impedir que eles viessem a aumentar a desordem da cidade que estava crescendo sem nenhuma estrutura (14).

Mais tarde, o asilo passa a chamar-se hospital ou hospício e, mantinha a função de exclusão social. Encontramos que a Espanha foi um dos países precursores na criação de hospitais (14).

O humanista espanhol Luís Vives deu para a palavra hospital a definição de ser um lugar onde se mantém os doentes, os pobres, os órfãos, os loucos e os cegos.

No século XV, o Padre Jofré fundou um hospital geral, um tipo de albergue. Havia também o Hospital de Nossa Senhora das Graças de Zaragoza, que foi mencionado no Tratado de Pinel. Esses hospitais deram lugar às duas denominações psiquiátricas hispânicas: a do manicômio e do tratamento moral do doente mental (16).

Na cidade de Paris havia um grande Hospital Geral que tinha uma parte separada, chamada de Salpêtrière, que se destinava a internar mulheres pobres, mendigas, aleijadas, doentes incuráveis, idosas, meninas, idiotas e loucas. O hospital era o depositário das pessoas que causavam repulsa à sociedade dominante e, logo após sua inauguração estava com uma superpopulação de oito mil mulheres. Na época, Paris tinha quinhentos mil habitantes (14).

O sofrimento mental era considerado manifestação espiritual e era cuidado pela Igreja e pelas autoridades de segurança pública. Com o desenvolvimento das pesquisas sobre as doenças, a medicina foi penetrando no domínio do sofrimento mental, desenvolvendo estudos e explicações que o comprovavam como sendo doença, até que os médicos assumem o poder sobre os hospitais. A partir daí é que a psiquiatria se estabelece como ciência, na Europa.

Contudo, embora o transtorno mental fosse reconhecido como doença e, a psiquiatria como parte da medicina, ainda não havia tecnologia médica para o manejo do doente mental e, a sociedade continuava a exercer poder sobre eles, considerando-os incapazes de decidirem por si próprios e, inúteis para o desenvolvimento do capitalismo. Os hospitais eram instituições que davam continuidade ao mecanismo de exclusão dos indivíduos, tidos como alienados: eram locais superlotadas e, para manter o domínio e o controle sobre os doentes, usavam da contenção física: os pacientes eram amarrados ou acorrentados ao leito e, havia também o recurso do aprisionamento no quarto forte (5).

No século XVIII, com o Movimento Iluminista, embora ocorresse o progresso das pesquisas nas distintas áreas das ciências humanas, exatas e biológicas, não havia evolução em relação ao olhar que a sociedade tinha para os dementes. A presença dessas pessoas em meio à sociedade causava repulsa e vergonha e, a segregação destes indivíduos foi se tornando mais comum, à medida que a Europa se industrializava e as cidades iam se tornando mais populosas.

Na Inglaterra, as populações rurais foram forçadas a deixar suas terras pelo motivo da introdução, no campo, de maquinários que substituíam o trabalho braçal dos agricultores: novas técnicas de irrigação, de semeadura e colheita mecânicas. Os trabalhadores rurais ficaram sem serviço e, sem perspectiva de vida. Desiludidos e, sem terem para onde ir, buscaram ganhar a vida na área urbana de Londres (17).

À medida que a Revolução Industrial tomava corpo, com os maquinários que aceleravam a produção, ia crescendo também a procura por emprego na cidade, por parte dos camponeses. Foi assim que os moradores rurais, expulsos das suas terras, colaboraram com o êxodo rural e se submeteram às jornadas extensas de trabalho nas fábricas. Dessa forma, pouco a pouco foram esvaziando a zona rural e inchando a zona urbana, com crescimento populacional e habitacional desordenado (17).

A sociedade inglesa foi surpreendida pelo inchaço da cidade refletido no caos e, gente de todo tipo estava na periferia e, trabalhando nas fábricas. A partir daí o asilo alcançou um grau de importância muito mais elevado. As autoridades de segurança pública recolhiam à força para o asilo as pessoas consideradas incapazes de trabalhar na indústria, que atrapalhavam, incomodavam e eram vistas como sendo uma vergonha para a burguesia.

A explosão populacional assustava a elite inglesa. Londres teve um crescimento demográfico de 958.000 habitantes, em 1801, para 1.948.000 habitantes em 1831. Grande parte da população sobrevivia na miséria, sem esgoto, sem água potável e com lixo sendo jogado a céu aberto. Essas pessoas trabalhavam cerca de 18 horas por dia e, não tinham dinheiro para comprar alimentos suficientes para uma perfeita nutrição. As fábricas aceitavam a mão-de-obra também das mulheres e das crianças. A família inteira era submetida ao stress, doenças ocupacionais do trabalho, cansaço e exposição ao ambiente insalubre das fábricas (18).

Como consequência dessa desorganização social e industrial, pela falta de critérios com a saúde pública, começou a surgir epidemias fatais, como cólera, varíola, sarampo, escarlatina, difteria, febre tifóide, lepra, escorbuto, tuberculose e outras (4).

Na França, no final do século XVIII, no período histórico da Idade Clássica, denominado como Idade da Razão, o médico psiquiatra, Dr. Philippe Pinel, considerado por muitos como o pai da psiquiatria, desenvolve estudos que provam que os seres humanos sofriam de doenças mentais, as quais deveriam ser tratadas de forma não violenta. Ele introduziu uma importante mudança nos asilos, que passaram a ser definidos como manicômios e, não mais um espaço onde se prendia simplesmente o louco, mas um espaço para o cuidado e, a busca de possíveis formas de cura.

As fábricas, as unidades produtivas do capitalismo, necessitavam de pessoas capazes, saudáveis e de capacidade mental que estivesse em sintonia com a classe de poder burguês. Havia a preocupação com o tipo físico que estava constituindo a base populacional urbana. A classe dominante queria apenas cidadãos brancos, os mestiços e negros não eram aceitos, pois eram vistos como preguiçosos, indolentes, incapazes de levar avante o crescimento industrial e o capitalismo (19).

O capitalismo engendrou o colonialismo e a escravidão, principalmente nas colônias. A classe social dominante, apoiada por cientistas, médicos, filósofos, antropólogos, biólogos e outros, deu origem a um poderoso movimento com intenções científicas, o qual exerceu poder e dominação sobre os indivíduos considerados diferentes, entre eles os doentes mentais. Esse movimento foi chamado de movimento eugênico ou eugenia.

O termo eugenia foi criado por Francis Galton. A palavra eugenia vem do grego: eugênese, que significa bem nascido. Galton definiu eugenia como sendo o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, seja física ou mentalmente (19).

Ele desenvolvia suas pesquisas principalmente nos arquivos das biografias de sua própria família. Esse cientista influenciou-se também pelas pesquisas do economista Thomas Malthus, nas suas publicações controversas de que a população crescia de forma geométrica e, os recursos para manutenção da humanidade cresciam em proporção

aritmética. Baseado nesse estudo, Malthus propagou a idéia de que era preciso controlar o crescimento das populações, senão não haveria comida para todos (20).

A propagação da idéia de que era preciso controlar o crescimento populacional deu forças a uma nova teoria que fortaleceria ainda mais o eugenismo: o Darwinismo Social, apresentada pelo filósofo inglês, Hebert Spencer, na segunda metade do século XIX.

Spencer criou o conceito de “sobrevivência do mais capaz”, defendendo a tese de que os filhos das pessoas brancas, capazes, bonitas e perfeitas, sem nenhum caso de doença mental na família era o padrão de ser humano que deveria se casar entre si e continuar a aperfeiçoar a humanidade.

Da mesma forma que Darwin afirmava que espécies animais imperfeitas seriam eliminadas pela natureza, Spencer afirmava que pessoas imperfeitas deveriam ser eliminadas também: “...e eles não são suficientemente completos para viver, morrem, e é melhor que moram... Toda imperfeição deve desaparecer...” (19).

A proposta desses cientistas era a eliminação forçada, por meio de instrumentos científicos, das pessoas doentes mentais, consideradas pela sociedade como impróprias para reprodução humana e, impróprias para a manutenção do sistema econômico capitalista.

Galton tentava provar, por meio de um modelo genético perfeito, ou seja, ele afirmava que somente uma pessoa branca capacitada, com elevado QI e, que não tivesse história de doença mental na família é que garantiria a melhoria da raça humana, assim como seu primo Darwin havia feito modelos genéticos com os animais e, Mendel com as ervilhas. “Nenhum progresso ou intervenção social poderia ajudar o incapacitado” (19).

Os trabalhos da Sociedade Eugenista de Londres propagou-se por vários países europeus, como Alemanha, que teve maior adesão. As autoridades alemãs encontraram na eugenia os argumentos científicos que precisavam para fortalecer o preconceito racial que possuíam. A raça ariana era considerada a superior e, os que não fossem arianos seriam eliminados. Dessa forma as autoridades alemãs levaram avante seu movimento de seleção da raça humana e, conduziu-se à prática extrema de eliminar os diferentes, até levá-los ao holocausto.

O movimento eugenista também foi difundido na França, Dinamarca, Tchecoslováquia, Hungria, Áustria, Bélgica, Suíça e União Soviética, dentre outros. A falsa ciência também seduziu os países americanos como Estados Unidos, Brasil, Argentina e Peru, países estes que, a exemplo de Londres, também criaram suas sociedades eugenistas.

O movimento eugenista, ao chegar à França, no fim do século XIX, encontra uma base de sustentação no fracassado modelo institucional defendido por Pinel. A proposta de Pinel, que era tratar o doente mental no hospital, com técnicas humanísticas, deteriorou-se por causa do abuso do número de leitos. Ao invés de estudar e tratar a loucura tornava-se, a cada dia, um maior instrumento de exclusão, uma prisão onde se prendia para sempre o doente mental. O manicômio que Pinel idealizou para tratar a loucura tornou-se uma instituição presídio, abarrotada de excluídos sociais de toda sorte (21).

Com o propósito de controlar o nascimento de pessoas alienadas, a esterilização passou a ser compulsória para os doentes mentais, especialmente crianças; para os moradores de asilos para pobres e, para os prisioneiros, virou lei no Estado de Indiana, pelos esforços do Deputado Horace Reed. A Lei chamava-se “Ato de Prevenção da Imbecilidade” e vigorou até a década de 70:

Entre o ano de 1905 e a década de 20, instituições eugênicas proliferaram por todo o território americano. A principal delas, o Eugenics Record Office (ERO), foi dirigida pelo geneticista Charles Davenport, o maior representante da eugenia americana. A primeira lei de esterilização americana foi aprovada em 1907, no estado de Indiana, e estima-se que mais de 50 mil pessoas tenham sido esterilizadas entre 1907 e 1949 em todo o país, considerando que a última lei do gênero foi revogada somente na década de 70 (20).

Após a Segunda Guerra Mundial, o movimento eugenista foi pouco a pouco demonstrando sinais de fracasso porque outros cientistas e, defensores dos direitos humanos não o reconheciam como ciência e, criticavam seus métodos de seleção da espécie humana. O número de médicos que consideravam a loucura como doença foi aumentando e, ocorreu o fortalecimento na crença da utilização do tratamento moral para os doentes mentais, terapia por meio do trabalho, nas colônias pertencentes às instituições psiquiátricas.

CAPÍTULO II
SURGIMENTO DA ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL



Os avanços que vinham ocorrendo na Europa encorajam a medicina brasileira a se preparar para considerar a loucura como doença e, como tal, sujeita a tratamento sob o poder do médico. A criação do Hospício Dom Pedro I, em 1852, deixa caracterizado no Brasil o reconhecimento da loucura como doença e, a partir daí, a medicina assume a especialização médica da psiquiatria, dando-se a tomada do poder sobre os doentes mentais (22).

Em 1881 ocorre no Rio de Janeiro a reforma do ensino médico, por meio do Decreto nº 3024, o qual cria a cadeira de clínica psiquiátrica e moléstias mentais (23).

O modelo psiquiátrico deixa de ser o francês e, é adotado o modelo alemão, pois era o que se ajustava às necessidades de purificar a raça brasileira da miscigenação e da desigualdade social.

O médico psiquiatra brasileiro, Dr. Franco da Rocha, influenciou-se pela “psiquiatria científica”, inaugurada na Europa pelo médico psiquiatra, Dr. Pinel, que divulgava o modelo de tratamento associado ao trabalho: a laborterapia, chamado de tratamento moral. E, assim, Franco da Rocha envidou esforços para que fosse construído o hospital Juqueri, no interior do Estado de São Paulo, um projeto esperado como modelo de tratamento psiquiátrico no Brasil. Em 1898, Franco da Rocha, após conseguir a construção de seu projeto, assume a direção do recém construído Juqueri, com capacidade para 800 leitos. Dessa forma, constitui-se a instituição psiquiátrica no Brasil (24).

Franco da Rocha divulgou o uso do trabalho intenso como tratamento aos alienados e, sua influência pode-se perceber até os dias atuais, na maioria das instituições psiquiátricas (Amarante, 1996). Ele defendida o trabalho como fundamento da terapia, acreditando que essa era uma maneira eficaz de devolver a razão ao indivíduo que a perdera, que estava alienado, pois este era considerado incapaz de julgar entre o certo e o errado, entre o proibido e o permitido pela lei: “ ... incapaz mesmo de ser livre e cidadão, pois a Liberdade e a cidadania implicavam no direito e possibilidade à escolha (25).

O manicômio e a colônia para laborterapia eram locais nos quais a sociedade, por meio da autoridade do Estado, impunha a tutela ao sujeito desviante, pois o forçando a se submeter à condição de tutelado era fácil controlá-los e mantê-los afastados dos centros urbanos, se concentrava a sociedade dominante e, ao mesmo tempo, transpareceria a

intenção de tratamento desses sujeitos, tratamento este que não tinha a intenção de cura, mas de manutenção da loucura:

O tratamento, no caso, deveria ser realizado numa instituição fechada, tanto porque o isolamento favoreceria a observação do “objeto em seu estado puro” – sem as indesejáveis interferências da vida social -, quanto porque o isolamento seria, em si, terapêutico, pois as mesmas interferências que prejudicavam a observação contribuiriam também para as causas da loucura (26).

Nas primeiras décadas do século XX, a psiquiatria brasileira continuava sob inspiração do modelo alemão e, somou-se aos interesses da política preventivista, divulgado pela Liga Brasileira de Higiene Mental.

No Estado do Rio de Janeiro, o Governo Federal construiu a Colônia Juliano Moreira, em 1924, em Jacarepaguá, na zona oeste. Essa colônia recebeu os pacientes e detentos das antigas Colônias de Alienados da Ilha do Governador e, por volta dos anos 60, chegou a abrigar cinco mil pacientes (27).

Essa Colônia ficou conhecida pelos maus tratos e da superpopulação.

Alguns trechos da obra de Lima Barreto, de “Diário do Hospício” (1916), reclamando da abordagem da polícia para com aqueles que demonstravam um comportamento diferente da sociedade republicana na qual ele viveu:

Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material, há seis anos, me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura, deliro (28).

O Juqueri, em São Paulo, também é afetado pelo processo do abuso das internações. Essa foi a maior colônia do Brasil, “chegando a abrigar dezesseis mil internos”. (26).

Esse fenômeno ocorreu devido aos encaminhamentos feitos pela Secretaria de Segurança Pública, sob ordem judicial. A polícia prendia os indivíduos que perambulavam pelas ruas, mas como a cadeia não tinha espaço para todos e, o sistema judiciário não

dispunha de tecnologia pra tratamento dos desviantes, eles eram encaminhados para serem “presos” nos asilos, como loucos.

O desenvolvimento da medicina psiquiátrica moderna baseou-se na perspectiva de que a loucura era uma doença cujos mecanismos poderiam ser conhecidos e classificados, sendo que a possibilidade de tratamento e cura dependeria diretamente do conhecimento desses mecanismos. Tratava-se de uma perspectiva que seguia os princípios do paradigma positivista e mecanicista, prevalente e dominante na medicina moderna. O hospital de confinamento de loucos e, o também denominado asilo, passaram a ser os grandes laboratórios desses experimentos. Em tal contexto, as chamadas doenças mentais e os seus tratamentos foram definidos, catalogados e empregados contra todos os que não se adaptavam aos critérios sociais de normalidade.

Alguns estudos brasileiros produziram reflexões a respeito das causas de internações, afirmando que a loucura era um pretexto para a internação de pessoas miseráveis e marginalizadas e, na realidade, o hospital psiquiátrico era o “velho” albergue para os pobres. Um estudo desenvolvido no Brasil, em um hospital público de grande porte, demonstrou por meio da investigação do perfil sócio-psiquiátrico dos pacientes que, os casos reais de psicopatologias não representavam mais de 10% do total de internados (29).

O asilo moderno caracterizava-se por práticas que procuravam anular qualquer senso remanescente de identidade. Esse processo de despersonalização, que Goffman denomina de “mortificação do eu”, seguia vários tipos de procedimentos, tais como uso de uniforme, raspagem do cabelo, substituição do nome por número, entre outros. Se voltarmos ao início do século XX encontraremos revelações do escritor Lima Barreto, por várias vezes aprisionado no asilo, denúncias pelo “seqüestro do eu” (3):

Amaciado um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição de rezas, exorcismo, bruxarias, etc. o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o seqüestro (30).

As práticas de institucionalização nos hospitais psiquiátricos, registrada na literatura, revela os modelos mentais elaborados pelas sociedades: os valores sociais, culturais e de considerações de gênero prevalecente em cada época histórica. Encontramos vasta referência na literatura a respeito da anulação da identidade humana, em particular da

mulher. Nos estudos desenvolvidos por Cristiana Facchenetti, Andréa Ribeiro e Pedro F. de Muñoz (31), foram apresentados os diagnósticos psiquiátricos registrados nos prontuários clínicos das mulheres, como: “olhares lânguidos” e “recusa de dormir com o marido”. Encontramos ainda em um relatório de visita da Comissão de Direitos Humanos Teotônio Vilela, realizado em 1984, a respeito do Hospital do Juqueri, o registro das condições de vida das pacientes, o qual expõe a negação da identidade feminina pela negação de permitir que a paciente vestisse a peça básica mínima do vestuário feminino: a calcinha.

... As mulheres quando não estão nuas, estão cobertas com um camisão grosso, sem mangas, curto, cheio de carimbos oficiais; não usam calcinhas – todas suplicaram para que lhes fossem dadas calcinhas – e estão descalças, todas pediram chinelos... Num mesmo pátio estão 187 mulheres: oligofrênicas, esquizofrênicas, epiléticas (mulheres cujos problemas são diferentes e que jamais poderiam estar vivendo no mesmo espaço); há jovens, adultas e velhas (a maioria parece idosa, mas não é possível saber se a velhice é real ou efeito do internamento; as mulheres, confinadas e sem referências temporais, não sabem sua própria idade, nem há quanto tempo estão ali... nuas... sentadas ou deitadas ao chão; umas choram, outras riem ou gritam quando nos vêem... uma está nua, sentada ao chão, comendo o vômito, enquanto outras comem fezes... (32).

Permanecendo como morador do manicômio o indivíduo se distanciava das possibilidades de evolução e aprendizagem de plenitude humana. Ainda que os procedimentos terapêuticos produzidos nesse tipo de hospital, fossem eles de origem farmacológica, física (eletro-choque), banhos alternados de água quente e gelada, ou cirúrgica (lobotomia), pudessem produzir certo controle comportamental, eles não podiam evitar como efeito colateral um embrutecimento do paciente, muitas vezes de forma irreversível.

O estigma que a denotação de um rótulo de doente mental pressupunha, impossibilitava que o indivíduo pudesse algum dia, sair do manicômio e ser reintegrado em seu meio familiar e social. De um modo geral, uma vez internado, a probabilidade de se tornar um paciente morador eterno era muito grande, pois a própria família o abandonava lá (26).

Nos fins da década de 60 iniciaram-se algumas mobilizações, por grupos de intelectuais e, pelos próprios pacientes e seus familiares que começaram a discutir a necessidade da reforma do modelo psiquiátrico e, passaram a reclamar contra os asilos.

Em várias partes do mundo iniciaram-se questionamentos a respeito dos asilos para doentes mentais. Contudo, no Brasil, as reflexões em torno da segregação desses pacientes ainda não haviam desencadeado as mudanças no manejo do doente mental e das condições de superlotação dos manicômios e, dessa forma, construções imensas continuaram a ser levantadas, com a finalidade de segregar os dementes, os que estavam fora dos “limites” da razão.

No final da década de 60, o Brasil entra na grande crise do sistema de saúde em decorrência da falência do modelo positivista da medicina. Para remediar tal situação, o Governo Federal lançou incentivos de financiamentos para construções de serviços particulares de saúde, para atendimento, por meio de convênio com o setor público. Esse tipo de financiamento chegou ao extremo do oportunismo em torno da doença: “O setor saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo” (26).

Entre os serviços de saúde privatizados surgiram aqueles de assistência psiquiátrica, os quais foram considerados os mais exploradores do sistema público, utilizando-se da doença mental como objeto de mercantilismo:

A "indústria da loucura", como ficou conhecida, fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público começavam a diminuir. Responsável por essa política de privatização desmesurada, Leonel Miranda, então ministro da Saúde, tornou-se proprietário do maior manicômio privado do mundo, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, estado do Rio, que até 2002 tinha quase 2 mil leitos totalmente financiados com recursos do Sistema Único de Saúde (26).

No Brasil, a repercussão das novas propostas promovidas pela OMS e do movimento anti-psiquiátrico foi intensa em um período de crise econômica que ameaçava a sustentabilidade financeira do Estado; ameaçava diretamente o regime militar ditatorial. A equipe que organizava a reforma na saúde consegue, em 1979, promover o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com resultados surpreendentes, altamente favoráveis ao

Movimento. As mudanças começaram ser realizadas gradativamente durante a década de 80, com vários planos, como o CONASP, que passaram a promover a municipalização dos serviços de saúde (33).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 constituiu-se em um grande impulso ao avanço o movimento da Reforma Sanitária na história política de saúde brasileira. Foi nessa conferência que se decidiu por um Sistema de Saúde que fosse único e descentralizado. Com a Constituição Brasileira, promulgada em 1988, foram assegurados a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde, a garantia desse direito como um dever do Estado e a criação do SUS - Sistema Único de Saúde - que procura organizar a prestação de serviços de saúde em todo o país. A criação do SUS garante a autonomia dos municípios e o direito de participação da comunidade nos Conselhos Municipais de Saúde.

A implantação do SUS foi sendo realizada de forma gradativa: primeiro veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que definitivamente instituiu o SUS. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 imprime ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação da comunidade na gestão do serviço. São objetivos do SUS, expressos na Constituição, a universalização da assistência, a organização dos serviços sob a forma de redes regionalizadas e hierarquizadas, a descentralização dos serviços, um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado, a participação comunitária e a democratização da oferta de serviços.

Com mecanismos de descentralização e co-gestão em sua organização, o SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da Reforma Psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais (34).

Nesse contexto, tanto a questão da doença mental como do confinamento do doente em manicômio foram questionados tanto do ponto de vista ético, quanto da eficácia terapêutica. O projeto de desospitalização do doente mental passou a ser aspecto fundamental do movimento da Reforma Sanitária.

Assim como o SUS, a reforma psiquiátrica no Brasil consistiu em um processo que incluiu movimentos sociais e políticos que desconstruíram tanto os conceitos de saúde em geral, quanto os de práticas em psiquiatria, em particular. A Reforma Sanitária teve no seu interior a Reforma Psiquiátrica, e ambas configuraram a construção social de um novo paradigma: este deveria divergir do modelo psiquiátrico clássico. O paciente deveria fazer parte do seu processo de tratamento ou de cura. De acordo com essa visão o tratamento do doente mental, antes dependente da farmacologia e de outras tecnologias controladoras do indivíduo (eletrochoque, enclausuramento e lobotomia), agora mudava sua base para a dependência de fatores sociais e simbólicos, tendo a comunidade e o contexto onde o paciente vive como um fator essencial na terapia.

Houve a confirmação que as vias medicamentosas causavam iatrogenia³, além de que segregavam o indivíduo da sociedade sem esperanças de nenhum tipo de convívio. O projeto de lei “Paulo Delgado” propõe, nesse sentido, a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, inclusive de hospitais especializados, com sua substituição por outras modalidades assistenciais (35-36-37).

Após 12 anos de tramitação no Congresso, a Lei no 10.216 foi sancionada pelo presidente da República em 06 de abril de 2001. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A referida Lei proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos. Foram efetivadas no Brasil 501.660 internações no ano de 1990 e, até 1991 o país tinha 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos. O período médio de internação era de cem dias. Mais de trinta mil pessoas haviam perdido definitivamente seus vínculos com suas famílias e a sociedade e nunca saíram dos manicômios (38).

A Lei 10216 autoriza a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo; estabelece que os tratamentos devam ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade

³ É um estado de alteração da doença com provocação do surgimento de nova doença no organismo, efeitos adversos causados em decorrência do tratamento médico. Um dos exemplos é o uso da Talidomida, a partir da década de 60, teve como consequência a focomegalia, malformação congênita que levou ao nascimento de centenas de pessoas com deficiência dos membros superiores. A partir de então surgiu a Vigilância de Tecnologias Médicas a qual inclui a fãrmaco vigilância (39).

primordial, procura a reinserção social do doente mental em seu meio. A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (34).

O reconhecimento do movimento que impulsionou a reforma psiquiátrica ocorreu em 1978, quando Paulo Amarante e seus colegas do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, denunciaram, por escrito, em documento oficial, uma série de violações aos direitos humanos das pessoas lá internadas. Como consequência desse ato, Paulo Amarante e mais 263 profissionais que compactuavam com suas idéias, foram demitidos da instituição, fato esse que desencadeou um forte movimento dos trabalhadores da saúde mental. Dez anos depois, em 1986, quando um grupo de brasileiros participou do III Encontro Latino-Americano de Alternativas à Psiquiatria, em Buenos Aires, foi adotado o lema "Por uma sociedade sem manicômios" (26).

Franco Basaglia⁴ veio ao Brasil em 1978 e, apoiou e inspirou o movimento brasileiro oferecendo orientações embasadas nas suas experiências na reforma italiana. A partir desse ano surgiram inúmeras denúncias de maus tratos e violência dos hospitais psiquiátricos brasileiros.

A presença de Basaglia trouxe prestígio ao movimento da luta antimanicomial brasileira. A imprensa publicou várias reportagens, tendo uma das séries premiada: as reportagens de Hiran Firmino, no Jornal Estado de Minas, a qual dois anos depois foi publicada com o título *Nos Porões da Loucura*, pela Editora Codecri. Helvécio Ratton produziu um documentário que se consagrou um clássico: *Em Nome da Razão*, publicado em 1989, reconhecido como um marco da luta antimanicomial brasileira.

A principal consequência da relação com Basaglia e o movimento brasileiro foi a primeira experiência de intervenção para desinstitucionalização: a mobilização desencadeada por profissionais do Estado de São Paulo, na cidade de Santos, no ano de 1989:

⁴ Médico psiquiatra italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática na Itália. A experiência de Basaglia serviu de inspiração para a lei 180, aprovada na Itália em 13 de maio de 1978, que determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência. A Lei Basaglia, como ficou conhecida, é, ainda hoje, a única no gênero em todo o mundo (26).

Após uma série de mortes em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao extinto INAMPS, a Prefeitura decidiu intervir e desapropriá-la iniciando um trabalho revolucionário semelhante àquele de Franco Basaglia na Itália. Em seu lugar foram implantadas novas maneiras de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, como os núcleos de atenção psicossocial (Naps) abertos 24 horas, sete dias por semana. Foram criadas oficinas de trabalho pra geração de renda dos ex-internos, além de cooperativas de trabalho e de diversos projetos culturais de inserção social, entre os quais merece destaque o Rádio e TV Tam Tam (26).

O processo de reforma psiquiátrica que acompanhou a luta antimanicomial tornou-se um movimento contestador do saber psiquiátrico, da perspectiva medicalizante da doença mental e, sobretudo, do processo de exclusão do paciente de seu meio social.

Ao mesmo tempo, esse movimento produziu várias propostas alternativas em relação à assistência manicomial convencional, a maioria delas voltadas à reintegração social do paciente.

A luta antimanicomial tinha o intuito de dissolver a barreira entre assistentes e assistidos; abolir a reclusão e repressão imposta ao paciente e promover a liberdade com responsabilidade dos pacientes. Tais propósitos incluíam, ainda, a prática de discussão em grupo de profissionais da saúde, envolvendo uma postura essencialmente interdisciplinar.

...não mais se refere exclusivamente à reformulação dos serviços, ao rearranjo do aparato assistencial-normativo, nem reestruturação do texto jurídico que trata da matéria; não significa ainda a descoberta de novas técnicas, de uma escuta ou de uma terapêutica perfeitamente qualificada e competente, de por assim dizer, definitiva. Reforma psiquiátrica no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais (37).

Ao enfatizar sua crítica aos pressupostos que sustentava a instituição manicomial, Basaglia demonstrou que o problema da doença mental está inserido no interior de uma temática essencialmente política. A ênfase prática de sua proposta envolvia, basicamente, a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de uma

rede de serviços psiquiátricos na comunidade, composta por equipes interdisciplinares, capazes de responder às demandas dos pacientes e de seus familiares (40). Tal perspectiva foi desenvolvida em oposição ao reducionismo positivista, que percebia a doença mental como um fenômeno que se manifesta meramente ao nível biológico, em prejuízo das noções de ser, de existência e de integridade dos seres humanos (41).

Franco Baságlia, quando expressou a origem da loucura, considerou a integralidade do ser humano:

Se eu pensasse que a loucura é apenas um produto social, estaria ainda dentro de uma lógica positivista. Dizer que a loucura é um produto biológico ou orgânico, um produto psicológico ou social, são discussões que seguem a moda de determinado momento. Eu penso que a loucura, como todas as doenças, são expressões das contradições do nosso corpo, e dizendo corpo, digo corpo orgânico e social. É nesse sentido que direi que a doença, sendo uma contradição que se verifica no ambiente social, não é um produto apenas da sociedade, mas uma interação dos níveis nos quais nos compomos: biológico, sociológico, psicológico... Dessa interação participa uma quantidade enorme de fatores, cujas variáveis são difíceis de expor nesse momento. Eu acho que a doença em geral é um produto histórico-social. Algo que se verifica nessa sociedade em que vivemos em que há uma história e uma razão de ser. Como dissemos os tumores, por exemplo, é um produto histórico-social porque nascem nesse ambiente, nessa sociedade e nesse momento histórico, e podem ser um produto de alteração ecológica; produto de uma contradição. O tumor, na forma orgânica que nós estudamos, é outra coisa. O problema está na relação que existe entre nosso corpo orgânico e o corpo social no qual vivemos (42).

O sancionamento da Lei 10.216 coroou a vitória do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Através das disposições dessa Lei admite-se que a vida comunitária é um fator essencial no tratamento do doente mental e que o isolamento do paciente petrifica a doença, diminuindo drasticamente suas chances de melhora e, de reinserção comunitária.

Com o fenômeno da desospitalização no Brasil, surge um novo modelo de tratamento da doença mental, com a inclusão de serviços denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais-Dia. Tais serviços são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária; são

impulsionados pelos projetos de reforma psiquiátrica, que vêm sendo implementados em grande parte dos estados Brasileiros.

Os CAPS são unidades de referência secundária (intermediárias) de saúde mental, no interior do Sistema Único de Saúde, com equipe multiprofissional, cuja função é tratar de forma intensiva os portadores de transtorno mental grave com idade superior a 14 anos, na sua comunidade, junto às suas famílias. Este procedimento pretende evitar a internação psiquiátrica integral e promove a reabilitação psicossocial dos cronicamente comprometidos. Nesse sentido, o sistema CAPS deveria promover o reconhecimento do usuário como sujeito, com direitos e deveres, inserindo-o na comunidade, usando seu potencial produtivo e promovendo a sua cidadania.

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS deveriam se articular em uma logística de rede, sustentada por várias instâncias no interior da rede de atenção básica do SUS – Sistema Único de Saúde: nos ambulatórios; Unidades Básicas; Saúde da Família; internações para as crises, em leitos nos hospitais gerais; ações de suporte e reabilitação psicossocial (serviços residenciais terapêuticos, trabalho protegido, oficinas e cooperativas); centros de convivência e acompanhamento terapêutico.

O Ministério da Saúde também considera que os CAPS são serviços de saúde mental, abertos e comunitários, do SUS, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, sendo referência na própria comunidade, para o tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais graves (43).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando consultas individuais, atendimentos terapêuticos grupais, atividades lúdicas, recreativas e ocupacionais, articuladas em torno de projetos terapêuticos específicos em sintonia com o Programa Saúde da Família (43).

A reforma psiquiátrica e a emergência dos CAPS, em um contexto descentralizado, têm permitido a ocorrência de várias experiências, que se verificam pontualmente em diversos municípios brasileiros. Da mesma forma que o SUS, a avaliação dessas experiências a partir de uma postura qualitativa está apenas começando a ser feita. De um modo geral, há um consenso entre estudiosos desse fenômeno da necessidade de incorporar abordagens qualitativas nessa área (44-45-46-47-48).

Em 2007, já existia 1.198 CAPS, todos atendendo por ano um número acima de 360.000 pessoas, sendo a maioria portadora de transtornos mentais severos. A Coordenação Nacional de Saúde Mental calcula que cada CAPS atende cerca de 400 a 500 mil pacientes por mês. Até 2011, estão previsto no planejamento do SUS aproximadamente 2.000 CAPS (49).

Atualmente a Reforma Psiquiátrica continua sendo implementada por meio da Política Nacional de Saúde Mental, legitimada pela Lei 10.216/2001, a qual propõe a introdução de uma rede extra-hospitalar de base comunitária. Essa rede envolve vários tipos de serviços já institucionalizados, sendo os mais importantes os seguintes: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); Ações do Cuidar em Saúde Mental nas Unidades da Atenção Básica (UBSs e Saúde da Família); Implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas; Implementação do Programa “De Volta para Casa”; Manutenção do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica; Promoção de Direitos dos Pacientes e familiares e Avaliação Contínua dos Hospitais Psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (50).

Os principais objetivos da Reforma Psiquiátrica declarados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, como desafio a partir de 2008 são: fortalecer uma política de saúde voltada para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura de assistência; fortalecer e ampliar a inclusão da saúde mental na rede de atenção de base comunitária e territorial, promovendo a reintegração social e a cidadania; implementar uma política de saúde mental eficaz para atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, com a violência e com o desemprego; aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental (51).

Com a desinstitucionalização da Psiquiatria e a oferta dessa assistência nas unidades de Atenção Básica, conforme dados estatísticos do Ministério da Saúde, está havendo um aumento gradativo da demanda para o cuidado em saúde mental, incluindo o dependente de álcool e drogas. No entanto, a maioria dos municípios ainda não tem equipes de apoio especializadas em saúde mental para ajudar essas Unidades Básicas de Saúde a

oferecerem o cuidado em saúde mental na rede básica, tampouco possuem uma unidade de atendimento à crise, de urgência, que trabalhe integrado com o sistema pré-hospitalar.

O Sistema de Financiamento da Saúde Mental

A assistência em saúde mental na Atenção Básica vem sendo produzida no interior da Reforma Sanitária, após um longo período em que a política de atenção primária e o processo de desospitalização caminharam sem um sentido de integração: os benefícios do sistema de financiamento e de gestão concedidos à Atenção Básica não garantiam, até fevereiro de 2008, as mesmas oportunidades de apoio ao cuidado em saúde mental.

A falta de recursos financeiros para a saúde pública sempre foi a reclamação principal dos gestores. Com a Reforma Sanitária e a instituição do SUS, o País teve a primeira mudança na forma de financiamento e de gestão em 1996, com o advento da NOB 96 que permitiu um repasse financeiro aos municípios de um modo mais amplo, baseado em programas de saúde e, não só em serviços médicos. A segunda reestruturação significativa na política de financiamento do SUS só veio ocorrer recentemente, em fevereiro de 2008, 12 anos após a NOB 96, com a aprovação do Pacto pela Vida. Foi nessa última reestruturação que a saúde mental iniciou sua inserção, como parte integrante da Atenção Básica, embora não tenha havido ainda uma implementação prática dessa medida, pois os municípios brasileiros têm que se reorientarem, a fim de poderem pactuar seus indicadores e metodologias de avaliação neste novo processo de gestão.

O financiamento da saúde mental era feito à margem da Atenção Básica, no nível hospitalar. Após a Reforma Psiquiátrica, 89% do que se gastava em Saúde Mental ia para as internações psiquiátricas. O atendimento extra-hospitalar realizado na rede ambulatorial, CAPS, trabalhos com comunidades, consumiam os 11% restantes. Na medida em que os leitos hospitalares diminuía e o número de CAPS aumentava, o financiamento foi se invertendo: hoje 37,1% dos recursos federais do SUS na área de saúde mental vão para o hospital psiquiátrico, e 62,9%, para a rede extra-hospitalar, predominantemente CAPS (50).

Faremos a seguir uma rápida retomada a respeito da evolução da política de financiamento e de gestão do SUS, de 1996 a 2008, com a intenção de apresentar as recentes possibilidades de inclusão das ações de saúde mental na integralidade da Atenção Básica.

NOB 96 – Norma Operacional Básica, aprovada em 1996:

A NOB 96 foi a primeira grande medida do Ministério da Saúde que permitiu uma efetiva implementação, em nível gerencial, para o exercício dos princípios do SUS. O sistema de financiamento da saúde, até 1996, era feito por produção de serviços médicos; com a NOB 96 os estados, municípios e Distrito Federal deixaram de receber por produção de serviços médicos e passaram a receber per capita (por nº de habitantes) para ações de Atenção Básica. Essas ações passaram a ser realizadas através da pactuação de indicadores de saúde envolvendo programações pactuadas (em um acordo) com o próprio Ministério da Saúde.

O município, a fim de receber o financiamento, conforme dispunha na NOB 96 necessitava concretizar a pactuação (acordo), que vem a ser um planejamento criterioso, no qual demonstrava em números as ações que foram desenvolvidas no ano que passou e, se comprometia, por meio da PPI – Pactuação Parcial Integrada - em um compromisso estabelecido com o Ministério da Saúde, a melhorar esses números (indicadores de saúde) para o ano seguinte. O Pacto de indicadores foi instituído pelas Portarias GM/MS nº 3925 de 1998 e GM/MS nº 476 de 1999.

Nesse contexto os resultados das ações desenvolvidas por equipes multidisciplinares começaram a ser valorizados e, não apenas o serviço médico individual, conforme ocorria antes do advento da NOB 96. Os trabalhos das equipes de saúde passaram a privilegiar os núcleos familiares e comunitários, a partir da estratégia Saúde da Família⁵ criando condições para uma possível participação e controle social, conforme a filosofia e princípios do SUS.

⁵ O SUS, logo após sua criação, carecia de uma estratégia para entrar em ação. O Ministério da Saúde, em 1994, cria o Programa que posteriormente se instituiu na estratégia Saúde da Família. A estratégia Saúde da Família é a célula do funcionamento global do SUS.

Portanto, a NOB 96 foi uma medida fundamental para proporcionar a implantação de um novo modelo de se fazer saúde, contribuindo de forma expressiva para a sustentação do novo paradigma, focado na integralidade do ser humano, com caráter de prevenção de doença e promoção à qualidade de vida, em oposição ao modelo anterior, centrado na doença.

A pactuação dos indicadores de saúde realizada pelo município requer uma atividade dinâmica que favoreça a integração dos serviços e o compartilhamento da gestão, pois necessita de entendimentos entre os gestores, gerentes, profissionais da Atenção Básica e comunidade para que se estabeleça um sentido de planejamento a ser desenvolvido pelo município. O resultado da pactuação vai depender desse dinamismo e do grau de interação entre os parceiros envolvidos, uma vez que os indicadores têm que ser criteriosamente discutidos e calculados, analisados sob a ótica da realidade local e de suas possibilidades, dentro de um planejamento possível de ser desenvolvido pelo município. A implementação de tais procedimentos pressupõe a evolução do município, em uma verdadeira cultura gerencial que certamente levará um tempo considerável para se desenvolver.

O sistema de pactuação pode ser um processo muito difícil de se posto em prática. Nas primeiras incursões no campo de pesquisa comprovamos o desconhecimento dos profissionais a respeito desse assunto. As dificuldades encontradas nesse processo são análogas às dificuldades manifestadas nos diversos Conselhos de Saúde, pois na maioria das vezes, a pactuação termina sendo feita por um pequeno grupo de técnicos da secretaria de saúde, com pouca ou nenhuma participação dos profissionais das frentes da rede SUS e, muito menos, da comunidade. Nesse sentido, o princípio de construção social democrática de um conhecimento perde-se na mistificação do especialista e, da linguagem técnica (1) o que exclui a priori as pessoas que não dominam tal linguagem (nesse sentido, a linguagem do SUS).

O processo de pactuação requer que se produza indivíduos capazes de linguagem e de ação: é um fator essencial que a linguagem do SUS (propostas manifestadas nas legislações e normas) seja praticada nos cursos da área de saúde e na comunidade para que todos tenham o domínio desse conhecimento, criando condições, de acordo com

Habermas, para: primeiro que os especialistas não centralizem as decisões e, segundo que as pessoas que ainda não dominam a linguagem do SUS sejam estimuladas e encorajadas a participar no meio da saúde.

O processo de pactuação é o “coração” do gerenciamento do SUS em todas as instâncias: municipal, estadual e federal, por isso importa sua evolução. No ano de 2002, o Ministério da Saúde vem valorizar ainda mais a Programação Pactuada Integrada por meio da aprovação da NOAS 01/02 – Norma Operacional de Assistência à Saúde. A partir desse momento foi se aperfeiçoando o eixo integrador da Atenção Básica, a qual passa a ser centralizada em ações gerais de promoção e prevenção, buscando-se romper a hegemonia do cuidado curativo/ hospitalar. A Atenção Básica torna-se a porta de entrada para as especialidades e demais níveis de complexidade. No entanto, a área de saúde mental, mais uma vez, não conseguiu aproximação com essas importantes ferramentas políticas e gerenciais (NOB 96 e NOAS 01/02) ficando fora da integração dos distintos eixos que se estruturavam na Atenção Básica.

Pacto pela Saúde e pela Vida

Quatro anos após a instituição da NOAS 01/02, no ano de 2006, a saúde mental consegue aproximação das ferramentas gerenciais da Atenção Básica, no Pacto pela Saúde.

O Pacto Pela Saúde, criado pela Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, aprofunda o sistema de gerenciamento desenvolvido pelo Ministério da Saúde. O seu objetivo maior é promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. São redefinidas as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. O Pacto pela Saúde aspira à apropriação da gestão por parte dos gestores municipais, pois, este é um ponto de dependência fundamental para a consolidação do SUS em todo País. Ele é composto por três Pactos menores que são: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto Pela Vida é aquele que mais diretamente nos concerne, uma vez que é por meio dele que a integração da saúde mental se torna possível na Atenção Básica. O Pacto está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expresso em objetivos

de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do País e, das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Os dois aspectos principais do Pacto Pela Vida, que permitem a integração da saúde mental na Atenção Básica, dizem respeito ao sistema de financiamento e à organização gerencial. Esses aspectos são registrados em um acordo de gestão que permite renovação anual. As transferências do financiamento, do nível federal para estados e municípios, também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde. Com a NOB 96, o financiamento era Fundo a Fundo para a Atenção Básica, por meio da Pactuação Parcial Integrada - PPI, agora passa a ser integrado em cinco grandes blocos de financiamento: Bloco da Atenção Básica; Bloco de Média e Alta Complexidade da Assistência; Bloco de Vigilância em Saúde; Bloco de Assistência Farmacêutica e Bloco de Gestão do SUS.

Para uma área de assistência estar inserida no nível da Atenção Básica ela precisa, obrigatoriamente, ter indicadores de avaliação aprovados pelo Ministério da Saúde, os quais irão permitir a pactuação.

O Pacto Pela Vida foi a grande chance política que os coordenadores de saúde mental encontraram para definitivamente incluir a saúde mental na Atenção Básica. Na VII Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental em Brasília – DF, em 30 e 31 de agosto de 2007, foi proposta a inclusão da saúde mental como prioridade, no Pacto Pela Vida, inclusive com definição de 03 indicadores que propiciarão a avaliação da Reforma Psiquiátrica: cobertura em saúde mental (extra-hospitalar); internações aos pacientes em crise e o acesso da população a esse serviço.

Em 21 de fevereiro de 2008 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 325/2008, a qual estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008. A saúde mental vem aparecer no Art. 1º, inciso VIII como uma das prioridades do Pacto pela Vida.

Esse fato vem proporcionar a oportunidade de os municípios pactuarem também na área de saúde mental. Essa pode ser mais uma possibilidade para que promovam fóruns de diálogos interativos entre gestores, funcionários, pacientes com doença mental e seus familiares, com objetivo de consolidar a construção da psiquiatria com bases na comunidade, denominada por Desviat (14) como psiquiatria coletiva.

Com o Pacto pela Vida, o município passou a ter a oportunidade de ser o protagonista direto do seu planejamento, execução, gerenciamento e avaliação da saúde mental, como parte integrante da Atenção Básica. Para isso ele terá que assinar o Termo de Compromisso previsto na Portaria 325/2008. É evidente que, a efetivação e consolidação desse Plano não poderão ocorrer de forma imediata, pois irá depender do desenvolvimento da maturidade cultural do SUS no nível local. Isso requer o planejamento e a reestruturação da rede SUS do município, bem como a contratação de psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros especialistas, além do preparo das equipes que já estão nas Unidades, para que venham a oferecer cuidados que mantenham a preocupação com a saúde mental do usuário, como por exemplo: um profissional da Unidade Básica ou Saúde da Família, estar sensibilizado e preparado para escutar e olhar para o paciente com a preocupação de identificar sinais de doença mental e, ter a disposição de iniciar uma abordagem capaz de acolher e encaminhar para tratamento.

Para isso, o Ministério da Saúde criou o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Esse novo instrumento integra uma equipe de especialistas a qual contará idealmente com psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. A equipe da Saúde da Família compartilhará com o NASF os casos sugestivos de doença mental.

O trabalho da equipe da Saúde da Família em conjunto com o NASF deve abranger também os casos do uso de álcool e outras drogas, casos de exclusão social ou de vulnerabilidade em geral e situações de risco que necessitam de uma clínica ampliada. Inclui-se ainda, como responsabilidade do NASF: os pacientes advindos de longas internações psiquiátricas; os doentes reclusos no domicílio; os moradores de rua; os idosos sem estrutura familiar, crianças e famílias vivendo em risco psicossocial em geral.

Dentro da política do NASF está previsto ainda a promoção de novos conhecimentos e capacitação em saúde mental. Ele poderá promover debates científicos abordando os novos desafios a serem enfrentados por equipes multidisciplinares. A proposta do Ministério da Saúde é capacitar as equipes de Saúde da Família para ampliação da rede de assistência mental, incluindo também mecanismos eficazes de supervisão e monitoramento (49).

O SUS em Campinas e a rede de Saúde Mental

O município de Campinas foi fundado em 14 de julho de 1774. A distancia de Campinas para a capital de São Paulo é de 90 quilômetros. De acordo com o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – a população de Campinas no ano de 2008 era de 1.056.644 habitantes. É a terceira cidade mais populosa do Estado de São Paulo, depois de Guarulhos e da capital.

É a décima primeira cidade mais rica do país e, representa 0,96% do PIB – Produto Interno Bruto – nacional. Também é reconhecida por ser responsável por 10% da produção científica nacional e o terceiro maior pólo de pesquisa e desenvolvimento científico brasileiro (52).

O município possui quatro distritos: Joaquim Egídio, Souza, onde está localizado o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira; Barão Geraldo e Nova Aparecida. Campinas faz parte do Complexo Metropolitano Estendido, em uma extensão geográfica que abriga 29 milhões de habitantes, representando 75% da população do Estado de São Paulo. A área metropolitana de Campinas e São Paulo forma, juntas, a primeira macro metrópole do hemisfério sul, unindo 65 municípios, os quais, juntos, abrigam 12% de toda população do país (52).

O município de Campinas é gestor pleno do sistema de saúde, modalidade de gestão em que tanto as decisões quanto o gerenciamento de recursos e serviços se dão no âmbito do Município. A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou à distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde.

É um centro de referência que também absorve a demanda da região, sobrecarregando o seu próprio sistema municipal local, tanto na Atenção Primária quanto na assistência secundária e terciária.

A estrutura do SUS, apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, está dimensionada para oferecer atendimento básico de saúde, mantendo 1 Centro de Saúde para cada 20.000 habitantes (53). Esses Centros deveriam contar com equipes multiprofissionais, envolvendo médicos, nas especialidades básicas (clínicos,

pediatras, gineco-obstetras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da mulher, criança e adultos), dentistas, auxiliares de enfermagem, e auxiliares de consultório dentário. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, cerca de 1/3 das equipes dos Centro de Saúde contam com profissionais de saúde mental, médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

O município de Campinas, em 2001, efetuou, com o Projeto Paidéia de Saúde da Família, o qual vem a ser uma reorientação no sistema de saúde. Com o lançamento do Pacto pela Saúde e pela Vida poderá ocorrer o fortalecimento das ações já desencadeadas pelo projeto Paidéia, apoiado em recursos que advirão desse Pacto, incluindo a política da formação do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

O projeto Paidéia está estabelecido pelos princípios da NOB 96 e NOAS 01/2002. Deveria se caracterizar por: vinculação das equipes multiprofissionais aos indivíduos e suas famílias em um território geográfico particular; de gestão descentralizada e, com a participação da comunidade.

A rede de assistência à Saúde Mental tem alguns serviços gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde e outros pelo Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”.

O município está organizado por distritos de saúde, em número de cinco: Distrito de Saúde Norte; Distrito de Saúde Sul; Distrito de Saúde Leste; Distrito de Saúde Sudoeste e Distrito de Saúde Noroeste.

Campinas possui ao todo 60 Unidades Básicas de Saúde no Município, sendo que 22 delas, segundo informações da Secretaria de Saúde, têm Equipe de Saúde Mental, composta no mínimo por psiquiatra e psicólogo (53). A rede do SUS, incluindo os CAPS, conta atualmente com 30 psiquiatras em período parcial, 31 psicólogos e 19 terapeutas ocupacionais, em período integral. O município conta com 11 CAPS, cinco em nível 3, ou seja, mais complexos, com funcionamento ininterrupto: CAPS III Noroeste: Integração; CAPS III Sul: Antonio da Costa Santos; CAPS III Norte: Estação; CAPS III Leste: Esperança; CAPS III Independência; CAPS II: David Capistrano da Costa Filho; CAPS II: CEVI – Centro de Vivência Infantil; CAPS II AD CRIAD – Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogas; CAPS II AD CRAISA – Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (53).

A rede de assistência em saúde mental conta ainda com nove Centros de Convivência, que oferecem Oficinas Terapêuticas, grupos de convivência e projetos de geração de renda. O município tem também 40 Serviços Residenciais Terapêuticos, com 180 moradores, a maior parte deles recebendo o benefício do Programa de Volta para Casa, que se dirige às pessoas que estiveram internadas em hospitais psiquiátricos por mais de dois anos e perderam seus vínculos familiares.

Faz parte também da rede de assistência em saúde mental do município de Campinas os ambulatorios, enfermarias e pronto-socorros da Unicamp, da PUC Campinas e o atendimento SAMU, responsável pela atenção às urgências.

No ano de 2001, o município de Campinas antecipou-se na tentativa de oferecer apoio às unidades da Rede para a inclusão da saúde mental: foi pioneiro no funcionamento de uma estratégia denominada de apoio matricial e equipe de referência em saúde mental, embora ainda não tenha sido possível oferecer esse apoio para toda a rede básica, pela razão da falta de profissionais como psicólogos e médicos psiquiatras. Contudo, temos como exemplo do matriciamento, o trabalho de assistência que é feito pelos médicos residentes do “Candido”, quando passam, no R2, na Unidade Básica Orozimbo Maia.

A colocação de profissionais em saúde mental na rede básica de Campinas está sendo processada de forma gradativa, através das equipes de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde. O município de Campinas vem tentando apoiar a rede de Atenção Básica no cuidado em saúde mental por meio do matriciamento, com seus próprios esforços, pois, como vimos anteriormente, só recentemente a saúde mental foi incluída no nível de atenção primária, pela Política Nacional de Saúde, conforme abordado no capítulo II e, o quadro de profissionais da saúde mental é numericamente insuficiente para dar conta de apoiar toda rede SUS e os recursos do Governo Federal, por sua vez não atende essa necessidade.

Nesse sentido, é possível definir o apoio matricial como um rearranjo organizacional, de uma equipe de referência em saúde mental que, oferece suporte técnico à equipe da atenção básica em um determinado território (54).

No matriciamento, a equipe de saúde mental de um CAPS ou de uma UBS que tenha profissionais de saúde mental compartilha seus casos com a equipe de Saúde da

Família, com a preocupação de capacitar os profissionais dessa área para acompanhar os casos que se relacionam com a saúde mental. É uma perspectiva de clínica ampliada e dialogada entre distintos profissionais a fim de se fortalecer o conceito interdisciplinar do cuidar em saúde, uma vez que a Reforma Sanitária, bem como a Reforma Psiquiátrica, pressupõem que nenhum profissional, isoladamente, possa assegurar uma abordagem integral de assistência à saúde.

Um outro aspecto importante no matriciamento é que este poderá favorecer a gestão compartilhada, fortalecendo um dos princípios básicos do SUS, que é a descentralização. Durante a construção e avaliação do PTI – Projeto Terapêutico Individual - os profissionais consultam a respeito da doença do paciente e, avaliam o seu mundo: suas particularidades sociais, familiares e comunitárias e tomam, em conjunto, a decisão de qual projeto terapêutico deverá ser elaborado para ele. O exercício dessa interação, dos diversos profissionais, reforça o poder de gestão, enquanto equipe interdisciplinar, deslocando o poder das especialidades isoladas para o centro da equipe (55). No entanto, como o município ainda não tem equipes interdisciplinares em todas as Unidades Básicas e nem nas Unidades de Saúde da Família, a interação e o poder de gestão permanecem e, algumas unidades entre médicos e enfermeiros, faltando nessa mini-equipe os profissionais especialistas em saúde mental como psicólogos.

O “Cândido”

O Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” foi o primeiro hospital psiquiátrico filantrópico do Estado de São Paulo, situado no distrito de Souza, município de Campinas, a 11 km do centro da cidade e a 93 km da capital, criado por uma sociedade filantrópica em 1924.

A partir de 1990, O “Cândido” defende a Reforma Psiquiátrica com enfoque na comunidade, tentando transformar o mundo do próprio paciente: mudar a percepção de si próprio como doente mental, bem como o olhar da sua família; diminuir o estigma que pode estar presente na comunidade que o paciente vive e verificar as possibilidades de reinserção comunitária desse paciente. A internação que é feita pelo “Cândido” para

tratamento da crise demonstra fortes preocupações com a Reforma, pois a equipe multiprofissional está agindo de forma diferenciada dentro do ambiente hospitalar e não apenas se atendo em atitudes defensivas, por parte dos profissionais, contra a hospitalização, como acontece na Europa e nos Estados Unidos (14).

Permanecem no “Cândido” dois núcleos com leitos de internação:

NAC - Núcleo de Atenção à Crise – é um núcleo de internação com 40 leitos que recebe pacientes referendados pela rede, trazidos pelo SAMU para atendimento à crise psicótica.

NADEQ - Núcleo de Atendimento a Dependentes Químicos. Esse núcleo tem 10 leitos para internação e recebe pacientes que voluntariamente desejam tratamento para a dependência química.

O Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, atende mais de mil usuários por mês. Do conjunto de instituições disponíveis pela Rede Municipal de Serviços de Saúde Mental, ele gerencia quatro CAPS nível 3, três Centros de Convivência e trinta Serviços Residenciais Terapêuticos.

A fim de cumprir o papel a que se propõe na realização de atividades de natureza complexa e diversificada no campo da Saúde Mental, o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” passou por um processo radical de reestruturação do poder e da lógica da gestão. Sua estrutura organizacional visa a incorporar o máximo envolvimento de seu corpo funcional nas atividades realizadas, incentivando o diálogo, a negociação e a participação. Dessa forma as equipes tornam-se autônomas, com maior rapidez para a tomada de decisões e na identificação de responsabilidades.

No capítulo a seguir apresentamos um resumo da história do “Candido”, desde sua fundação até os dias atuais.

CAPÍTULO III
A HISTÓRIA DO SERVIÇO DE SAÚDE “DR.
CANDIDO FERREIRA”



Neste capítulo apresentamos brevemente a história do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, desde a idéia inicial de se criar uma sociedade filantrópica em prol dos dementes, em 1917; a fundação do hospício em 1924 e, alguns fatos e acontecimentos nas décadas posteriores, até o início da crise financeira no final da década de oitenta.

O único registro que encontramos, sobre a história anterior do “Cândido” é o compilado das atas da Sociedade em Prol dos Dementes, da obra escrita por Passos (52), intitulada “Retrospecto da Vida do Santório Dr. Candido Ferreira”. Embora não seja uma obra científica, encontramos fatos que interessaram à nossa pesquisa, pois retratam o protagonismo de indivíduos da sociedade campineira que exerceram o poder do controle sobre os doentes mentais, em uma época na qual ninguém ainda havia mencionado a possibilidade de se construir um sistema de saúde com controle social .

Os doentes mentais internados no “Cândido”, diferentemente dos outros hospitais psiquiátricos brasileiros, como do Juqueri, no interior de São Paulo e, do D. Pedro I, no Rio de Janeiro, e outros como em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul, nos quais os doentes eram tutelados do Estado, eram unicamente tutelados da sociedade campineira, fato esse que diferenciou sua história e tornou possível a continuidade da participação social até os dias atuais.

Passadas oito décadas de história o “Candido” se vê mergulhado em uma grande crise financeira e também de tecnologia no tratamento da doença mental, fato este que o levou a buscar parceria da Prefeitura Municipal, e, graças ao estabelecimento de um convênio de cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde ele pode sobreviver e dar continuidade ao seu processo original de humanizar o cuidado em saúde mental.

De 1975 até o ano da assinatura do convênio de cogestão com a Prefeitura, em 1990, não encontramos registros, pois soubemos pelos funcionários mais antigos que as atas foram queimadas. As informações referentes a esse período foram obtidas por meio de entrevistas com um funcionário do “Candido” que lá trabalha desde 1972, e com seus atuais diretores.

Iniciamos com uma breve recordação do contexto histórico político, social e econômico de Campinas e São Paulo nos fins do século XIX e, primeiras décadas do século

XX, considerando a influência desse contexto nas manifestações e no agravamento das doenças mentais.

Em 1886 o município oferecia oportunidades para o trabalho livre, povoamento da região com crescente atividade de mercado interno e introdução da indústria. No final do século XIX a população da cidade de São Paulo ultrapassa em número a população de Campinas (53).

Em meados de 1919, São Paulo tinha uma população de 528.000 habitantes e eram basicamente de origem rural, formada de grande parte de imigrantes, principalmente de origem italiana, e de pessoas descendentes de ex-escravos negros (54).

Tanto em São Paulo quanto em Campinas, apareciam pessoas com comportamentos diferentes, ou por já terem um transtorno mental, ou por não suportarem a crise que a economia do café estava atravessando, ou até por não se encaixarem nos novos padrões de produtividade. Eram pessoas mestiças, descendentes de negros e índios, além dos descendentes italianos, imigrantes que tinham vindo para Campinas atraídos pela propaganda do enriquecimento proporcionado pelas lavouras cafeeiras.

Essas pessoas não tinham lugar para o trabalho nas lavouras de café, não conseguiam oportunidade no comércio, nem da indústria e, ficavam perambulando pelas ruas. Elas foram consideradas dementes ou alienadas e iam sendo reveladas para a sociedade à medida que o progresso ascendia e elas ficavam de fora, ou à medida que elas se submetiam ao estresse emocional pelas dificuldades que surgiam no início do século XX.

O aparecimento dos dementes no processo de crescimento e desenvolvimento das cidades aconteceu no Brasil da mesma forma que na Europa, a exemplo de Londres, no início do século XIX, quando a cidade transformou-se na esperança de toda população para trabalhar nas fábricas, provocando um super crescimento populacional, conforme abordado no capítulo I, desvendando pessoas com padrões de comportamento que ficaram conhecidos como alienados ou loucos.

Por todos os cantos do Brasil, os dementes eram primeiro recolhidos nas cadeias públicas e, posteriormente enviados para o hospital psiquiátrico. Contudo, o Hospital Juqueri, no interior do Estado de São Paulo, dificilmente tinha vaga, pois, além da

superlotação, as pessoas que eram internadas, na grande maioria, lá ficavam esquecidas, morando abarrotadas, enjauladas como animais (26).

Em meados de 1917, a cadeia pública de Campinas mantinha vinte e uma pessoas presas no porão, entre homens e mulheres, considerados loucos. Esses dementes permaneciam sem nenhum tratamento e sem cuidados de higiene aguardando até o surgimento de uma vaga no Hospital Psiquiátrico Juqueri.

Dois jornalistas do Jornal “O Estado de São Paulo”: o Sr. Leopoldo Amaral e Sr. José Villagelin Junior, iniciaram um movimento para tomar o poder sobre os doentes mentais das mãos da polícia. O Movimento definiu sua forma e, no dia 06 de setembro de 1918, aconteceu a primeira assembléia para a fundação da uma sociedade, uma associação que levaria adiante o ideal de construir um hospício para os dementes de Campinas (52).

A recém criada sociedade iniciou sucessivos eventos para angariar recursos a fim de se construir o hospício e retirar os dementes do porão da delegacia e, realizou visitas ao Hospital do Juqueri, dirigido pelo médico Dr. Franco da Rocha, a fim de analisar qual modelo de tratamento adotaria.

A diretoria reuniu-se pela segunda vez em 16 de junho de 1919, nove meses após a fundação da sociedade, ocorrida em 06 de setembro de 1818. Nessa reunião aconteceu a aprovação dos estatutos e a decisão de se adotar a mesma tecnologia de tratamento moral, por meio da laborterapia, semelhante a que Dr. Franco da Rocha conduzia no Hospital Juqueri, considerado modelo.

A sociedade campineira representou a primeira iniciativa no Estado de São Paulo, de tomada da tutela dos dementes, do poder das mãos da polícia. Apesar de a sociedade ser influenciada pelo tratamento psiquiátrico alemão, o qual era segregador, ela preocupava-se em ofertar um modelo mais humanizado daquele que se apresentava no Juqueri. Ao designar-se a tutora dos dementes, a sociedade assumia que considerava aquelas pessoas incapazes de decidirem por si próprias e, por isso necessitavam da tutela daqueles que se encontrava em posições sociais mais vantajosas.

A sociedade campineira assegurou que o futuro hospício seria exclusivo para os necessitados de Campinas, conforme o Artigo 36, do seu estatuto:

“... não achava justo que tratássemos da instalação de casos de caridade e assistência, com carga da sua manutenção sobre a população campineira e fossemos abrir as portas dessas instituições aos necessitados de todos os pontos que são frequentemente ‘exportados’ dos lugares que residem por autoridades sem escrúpulos” (52).

Na reunião de 16 de junho de 1919 foi aclamada a primeira diretoria legal do que viria a ser, no futuro, o Serviço de Saúde “Dr. Candido Ferreira” e, com recursos financeiros da própria sociedade foi comprado um sítio no Distrito de Souza com a finalidade de se construir o hospício. Em 1924 o Hospício para Dementes Pobres de Campinas era inaugurado. O antigo Arraial de Souza está localizado a 11 km do Centro de Campinas.



Figura 1: prédio sede do antigo Hospício para Dementes Pobres de Campinas inaugurado em 14/04/1942. Atualmente é a sede do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”

Após a inauguração, a diretoria foi gradativamente removendo as vinte e quatro pessoas que se encontravam aprisionadas como alienadas, na cadeia pública, para o recém inaugurado Hospício. A Secretaria de Segurança Pública continuou prendendo os dementes,

contudo, a partir dessa data, os enviava para o Hospício de Dementes Pobres de Campinas (52).

Começaram a surgir as dificuldades de sustentação da instituição, folha de pagamento dos funcionários, manutenção e ampliação das instalações etc.

O Hospício era considerado uma imponente construção arquitetônica no Arraial de Souza. Contudo, embora os dementes estivessem livres das correntes do porão da cadeia, o conforto do hospício ocultava uma segunda prisão, na qual os indivíduos permaneciam presos, impossibilitados de crescimento humano, semelhante à poda do bonsai (54).

A grande maioria dos pacientes internados continuava sendo os trazidos pela polícia e, por essa época é feito um acordo com a Secretaria de Segurança Pública, que arcaria com a alimentação dos pacientes encaminhados por ela.

Um novo pavilhão foi inaugurado em 04 de abril de 1927 e, recebeu o nome de Pavilhão “Dr. Candido Ferreira”⁶.

O modelo terapêutico era réplica do utilizado no Juqueri, o tratamento era realizado com algumas medicações psicotrópicas e, o modelo de laborterapia. A diferença é que não era lotado e, de acordo com as atas, os internos eram tratados com mais consideração do que no Juqueri.

A sociedade brasileira nutria os ideais de higienização das cidades e, as autoridades públicas continuaram a construir as colônias para laborterapia dos alienados, em várias partes do Brasil, a exemplo do Rio de Janeiro. Contudo, não era suficiente para recolher o grande exército de pessoas desocupadas, sem ofício e, sem emprego: “O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção” (42).

Diante do imenso contingente de pessoas sendo capturadas pela polícia, o Governo do Estado de São Paulo já não tinha mais vagas disponíveis no Juqueri.

⁶ Dr. Cândido Ferreira foi advogado em Campinas no início do século passado. Ele ficou conhecido por suas obras de filantropia.

O Governo do Estado, diante do grande número de dementes recolhidos nas cadeias públicas por todos os municípios de São Paulo, tentou encampar o Sanatório para tê-lo sob o seu poder e, abrir vagas para dementes provenientes de outros municípios. No dia 3 de abril de 1928 a diretoria recebeu uma carta do Governo, a qual informava que estava criando uma Diretoria Geral da Assistência a Alienados e, esta deveria superintender a todos os hospitais de insanos do Estado. Em virtude disso o Hospício de Campinas estava sendo convidado a entregar a direção para a nova Diretoria Geral do Estado (52).

A diretoria recusou a proposta do Governador. Ela continuou segurando para si o poder do manejo com os alienados do município de Campinas.

Em 18 de junho de 1936 a diretoria muda o nome de Hospício para Dementes Pobres de Campinas, para Sanatório “Dr. Candido Ferreira” (52).

À medida que a década de 40 avançava o Sanatório “Dr. Candido Ferreira” enfrentava maiores dificuldades, especialmente com a folha de pagamento. A população estava vivendo tempos de Conflito Mundial, com crise econômica e, já não podia ajudar financeiramente.

O Sanatório era assistido por uma equipe de seis médicos e, a maioria trabalhava gratuitamente. A tecnologia do cuidado permanecia a mesma. O eletro-choque passou a ser usado na instituição no final da década de 50 (52).

A diretoria do Sanatório Dr. Candido Ferreira, no início dos anos 60, preocupava-se com a demanda que continuava a crescer e, registrava nas atas as idéias de criar um serviço que funcionasse em rede e, de manter na cidade um ambulatório psiquiátrico que pudesse intervir nos primeiros sintomas da doença mental, evitando assim que o indivíduo fosse internado no Sanatório.

A diretoria do Sanatório “Dr. Candido Ferreira” buscou parceria com o Serviço Nacional de Doenças Mentais. Em 15 de novembro de 1961, o ambulatório era inaugurado na propriedade do “Cândido”, em Souza e, chamou-se Ambulatório “Dr. Décio Bierrenbach de Castro”. Porém, ocorreu o encerramento do convênio do ambulatório em 05 de novembro de 1964, por não ter atingido os objetivos do Sanatório. Um dos motivos foi a distancia da zona urbana de Campinas, o que dificultava a vinda das pessoas para as

consultas, contudo a diretoria do “Cândido” comprometia-se em construir um outro ambulatório, desta vez, no centro da cidade, conforme consta na carta enviada ao Departamento Federal: “... em futuro não muito remoto, a direção do hospital, iria cuidar da instalação do referido ambulatório, no centro da cidade, em prédio próprio...(52).

Em 1967, começam as aulas práticas de psiquiatria, da Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo, a qual estava instalada na Santa Casa de Misericórdia de Campinas. As aulas eram ministradas pelo médico psiquiatra do Sanatório, Professor Dr. Roberto Pinto de Moura. A abertura do Sanatório “Candido Ferreira” para a especialização em psiquiatria passou por vários períodos e, hoje funciona um importante Programa de Residência Médica em Psiquiatria.

A gigantesca massa humana reclusa nos sanatórios e colônias do país, requeria um elevado valor financeiro para manutenção e alimentação dos internos. O Estado prendia os pobres desempregados e, depois não conseguia oferecer-lhes o mínimo para a sobrevivência, como a comida. A Secretaria de Segurança Pública repassava o valor de Cr\$ 2,50 por dia, por paciente que ela encaminhava para o sanatório. Contudo, ela interrompeu o repasse e afirmava que a responsabilidade não era dela, mas sim da Secretaria de Saúde, uma vez que eram doentes psicopatas. A Secretaria de Saúde dizia, por sua vez, que não tinha responsabilidade com esses pacientes porque eram infratores da lei. E, assim ficou um “jogo de empurra e empurra” e, nenhum dos dois órgãos queria assumir o alienado que a polícia prendia.

Após muitas negociações a Secretaria de Saúde do Estado assumiu os pacientes oriundos da cadeia pública por meio do seu Departamento de Assistência aos Psicopatas.

Passos (52), conta algumas histórias dos dementes que a polícia trazia, como sendo psicopatas e, lá ficavam abandonados. Ele conta que um dia, no ano de 1951, a polícia levou para o Sanatório um homem que vagava pela rua e dizia se chamar José e, informava ser descendente de italianos. Ele foi internado e rapidamente apresentou melhora, contudo, ele não sabia explicar de onde vinha e não sabia onde sua família residia.

O José ficou 18 anos internado. Os internos o apelidaram de “Matarazzo” porque ele dizia ter muito dinheiro e, tudo o que faltava ele dizia que deixasse que ele ia providenciar.

Um dia algumas pessoas de Pindorama vieram visitar um parente no Sanatório e viram o “Matarazzo”. Elas o reconheceram como o filho de uma família italiana que se perdera e, que a mãe dele o havia procurado, incansavelmente, pelo resto da vida dela. Infelizmente, ela não sabia da existência do Sanatório em Campinas. Mas, a mãe já havia falecido, havia cinco anos.

Na semana seguinte, várias pessoas chegaram procurando pelo José, o “Matarazzo” e, para a alegria e emoção de todo Sanatório, ele foi reconhecido como o irmão desaparecido e, ele também reconheceu todos os seus parentes. E, assim, o José “Matarazzo” deixou o Sanatório e, foi embora para Pindorama, junto da sua família.

A diretoria do Sanatório não havia se olvidado da idéia do ambulatório. Embora o tivesse fechado, em 05 de novembro de 1964, o qual era instalado no próprio Sanatório, em Souza, ela continuou procurando um meio de reabri-lo, porém no centro da cidade, a fim de facilitar o acesso da população. Três anos depois de fechar o referido Ambulatório, a diretoria comprou, em prestações, com recursos próprios, em 1967, um antigo prédio que foi completamente demolido e construído um novo em seu lugar, de 3 andares.

Em 5 de junho de 1970 foi inaugurado novo o Ambulatório “Dr. Décio Bierrenbach de Castro”, no centro da cidade, na Avenida Senador Saraiva, nº 520, entre a rua 13 de Maio e a Avenida Campos Sales (52).

No mesmo dia da inauguração, em 05 de junho de 1970, a diretoria lá instalou uma secretaria, esperando o início do funcionamento do ambulatório. Porém, passaram-se muitos meses e o ambulatório não entrou em funcionamento, por dois motivos:

“Nenhum ser humano será um bonsai”(54)



Figura 2: pracinha à frente dos prédios do “Candido”

... não era diferente das situações que oferece até hoje a imensa maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros: projetos de manutenção de imensos jardins de bonsais, onde todos compartilham um pacto que mantém um estado de "aqui não se pode crescer. Como se sabe, os bonsais nada mais são do que plantas que foram induzidas a desistir de crescer. Essa desistência é conseguida pela ação humana através de poda, tanto das raízes quanto dos galhos das plantas, já nos primórdios do crescimento... Ser obrigado a passar o tempo no interior do pátio do hospital psiquiátrico pode ser comparado com a situação dos bonsais... (54).

A diretoria não sabia que tecnologia deveria usar e, não dispunha de médico psiquiatra suficiente para apoiá-los nessa nova forma de assistência. Embora tivesse assumido a construção do prédio no centro, agora a diretoria vinha reconhecer que o trabalho ambulatorial estava além do seu poder e, que, sozinha ela não poderia levar a cabo aquela intenção. Ela procurou ajuda na Secretaria de Saúde do Estado, sem contudo ter êxito.

A diretoria do Sanatório “Dr. Candido Ferreira” realizou várias reuniões com seu corpo clínico buscando uma possibilidade de como poderia iniciar a assistência ambulatorial e, sob a direção do médico e professor, Dr. Décio Proença Pinto de Moura pôs-se a estudar um esquema que pudesse oferecer atendimento no Ambulatório “Dr. Décio Bierrenbach de Castro”, no centro da cidade e, ao mesmo tempo, mantendo a assistência hospitalar no Sanatório, em Souzas.

A intenção da diretoria era funcionar o novo Ambulatório, a custo zero, uma vez que não havia conseguido apoio financeiro do Estado. Foi montado um cronograma que escalava os seis médicos do “Candido” para realizar as consultas, das 8 às 12 horas, cada um deles, no Ambulatório “Dr. Décio Bierrenbach de Castro” e, essas horas seriam contadas como se fosse assistência hospitalar.

Dois anos após a inauguração, o ambulatório começa a funcionar no dia 1º de agosto de 1972.

Em cinco meses de funcionamento foram 794 consultas e, pelo sistema de triagem, houve apenas 186 internações, já que muitos doentes puderam ser tratados no ambulatório, permanecendo no seio de suas famílias. No ano de 1973 foram realizadas 2.518 consultas com 469 internações (52).

Contudo, embora a diretoria do Sanatório tivesse concretizado uma importante iniciativa na assistência em saúde mental, a qual vislumbrava a prevenção da crise psicótica, no País ainda eram mantidas as colônias para laborterapia, como tecnologia terapêutica na área de saúde mental, pois continuava prevalecendo a crença de que o trabalho devolvia a razão ao alienado. Essa crença continuou sendo a responsável pelo aumento exagerado das internações e, quase não havia apoio à assistência ambulatorial. O Brasil chegou à década de 80 com um número de quase cem mil leitos psiquiátricos (26).

O Sanatório “Dr. Candido Ferreira” demonstrava algumas iniciativas que apontavam para a busca de novas tecnologias do cuidar em saúde mental, pois além da iniciativa de funcionamento do ambulatório, ele começou a mostrar indícios de que tinha percepção de que a saúde mental requeria envolvimento de outras disciplinas. No início da década de 60, embora sem definição de interdisciplinaridade, começou a receber outros profissionais, que não médicos, para completar a assistência de saúde.

Em 1962 foi introduzido o serviço de psicologia no Sanatório “Dr. Candido Ferreira”, para os pacientes internados. O psicólogo era o Professor Dr. Hélio Lobo. (52).

Em 1963 é introduzida a odontologia preventiva, com a substituição da antiga cadeira de dentista, tipo para barbeiro, por um moderno equipamento odontológico, daquela época.

Em janeiro de 1968, a diretoria implantou um laboratório de Análises Clínicas para atender aos internos do Sanatório. Os pacientes, no ato da internação, submetiam-se a uma série de exames laboratoriais.

Em 1970 uma nutricionista é contratada para orientar a alimentação e nutrição dos pacientes. O nome dela era Sra. Amélia Ito Kawahara (52).

Ainda nos anos 70, é transferido um laranjal que havia perto da enfermaria feminina, para outro local e, em seu lugar são construídos um salão de festas, um campo de futebol e uma quadra de basquete e, em 1971 foram inauguradas duas canchas cobertas de jogo de bócia, com jogo entre uma equipe de pacientes contra uma equipe de pessoas de fora do hospital (52).

A Terapia Ocupacional foi introduzida por Dona Cornélia Vlieg. Ela começou como voluntária, no início da década de 70. Primeiro ela vinha sozinha e, alguns anos depois ela conseguiu montar um tipo de oficina e o Sanatório contratou mais outra Terapeuta Ocupacional para ajudá-la (52).

Em 1972 o Sanatório “Dr. Candido Ferreira” começa a se projetar fora do Estado de São Paulo pelas publicações e trabalhos de pesquisa. O Diretor Clínico, professor Dr. Décio Proença Pinto de Moura, iniciou e estimulou pesquisas dos casos de psiquiatria, as quais foram trocadas com outros hospitais. As publicações do “Candido” levaram seu nome para fora do Estado e, muitos estudiosos passaram a fazer contato para conhecê-lo.

Na entrevista com o funcionário mais antigo do “Candido”, soubemos que a metodologia terapêutica, de 1972 até 1990, quando houve o acordo de cogestão com a Prefeitura, continuava a mesma que nos anos anteriores, porém ele disse que desde que entrou para trabalhar ali, na época como recepcionista, em 1972, sempre percebeu o carinho da diretoria para com os pacientes e as imensas dificuldades que encontravam em manter os

pacientes internados: os cuidados gerais que se tinha com todos, os banhos, as intrigas etc. Era necessário um grande número de funcionários para tomar conta dos internos. Ele percebia o abandono por parte das autoridades públicas.

O portão principal do “Candido” era sempre fechado. Os pacientes ficavam nos pátios, soltos. Os que estavam em boas condições de saúde e, tinham bom comportamento, saíam para trabalhar no campo.

O setor masculino ficava no prédio central e, o feminino ficava à direita, de quem entra no “Candido”, em direção ao prédio central. Hoje, esse prédio é a área do NADEQ – Núcleo de Atenção à Dependência Química. Havia aproximadamente 116 homens e 93 mulheres internados.

Existia um pátio menor, que era dos mais agitados, tanto no setor dos homens quanto no das mulheres. Os atendentes de enfermagem que tomavam conta dos pacientes nos pátios chamavam-se “guarda-pátios”. Esses pacientes agitados ficavam mais isolados dos outros e, apresentavam-se nus. O pátio era denominado de “pátio dos pelados” porque os próprios pacientes arrancavam a roupa. Toda vez que os auxiliares de enfermagem vestiam as roupas neles, eles acabavam arrancando e ficando nus outra vez, mas segundo o funcionário, todos os pacientes tinham roupas para vestir. Não usavam uniformes, como normalmente eram usados nos hospitais psiquiátricos do Estado, mas vestiam roupas comuns, que a instituição recebia de doações da comunidade. Quanto ao cabelo, ele conta que era costume raspar a cabeça porque havia infestações por piolhos entre os internos.

Perguntamos ao funcionário se ele não se sentia incomodado com a situação de prisão que todos viviam ali e, ele respondeu que sim, mas que muitas vezes esse assunto vinha para discussão entre os diretores e funcionários, mas eles não vislumbravam um caminho para promover mudanças.



Figura 3: Pátio no interior do prédio principal, onde funciona o NAC – Núcleo de Atenção à Crise

A situação do Sanatório era de aprisionamento no passado. Esse aprisionamento tornava a instituição refém de um modelo anacrônico que enclausurava a loucura e mantinha profissionais e pacientes operando de acordo com o "modelo do dano". Modelo do dano é o nome dado à forma clássica de se operar conferindo aos obstáculos muito maior força e importância do que nossa capacidade de enfrentá-los. Trabalhar no modelo do dano significa justificar com muita competência o que e porque não é possível enfrentar obstáculos quando estes surgem (54).

O funcionário administrativo nos contou que homens e mulheres sempre ficavam totalmente isolados uns dos outros, exceto nas festas. Era uma prática antiga da diretoria a promoção eventos sociais onde todos participavam. Um evento tradicional era o Baile dos Aniversariantes, promovido uma vez por mês, às 14 horas. Os pacientes acabavam forçando encontros e formando casais de namorados. Os funcionários tinham ordens para vigiar os casais porque recebiam o nascimento de bebês no Sanatório. Não permitiam que homens e mulheres tivessem contato fora do baile. Os setores masculinos e femininos eram separados e vigiados.

No início do processo de cogestão, comentado mais adiante, a diretoria começou a experimentar a convivência nos espaços comuns, entre homens e mulheres e, estava promovendo debates a respeito da sexualidade dos internos quando uma paciente aparece grávida. Ela havia saído para visitar a mãe, encontrou um antigo namorado e engravidou. Esse fato provocou na mídia grande repercussão:

A solução veio com a realização de um debate público, promovido pelo Serviço de Saúde, pela Sociedade Campineira de Medicina, OAB, Ministério Público, para tratar do tema: sexualidade dos doentes mentais internados. Foi então que se decidiu respeitar o direito das mulheres moradoras, em idade reprodutiva, que contavam com companheiros há muitos anos, com a implementação de cuidados que incluíam o acesso aos métodos anticoncepcionais com acompanhamento por médico ginecologista (54).

No ano de 1990 o Sanatório Dr. “Cândido” Ferreira” atravessava sua pior crise financeira, não tinha como manter a Folha de Pagamento. Não havia como pagar os salários dos trabalhadores,

o mais difícil era a greve das equipes de atendentes de enfermagem. Os funcionários ficavam revoltados. Eles que davam todos os cuidados para os pacientes, tinha os banhos, os cuidados na hora da comida, tomar conta deles, dar os remédios, mas com a greve ficava muito duro. Era terrível, ver aquele monte de gente precisando de cuidados sem ter quem cuidasse deles. Essa é a única coisa difícil que eu me lembro

(funcionário administrativo do “Candido”, 2009).

Quanto à falta de alimentos, o funcionário nos disse que isso não chegou acontecer, não houve fome porque a sociedade campineira continuou apoiando com doações de alimentos. O mais difícil mesmo era manter a folha de pagamento, com seus encargos sociais. Em 1990 havia 194 pacientes internados e 70 trabalhadores.

O superintendente do “Candido”, em 1990, Dr. Nelson, buscou ajuda na Secretaria Municipal de Saúde e, junto com o Secretário de Saúde, Dr. Gastão, encontraram a solução por meio do estabelecimento do convênio de cogestão, aprovado em lei municipal em maio de 1990.

O convênio de cogestão era a única alternativa para a sobrevivência do “Cândido”, caso contrário ele seria fechado definitivamente.

A primeira decisão administrativa para promoção da mudança do modelo mental que estava estruturado nos indivíduos do Distrito de Souzas, em torno do Sanatório, foi informar que, a instituição a partir daquele ano, de 1990, não mais seria exclusivamente filantrópica, mas passaria a ser co-gerencida pela Prefeitura Municipal de Campinas nos moldes estruturais do SUS – Sistema Único de Saúde.

O Estatuto do Cândido foi alterado: criou o Conselho Diretor, com aumento no número de componentes: representantes do governo municipal, dos trabalhadores do Sanatório (escolhidos em eleição interna), das universidades, do governo do Estado e, da associação filantrópica mantenedora do Sanatório. O Conselho Diretor, que antes era formado apenas pelos sócios da associação dos Dementes Pobres de Campinas, agora sofria modificação, juntamente com novas perspectivas para o cuidado em saúde mental:

O Conselho Diretor conta com participação de representantes de familiares de usuários do SUS e se prepara para ampliar a participação com a presença de representantes dos próprios usuários, da comunidade de Souzas, do Conselho Municipal de Saúde e de representantes do Centro de Saúde de Souzas.

A chegada de novas formas de ver trazidas por outros protagonistas favoráveis ao desenvolvimento do SUS, oriundos de outras instâncias que não as clássicas (e viciadas) de assistência em saúde mental, auxiliou no processo de invenção de ações voltadas a ampliar os contextos de cuidados para se reconceituar o que se entendia por tratamento. Os olhares que se juntavam e se juntam no Conselho são diferentes uns dos outros, o que permite enriquecer o diálogo na busca de soluções. Cada um, na sua situação, oferece contribuição de acordo com a perspectiva que a situação lhe proporciona. Feita a oferta com cuidado e com respeito está instalada uma situação de crescimento (54).

A partir da estruturação administrativa, a equipe encarregada de fazer a transição dá início a uma série de atividades e conversações, a fim de se decompor a estrutura verticalizada, baseada no princípio da autoridade e obediência que a instituição nutria e que estava rigidamente modelada na mentalidade dos funcionários. A instituição

era autoritária para com os funcionários, os quais, por sua vez, eram autoritários com os pacientes e familiares.

O novo superintendente do “Candido” em meados da década de 90, Dr. Willians Valentini, segundo opinião dos atuais diretores, foi a pessoa chave para implantar as mudanças, tanto de estruturas organizacionais, quanto de mudança de paradigma em torno do cuidar em saúde mental.

Serviços autoritários operam relações autoritárias em todos os níveis nos quais se operam as relações. Ninguém escapa à relação de obediência que se pauta no argumento de autoridade. E a maior quota de obediência, logicamente, cabe à parte mais fraca da pirâmide de poder. No caso dos hospitais psiquiátricos, obedecem mais e se calam mais os pacientes internados.

Serviços democráticos e respeitadores dos portadores de direitos - pacientes, ou usuários, ou doentes, chamemo-los como quisermos - cuidam bem não só dos pacientes mas de todos aqueles que fazem contato com o serviço.

Relações cuidadosas são pedagogicamente potentes para promover mudança rumo à qualificação dos modos de se relacionar. Ser cuidadoso em cada oportunidade de interação, não discriminando e não excluindo mas respeitando cada encontro que aconteça, mesmo que momentâneo, pode significar renovação de compromisso de cuidado mútuo e prenunciar um futuro melhor do que o presente (54).

Deu-se início à formação de equipes multi e interdisciplinares e, os funcionários foram orientados e estimulados a tomarem decisões em prol do bom andamento do Serviço, vislumbrando a filosofia de promoção da qualidade de vida de todos os indivíduos envolvidos no processo.

Durante as tentativas de se estabelecer o novo padrão organizacional, novos funcionários chegaram para colaborar e, permanecia a equipe da “velha guarda”. Juntos deveriam promover as transformações. Contudo, ocorriam desentendimentos:

Disputas de poder que buscavam deixar claro que o que chegava era melhor do que o que havia sido encontrado.

A dificuldade de se estabelecer alianças entre esses dois contingentes de profissionais se devia, naquele momento, ao fato de que ambos os grupos estavam desafiados a desenvolver o modo de cuidar que incluísse a nova mentalidade anunciada pelo SUS e pela co-gestão. No entanto, ambos os times se opunham nas relações e enfrentavam tensões relacionais advindas do descuido trazido pela desqualificação. O que era visto como antigo não servia mais e o que era proposto como moderno, novo, não se via ainda. A situação era a mesma definida por Hannah Arendt, em relação à democracia: todos experimentam sentimentos advindos da situação caracterizada por um tempo que se situa “entre o não mais e o ainda não” (54).

Durante as entrevistas realizadas com os profissionais da equipe do “Cândido”, pudemos refletir sobre o modelo de negociação utilizado por eles.

pense em uma organização tradicional. Ela opera numa lógica muito verticalizada: o Estado, por exemplo, ou uma empresa privada, são relações baseadas na desconfiança. Tem aquela estrutura em lógica de chefia e subchefias e em geral a estrutura de controle associadas e, muitas vezes tem quem faz, quem controla quem faz e, quem controla o que controla o que faz! É uma estrutura hiperpesada, burocrática, baseada na obediência porque é o “modelo do dano

(Dr. Juliano, economista da equipe, 2009)

O modelo do dano refletia a estrutura que o “Cândido” possuía no período pré-reforma, até 1990:

Esse aprisionamento tornava a instituição refém de um modelo anacrônico que enclausurava a loucura e mantinha profissional e paciente operando de acordo com o "modelo do dano"... O modelo do dano é o nome dado à forma clássica de se operar conferindo aos obstáculos muito mais força e importância do que nossa capacidade de enfrentá-los. Trabalhar no modelo do dano significa justificar com muita competência o que e porque não é possível enfrentar obstáculos quando estes surgem (54).

Os profissionais exemplificaram o modelo do dano: “Ah! Acabou a água do bebedouro!” E todo mundo fala: “acabou a água do bebedouro”!

No modelo do desafio seria: *“Acabou a água do bebedouro”? “Ah, então vamos lá, buscar outro galão, vamos ver se o outro setor tem um galão para nos emprestar até chegar o nosso e depois repomos...”*.

Foram formadas inicialmente quatro equipes interdisciplinares, chamadas de funcionários da “área fim”. Alguns artistas foram convidados a tomar parte na composição das equipes, a fim de que auxiliassem na construção de um modelo mental de liberdade, em torno do cuidado em saúde mental. A arte foi incluída como atividade fundamental nesse processo.

As equipes que assistiriam os quatro grupos distintos dos pacientes que estavam sob o cuidado da instituição: o primeiro era aquele composto pelas pessoas que haviam sido abandonadas lá, denominados “os moradores do Cândido”; o segundo era o grupo de pessoas que chegavam em crise, precisando de cuidados urgentes. Este grupo foi chamado de “os agudos”; o terceiro ficou composto por aqueles pacientes que tinham família para recebê-los de volta e, que poderiam vir ao “Cândido” diariamente para receberem os cuidados da equipe interdisciplinar. Para este grupo foi criado um novo serviço, chamado de “Hospital Dia” e, por último, o quarto grupo ficou composto pelos pacientes que conseguiam desenvolver algum trabalho com qualidade para comércio. Esse grupo constituiu o NOT - Núcleo de Oficinas de Trabalho.

Um contingente de trabalhadores atuava em administração, logística e conservação. Esse grupo de funcionários foi identificado como “equipe da área meio” e os funcionários que atuavam diretamente na área de saúde ficou denominado de “equipe da área fim”.

Somou-se a essas ações de formação das equipes a criação de um meio de comunicação, o Programa Maluco Beleza e o Programa de Alfabetização dos internos, com apoio da FUMEC – Fundação Municipal de Educação Comunitária - para desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial e, todo esse movimento colocou o “Cândido” numa posição pioneira no Movimento da Reforma Psiquiátrica no país.

Paralelamente à essas transformações, a partir de 2000, deu-se o início às construções dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Hoje o “Cândido” administra 4 CAPS: Estação, Esperança, Toninho e Independência.

O “Cândido” passou a defender a Reforma Psiquiátrica com enfoque na comunidade, tentando transformar o mundo do próprio paciente: mudar a percepção de si próprio como doente mental, bem como o olhar da sua família; diminuir o estigma que pode estar presente na comunidade que o paciente vive e, verificar as possibilidades de reinserção comunitária desse paciente.

A fim de cumprir o papel a que se propõe na realização de atividades de natureza complexa e diversificada no campo da Saúde Mental, o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” passou por um processo radical de reestruturação do poder e da lógica da gestão. Sua estrutura organizacional visa incorporar ao máximo o envolvimento de seu corpo funcional nas atividades realizadas, incentivando a participação e maior rapidez na tomada de decisões e na identificação de responsabilidades.

A rede de saúde de Campinas representa para o Brasil, no momento, um modelo de cuidado misto, como assim se refere Manuel Desviat (14) ao mencionar a situação da reforma brasileira. O Serviço de Saúde. “Dr. Cândido Ferreira” é parte dessa rede de cuidados na Atenção Básica da rede SUS do município de Campinas.

No próximo capítulo apresentamos os resultados da nossa pesquisa.

CAPITULO IV

OS RESULTADOS



Nas entrevistas realizadas com os profissionais da equipe interdisciplinar e, nas observações do dia a dia do trabalho, encontramos alguns fatos, experiências e, pontos de vistas que deram significados aos objetivos da pesquisa, os quais denominaram de unidades de significados. Estas unidades foram estabelecidas em três grupos: 1) o papel que o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” representa para a rede pública de saúde de Campinas, ao longo da sua história; 2º) as maneiras como os profissionais desenvolvem o cuidado, no interior da equipe interdisciplinar, dentro de uma internação, na perspectiva da proposta antimanicomial e, 3º) as contradições, os problemas vividos e experimentados pelos profissionais no contexto do “Cândido”, em relação à atual conjuntura da política nacional de saúde:

1º) o papel que o Serviço de Saúde “Dr. Candido Ferreira” representa para a rede pública de saúde de Campinas, ao longo da sua história

Apresentaremos a seguir algumas atividades que passaram a ser realizadas após o convênio de cogestão que colocaram o “Candido” e a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas na posição de vanguarda, entre outras instituições que desenvolvem o cuidado em saúde mental, no País:

a) Inserção do Cândido na política de promoção à saúde, da Prefeitura

Após o acordo de cogestão entre o “Candido” e a Secretaria Municipal de Saúde, em 1990, uma série de mudanças no manejo da doença mental foram sendo implementadas. O convênio entre as partes significou a união das experiências na área de saúde coletiva que se inseriu na política do SUS – Sistema Único de Saúde.

Até meados da década de 90, o cuidado ficava muito centralizado no hospital. Em Campinas existia vários hospitais: o “Candido” foi o primeiro e, havia outros como o Tibiriça e Sta Isabel. O maior deles era o Santa Isabel. Havia também o ambulatório que a equipe do Candido construiu no centro da cidade, que começou funcionar em 1972, o Ambulatório “Dr. Décio Bierrenbach de Castro”, comentado no capítulo II.

Os hospitais, ao longo dos anos, foram fechando por inúmeras razões.

A partir do convênio de cogestão a equipe interdisciplinar do “Candido”, juntamente com a equipe da Secretaria de Saúde, em um movimento solidário e antimanicomial, desencadeou uma série de ações que culminaram por reencontrar familiares dos doentes que eram internos. Muitos voltaram para casa e, para aqueles que não reencontraram suas famílias, a instituição oferece atualmente 31 casas, para 170⁷ pessoas, em diversos bairros de Campinas, num modelo de república mista onde os pacientes passaram a viver com autonomia e convívio social ampliado.

À medida que o tempo foi passando e a equipe interdisciplinar foi desenvolvendo a arte da conversação, foi aprendendo a construir o PTI – projeto terapêutico individual – por meio da interação das disciplinas. Os profissionais foram visualizando a rede de cuidados no município, entendendo que a doença mental requer a diversidade de ofertas de cuidados e, que nenhum serviço, em particular poderia dar conta da doença.

A metodologia de trabalho utilizada pelas equipes do “Candido” e, a dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial - por ele administrados, é a mesma utilizada na rede de saúde de Campinas: pelos CAPS da Prefeitura e, também a mesma metodologia do núcleo de saúde mental da UNICAMP e da PUC. A equipe interdisciplinar, por meio do diálogo, constrói o consenso para a elaboração do PTI – projeto terapêutico individual. Para cada paciente é elaborado um projeto terapêutico personalizado.

O “Candido” está inserido na rede como sendo uma oferta a mais na questão do cuidado. Os profissionais acham que depois que houve a desospitalização, o município de Campinas, assim como a maioria dos municípios no País, não possui ainda todas as tecnologias e equipamentos para ofertar assistência à grande demanda dos portadores de psicopatologias. Por essa razão eles entendem que mais inovações e melhorias ainda serão alcançadas no futuro. Na área da saúde mental não se fala em um serviço único para tratamento da doença mental, como era antes da reforma psiquiátrica, mas sim em uma rede de serviços, a qual se insere no interior da própria rede de assistência do SUS.

Os profissionais integrantes da equipe interdisciplinar do “Candido” comentam as mudanças que eles percebem:

⁷ Informação obtida no Serviço de Residência Terapêutica do “Cândido” em maio de 2009.

... até o final da década de 90, a abordagem em saúde mental na rede SUS era para casos mais tranquilos de ansiedade e depressão e, nas situações mais graves era preciso levar os pacientes para instancias que tivessem maior condição de cuidar da complexidade dos casos. Hoje, com toda essa formatação da rede SUS, às vezes, um quadro psicótico pode ser acompanhado no Centro de Saúde, sem problema nenhum porque a rede se ampliou e, fortaleceu o vínculo na comunidade. Existe a possibilidade de se contar com as visitas domiciliares, feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde e, também por membros integrantes da própria equipe interdisciplinar dos CAPS.

Quando o paciente era atendido no ambulatório, por exemplo, não havia essa possibilidade, de ir atrás do indivíduo que sumia: daquela pessoa que não comparecia à consulta agendada. Ninguém tinha resposta se ele havia se curado ou se havia mudado de endereço ou, se havia morrido. Mas, hoje, se o indivíduo falta à consulta, existe a possibilidade de algum profissional integrante da equipe ir atrás dele para saber o que aconteceu.

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Os profissionais do “Candido” declaram que a rede SUS funciona, mas reconhecem que estão em um processo de construção contínua e, ela ainda não está totalmente pronta, ainda tem muito a melhorar, principalmente no número de recursos humanos. Eles percebem a insuficiência de profissionais da área de saúde mental para dar conta da demanda. Mencionaram que encontram dificuldade de passar o projeto terapêutico para a Unidade de Referência do paciente, quando este recebe a alta do “Cândido”. Eles valorizam o aprimoramento do diálogo entre os profissionais dos serviços. Reconhecem que os indivíduos adoecidos requerem distintas intensidades de cuidados de uma rede diversificada de ofertas e, que se supõe, deva comunicar-se entre si.

... hoje, uma pessoa que está em tratamento pode apresentar-se em uma situação estabilizada, então, nesse caso, o nível de intensidade de cuidados que ela poderá demandar será de uma hora, mas, se por acaso, o quadro da psicopatologia dessa pessoa se agrava e entra em uma situação de crise, essa intensidade de cuidado tem que ser aumentada,

aprimorada, intensificada por alguns dias para dar conta da crise. Aqui, no “Candido”, nós temos condições de dar esse nível de complexidade de cuidados.

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Do ponto de vista dos profissionais, para o indivíduo que está estabilizado, algumas instancias de cuidados conseguem lidar com esse paciente, como uma Unidade Básica ou Saúde da Família. Mas, se esse mesmo indivíduo, por inúmeras razões, apresentar uma situação de agravamento do quadro, então irá requerer uma estrutura de saúde de alta complexidade, como uma internação em um hospital geral, no “Candido”, ou no CAPS 3 ou na UNICAMP ou PUC.

Os profissionais componentes da equipe do “Cândido” concordam que a crise pode ser cuidada em qualquer lugar: Centro de Saúde, Centro de Convivência, mas o que pode variar é a intensidade de cuidados que cada indivíduo pode requerer em decorrência do nível de complexidade da sua crise:

Às vezes, têm pacientes que, mesmo fora da crise podem requerer um cuidado, muitas vezes, muito mais intensivo do que um outro paciente que está em crise com a mesma doença. Não é a crise em si, que diferencia, mas a singularidade de cada caso, a especificidade que cada caso vai apresentar e, que vai demandar diferentes ofertas de intensidade de cuidado para dar conta de sua crise, em um contexto muito particular, de cada ser humano.

A tendência do dia a dia da assistência em saúde mental é aumentar o grau de complexidade da rede de saúde e, isso é muito positivo para o fortalecimento do SUS. O paciente não vai ter uma entrada única na rede do SUS. Ele poderá ter uma entrada no Centro de Saúde, ter outra entrada no Centro de Convivência, outra entrada no CAPS e dependendo da necessidade ele poderá estar em um lugar ou poderá estar no outro.

Isso significa uma ampla rede de saúde mental no interior da rede SUS, aonde o próprio indivíduo vai costurando para ele mesmo uma rede de ajuda e, uma rede de relações. Dessa forma ele poderá conhecer pessoas de diferentes idades, de diferentes formações e aptidões. Essa rede de

relações poderá aumentar a capacidade de aprendizagem e de troca de experiências que podem propiciar o entendimento da sua própria vida.

A região que se utiliza apenas do CAPS, isso não é suficiente para implantar, efetivamente, a Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica requer uma rede de equipamentos. Então, esse é o ponto de fragilidade do financiamento na saúde mental no Brasil. Quantos municípios têm uma rede de serviços alternativos?

(Dr. Juliano, economista da equipe, 2009).

Os profissionais do “Candido” relatam que entendem essas instâncias de cuidados intensivos, como sendo estruturas mais protegidas e de maior complexidade tecnológica de cuidado.

As pessoas adoecidas, em crise, elas perdem o sentido do limite e acham que podem tudo. Se não tivermos um espaço de proteção podemos deixar essas pessoas em uma situação de vulnerabilidade, para um sofrimento muito maior.

(Dra. Dayane, psicóloga da equipe, 2009).

Os profissionais da equipe têm um consenso por reconhecer que não é só a internação que resolve ou garante melhor controle da doença mental, ou que oferece maior espaço de tempo entre as crises:

O indivíduo adoecido precisa de outros espaços, os quais poderão oferecer outras formas de cuidado e, oportunidades de socialização, como os centros de convivência e as oficinas de trabalho, os CAPS e, as unidades básicas de saúde. Temos que ampliar o nível de complexidade da rede de cuidados em saúde mental: existe uma diferença entre colocar um indivíduo dentro de um ambiente isolado, ou manter uma interface com várias questões, como: família, na casa, na região onde mora, no trabalho, no lazer... Então, a equipe terá que ver como vai conseguir intervir nesses aspectos, inclusive com a família.

O propósito é ampliar de uma maneira significativa a questão da intensidade, do nível de complexidade dessa rede de cuidados. Essa preocupação é uma característica da Reforma psiquiátrica.

(Dra. Dayane, psicóloga da equipe, 2009).

Os componentes da equipe interdisciplinar do “Candido” declaram que buscam um modelo de cuidar que compreenda a doença mental no contexto da integralidade do sujeito:

No cuidar em saúde mental não se estuda só a questão da psicopatologia da pessoa, mas todo o entorno dela, a integralidade do sujeito. O que nós precisamos fazer é encontrar uma estratégia terapêutica para qualificar a vida dos pacientes

(Dra. Patrícia, nutricionista da equipe, 2009).

Eles não usam mais o arsenal terapêutico de antes, mas reconhecem que em cada período da história, o cuidado foi evoluindo nas suas tecnologias e servem de base para reflexão das condutas atuais.

No período pré-reforma psiquiátrica, os métodos eram violentos como o confinamento nos quartos-fortes e o eletro-choque. Mas, era o que se tinha, era o que, no caso da medicina, a residência em psiquiatria ensinava. Muitas coisas usadas atualmente são resultados de toda a prática do passado que foi se aprofundando, como a questão da medicação que ainda é muito utilizada atualmente

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Os profissionais entrevistados não apontam as condutas terapêuticas como certas ou erradas, mas compreendem que o que fazem hoje é resultado do que os profissionais do passado foram construindo no dia a dia do cuidar. Porém, atualmente eles têm a oportunidade de elaboração da crítica, frente a todas as questões de saúde mental, do que é feito para o paciente e com o paciente, tentando perceber esse sujeito como um todo, não apenas psíquico.

Os membros integrantes da equipe relataram que se esforçam para não se fechar na medicina positivista, ou em um idealismo radical da Reforma, mas justamente o contrário, afirmam que buscam o bom senso, estão abertos para novas experiências, recorrem a outros olhares e, esforçam-se para ver além da discussão da hospitalização ou desospitalização, simplesmente. Os profissionais manifestaram o consenso ao mencionar a

preocupação sobre o que podem fazer para resgatar a saúde, a dignidade e a cidadania do sujeito usuário da rede SUS, especialmente neste momento de fortalecimento e ampliação dos novos equipamentos de cuidados e, lembrando que os hospitais gerais ainda não dispõem de leitos suficientes para internação do indivíduo em crise psicótica.

O Brasil impulsionou uma ruptura com o modelo manicomial, que era urgente e necessária, mas temos que reconhecer que agora desvelamos um contingente de pessoas muito maior do que esperávamos, necessitando de assistência em saúde mental. Pessoas estas que estavam sub-ocultas pela ausência de ofertas desse serviço no SUS e, agora os municípios têm que correr, precisam se reestruturar e reestruturar os hospitais gerais para atendimento dessa demanda.

(Dra. Maria Luiza, psicóloga da equipe, 2009)

Quando conversamos a respeito da crise do paradigma positivista, em torno do excesso de uso dos métodos mecanicistas da medicina tradicional, abordamos as possibilidades de se recorrer a outras medicinas, as chamadas de alternativas. Quanto a esse assunto, os entrevistados foram unânimes em se manifestar na crença em outras formas de medicina, além da convencional e, todos concordaram que no cuidar em saúde mental pode-se lançar mão das mesmas. No Cândia e, na rede pública de Campinas, são utilizadas a acupuntura, homeopatia, fitoterapia e ginástica chinesa. Eles não denominam de medicinas alternativas, pois acreditam que uma vez que são aceitas pela Organização Mundial da Saúde, como formas de medicinas, configuram-se como métodos terapêuticos formais.

Quanto ao conceito sobre o adoecimento humano, os componentes da equipe interdisciplinar manifestaram ponto de vista comum, em conformidade com os padrões da medicina oriental, do que apregoa a medicina acupunturista que é praticada por um dos médicos do “Cândia”, segundo o qual, o indivíduo, no processo do adoecer passa por várias esferas:

Nós conversamos durante a reunião da equipe sobre a subjetividade da doença mental e relembramos as três maneiras de adoecer: 1º) por influência do meio externo (tudo que tem na natureza: vento, frio,

umidade e calor); 2º) por influência do meio interno (a emoção: se uma pessoa é muito irada, muito deprimida, muito alegre, isso aí por alguma coisa, vai ter uma consequência interna no organismo); 3º) situação mista, ou seja, meio externo e interno: um acidente, alguma tragédia que acontece no cotidiano. Então, a partir dessas situações, e dentro da própria pessoa: como ela se relaciona com a natureza é que vai definir o estado de saúde dela. Conforme for, ela vai se cuidar melhor.

Precisamos entender o sujeito, fazer uma leitura de todas as suas manifestações: o tom de voz, como ele anda o que a pessoa está comendo, como ela reage ao frio, ao calor, ao vento... Vamos percebendo outros elementos que vão se somando e podem oferecer um leque maior de informações, não só a verbalizada pelo sujeito.

Dessa maneira nos afastamos do conceito da super especialização. Não que isso não seja importante, mas anterior a isso, tem todo um conhecimento da clínica geral que precisa ser valorizado e resgatado. No mundo moderno ocorre o uso abusivo da super especialização e, a falta de bons clínicos gerais no Brasil.

Podemos ampliar o campo de discussão em torno das informações que se obtêm a respeito de quem é aquele sujeito que está sob o nosso cuidado?

Quanto mais questões discutidas nós tivermos, maiores são as chances de se acertar na leitura da mensagem que o sujeito está passando para nós.

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Os integrantes da equipe foram unânimes em declarar que possuem liberdade para investir em qualquer terapia, para qualquer diagnóstico. Eles acreditam que a fase que estão vivendo atualmente, de liberdade do cuidar em psiquiatria, é o início de uma longa fase de descobertas e de reinvenções da clínica. Eles comentam que sentem a necessidade de ampliar ainda mais as discussões, tanto dentro do “Cândido”, quanto na comunidade, em torno das próprias formas de medicina:

*A questão da homeopatia? É uma medicina que também cuida do sujeito!
E, então, como nós podemos nos desenvolver nessa ciência? Da própria medicina convencional positivista, hoje, com todas essas tecnologias,*

então, o que acontece? Muitas coisas vão acontecendo e para onde estamos indo?

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

Os profissionais relataram que se esforçam para dirigir o olhar na direção das múltiplas possibilidades de abordagem, não apenas manter atitude positivista de “queixa x conduta”, como era o modelo médico-centrado. Lembram que, há alguns anos, o mesmo aconteceu com a questão da AIDS:

O que acontecia com a AIDS: o pensamento médico era de afunilar para chegar a um diagnóstico. Mas, a partir do advento da AIDS, o que mudou? Hoje os profissionais de saúde têm que ampliar a visão, não pode afunilar. Por exemplo, uma pessoa que tem uma tuberculose pulmonar, os profissionais têm que ficar a

tentos para ver se esse sujeito não está com HIV porque se for tratar só a questão da tuberculose é um resultado, mas se tiver alguma coisa associada a intervenção clínica será outra, completamente diferente.

O “Candido” deixa todos os profissionais livres para buscarem outras técnicas terapêuticas, são diversas técnicas que podem conduzir ao olhar integral que o sujeito precisa e, com isso aumentam as possibilidades da eficácia do tratamento, especialmente quando estamos diante de casos limitantes para a medicina positivista, como por exemplo, de uma pessoa severamente deprimida, ou um caso de psicose mais grave, que o paciente se isola

(Dra. Lara, médica da equipe, 2009).

Os integrantes da equipe concordam que em alguns casos de psicopatologias o paciente se isola e, a medicina tradicional, isoladamente, com seus fármacos, não consegue ajudar de fato esse paciente. Nesse caso eles recorrem ao auxílio de outros saberes que possam oferecer outras informações sobre esse paciente:

Na saúde mental é muito importante que o paciente fale, mesmo que seja um palavrão, aquilo tem um símbolo e, a partir disso, a equipe tem algumas pistas. Mas, agora, quando a pessoa não fala nada, ajuda muito recorrer a outros tipos de observações, outras medicinas, para chegar a

alguma conclusão do que está acontecendo. Desta forma, podemos recorrer à acupuntura, por exemplo, que tem outro sentido, outro tipo de raciocínio que poderá ajudar a entender o paciente e, assim, poder elaborar um projeto terapêutico personalizado para esse caso

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

Os componentes da equipe reconhecem que houve um significativo avanço na área da saúde mental, especialmente na medicina psiquiátrica:

...hoje um residente pode questionar a prática. Antigamente o catedrático era endossado e todo mundo se calava ao ouvi-lo, e todos acatavam a orientação que ele estava dando. Hoje temos todo um conhecimento, e, é lógico que vamos fazer algum questionamento. No passado, por questão da imaturidade, não era feito...

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

Os profissionais integrantes da equipe interdisciplinar concordam que o processo da Reforma está inacabado, ainda em construção⁸ e, por isso sentem-se em busca constante por aquela tecnologia, aquele olhar que poderá contribuir para a oferta de um melhor cuidado, lembrando sempre que não é só o “Candido”, nem são só o CAPS, mas é a rede SUS que oferece esse cuidado.

Segundo consenso dos componentes da equipe, não há um projeto terapêutico pronto, mas tem que ser construído e reconstruído constantemente. O olhar que dirigem para a doença mental pode ser discutido continuamente, pois eles têm toda abertura para discussão e reflexão. É possível rever suas tecnologias e, também olhar para o passado e aprender com os erros e os acertos do que já foi feito.

Antigamente o eletro choque foi muito usado, “a seco”, sem auxílio de medicação que pudesse diminuir o sofrimento que o choque elétrico trás. Depois, com as pesquisas, foi identificado todo esse sofrimento que aquela terapia acarretava e, a partir daí criou-se protocolos para fazer eletro choque

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

⁸ Consulta neste caso está significando a conversação dentro da equipe interdisciplinar

No “Candido”, não se utiliza mais o eletro choque, mas, como exemplo da evolução do cuidado, explicam que a medicina faz suas descobertas e, depois vai aprimorando as técnicas, tornando-as menos invasivas e mais seguras:

No caso do eletro choque, se por ventura alguém, por algum motivo estiver em uma situação que necessita de sua aplicação, o protocolo diz que, primeiro, a pessoa e a família têm que dizer se aceita, se permite. Depois o protocolo diz que o eletro-choque tem que ser realizado no Centro Cirúrgico, o paciente tem que ser anestesiado para que não lhe cause sofrimento, pois já está com o sofrimento da doença mental. Podemos dizer, então, que evoluímos nessa tecnologia. Na história passada, quando se descobria uma nova técnica o pessoal ia usando, de maneira indiscriminada. Como as ferramentas eram poucas, para oferecer o cuidado, eles já recorriam a uma nova prática, sem experiência prévia. O que podia acontecer, até de repente, essa técnica levava a alguma consequência ruim e, só depois é que se tomava alguma atitude. Na questão da medicação, por exemplo, no passado, teve um antiinflamatório que durante algum período o mundo inteiro usou, era como remédio na caixa d'água, era prescrito de uma maneira muito intensa. Um dia descobriram que estava tendo consequências prejudiciais e, aí o que aconteceu? Foi retirado do mercado. Então, essas coisas sempre vão aparecer. As técnicas, algum tempo depois do seu uso, terão que ser revistas. Mesmo hoje, aquilo que a gente está defendendo, exercitando, será que passados uns 50 anos alguém virá falar: mas, você estava fazendo esse tipo de coisa? Espero que essas experiências avancem e as coisas vão passando e, podemos sempre melhorar ainda mais

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Quanto à ampliação da clínica, segundo os profissionais, o cuidado deveria considerar também o contexto ambiental. Eles dizem que na mídia tem se falado muito sobre meio ambiente: a camada de ozônio, superaquecimento global e, questões semelhantes, mas não abordam especificamente essa questão influenciando a saúde:

Por exemplo, o indivíduo tem queixa de melancolia, então vamos ter a conduta de tratar só a melancolia e ponto? Reconhecemos que precisamos nos esforçar para não nos prendermos ao mecanicismo da assistência e, nos cuidados primários de saúde. A Organização Mundial da Saúde fala a respeito da prevenção das doenças e, da promoção da qualidade de vida e, da interação do homem com o meio ambiente. Nós entendemos que o homem, para ter saúde plena, precisa proteger o meio ambiente: porém, a sociedade, de um modo geral, ainda não tem percebido e, nem tem noção da questão da prevenção ambiental. A sociedade não percebe que a questão ambiental está isso, como ela poderá perceber a condição do ser humano estar em equilíbrio com a natureza? As pessoas ainda não percebem que quanto mais viverem em harmonia com o meio ambiente, melhor será a capacidade de viver e melhor será a qualidade de vida delas

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Durante as entrevistas, discutimos a influência do meio social no surgimento e no agravamento das psicopatologias e, a capacidade da rede básica de saúde para lidar com esses agravos.

Hoje a rede está se estruturando para oferecer minimamente atendimento aos psicóticos e, menos que minimamente ainda, um pouco de atenção aos dependentes de álcool e drogas. Contudo, temos um problema de saúde mental pública muito grave que está crescendo no País e, que até o momento, ainda não estamos fazendo nada: o suicídio

(Dr. Jorge, psicólogo da equipe, 2009)

A expectativa da equipe é que a sociedade desenvolva reflexões a respeito das doenças, e, sobre o que faz sentido na vida das pessoas, a fim de desenvolverem mecanismos de defesa para lidar com as adversidades e, adoecerem menos:

A sociedade tem que repensar o que vai empregar no seu dia a dia, nos momentos de adversidades, para diminuir as conseqüências desse emprego...

O que acontecerá com esse aspecto mais antropológico, quer dizer, o conhecimento mais holístico desta citação, porque eu acho que é muito interessante e sempre bem vindo, porque o que acontece? Saúde não é só queixa-conduta e ponto, há muito mais coisa para a gente poder observar...

(Dr. Arnaldo, enfermeiro da equipe, 2009).

b) O cuidado no “Cândido” deixou de ser médico-centrado para ser centrado na equipe interdisciplinar

Nas propostas do SUS está havendo um avanço na inclusão de distintos profissionais para comporem a equipe interdisciplinar na rede básica de assistência: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, bioquímicos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, biólogos, químicos, psicopedagogos, artistas, algumas áreas das engenharias e outros.

São cerca de quatorze especialidades em ação. São quatorze profissionais, diretamente ou indiretamente envolvidos na área da Atenção Básica. Recentemente a Educação Física também entrou nesse arcabouço de cuidados, por que? Porque é um profissional que vai orientar a pessoa, sensibilizá-la para que ela possa usufruir desse conhecimento e poder trazer para ela mesma uma qualidade de vida melhor. Nós acreditamos que se ela souber cuidar fisicamente e mentalmente dela, ela terá melhor condição de enfrentar as possíveis adversidades da vida e adoecer menos.

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Os membros integrantes da equipe reconhecem que o novo modelo de cuidados em saúde mental está em acordo com o modelo de atenção básica de saúde proposto pelo SUS: requer a atuação de uma equipe interdisciplinar. No entanto eles diferenciam o modelo interdisciplinar e multidisciplinar, apenas:

Existe diferença entre ser interdisciplinar e ser multidisciplinar, apenas. Equipe interdisciplinar é aquela que tem várias especialidades interagindo, conversando, antes de se tomar uma decisão, mas nós já

vimos serviços que dizem ter equipe interdisciplinar, porém, cada um trabalha a sua especialidade, isoladamente, por exemplo: paciente vem e passa em consulta médica, depois ele faz terapia com o psicólogo e depois vai para uma oficina e, esses profissionais não interagem, não consultam entre eles a respeito daquele paciente. Nós entendemos que isso não é equipe interdisciplinar porque não houve interação dos profissionais para se construir o projeto terapêutico individual, está totalmente fora das nossas propostas

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

c) A chave do funcionamento das equipes é a liberdade de diálogo para decidir

O trabalho que é desenvolvido no “Candido” tem como princípio fundamental o diálogo sobre as questões a serem decididas. Os integrantes da equipe concordam que no processo de transição tiveram a ajuda imprescindível do médico, ex-superintendente, Dr. Willians Valentini. Ele colaborou significativamente para o início das novas experiências de trabalho e aceitação da filosofia que a equipe interdisciplinar está levando avante até hoje, assegurada pela descentralização do poder. Nós percebemos certo dinamismo nos trabalhadores, desde o pessoal da higienização, da manutenção, da administração, dos núcleos das oficinas de trabalho, da equipe interdisciplinar que está no cuidado direto do paciente e, até mesmo nos familiares que freqüentam o “Cândido”.

Todo esse movimento tem como força motriz a liberdade de diálogo e autonomia de decisão. Contudo, isso não quer dizer que eles estejam sempre em concordância em todos os assuntos. Eles relataram que já tiveram muitos conflitos. No início das novas práticas, aproximadamente três ou quatro anos atrás, existia um primeiro grupo de profissionais que desejava que todas as decisões fossem baseadas em novas posturas, como por exemplo, jamais internar; e, um segundo grupo que achava que tinha que se ter o bom senso, que ainda havia necessidade de internações para os casos críticos.

Utilizamos a palavra consulta porque julgamos que esse termo exprime de forma mais adequada a idéia do entendimento ou, do consenso para a tomada de decisão que a equipe interdisciplinar do “Cândido” empreende, conforme o exposto por Mendes:

... pontos de vista de diversos indivíduos são, certamente, preferíveis aos de uma única pessoa. Consultar para melhor decidir. É uma arte, uma chave que pode desvendar os mistérios da vida e abrir a porta da resposta para os mais intrincados assuntos - desde assuntos íntimos e de relação pessoal até os de maior significado universal. É um dos maiores instrumentos de uma nova era para a raça humana, um elemento fundamental no nascer de uma nova civilização universal. A consulta confere maior compreensão e transforma a dúvida em certeza. Ela é uma luz brilhante que, em um mundo escuro, indica o caminho e guia (33).

A equipe do “Cândido” utiliza vários termos: conversar, negociar e discutir. Nós abandonamos o uso da palavra “negociar” porque entendemos que essa palavra conduz à idéia de barganhar, atividade na qual o indivíduo que tem mais capacidade de barganha, ou de convencimento, acaba vencendo. Outra palavra que também abandonamos, nessa situação, é a palavra “discussão” pelo fato de nos conduzir às idéias de diálogos em voz alta, tipo briga. A palavra discussão nos leva a imaginar que as pessoas que suportam emocionalmente, por mais tempo, um período de argumentação acalorada, algumas vezes com acusações pessoais, quase sempre o mais forte vence pelo seu poder de discussão. No entanto, o que percebemos é que a intenção primordial da equipe não é que vença o saber mais forte ou o de mais poder de negociação, mas sim encontrar a verdade científica, a qual poderá surgir em um determinado ponto de manifestação de pensamento comum, entre a maioria dos saberes.

Os membros integrantes da equipe relatam que há alguns anos, no início da nova metodologia, durante as reuniões de consulta para se elaborar o projeto terapêutico individualizado, acontecia de ter algum colega que se apegava à sua própria idéia até o final e, não abria mão dela, mesmo que a decisão na consulta⁹ fosse diferente da opinião pessoal dele. Eles disseram que isso aconteceu com diversos colegas, independente da formação profissional. Alguns profissionais eram tão apegados aos seus próprios saberes que

⁹ Consulta neste caso está significando a conversação dentro da equipe interdisciplinar

preferiram sair da equipe e, sair do “Candido”, a ter que submeter seu ponto de vista ao ponto de vista da equipe, como um todo.

Contudo, hoje, eles são unânimes em relatar que conseguem levar uma consulta adiante, de forma mais tranqüila e participativa, respeitando os saberes das outras disciplinas. Os profissionais que permaneceram no “Candido” relataram que sentem ter alcançado um degrau mais alto na escala de maturidade profissional e, reconhecer ser este o caminho da psiquiatria pública no Brasil.

Presenciamos o surgimento de desentendimentos e algumas interrupções da reunião, mas eles acabaram voltando atrás, pois a maioria dos membros integrantes esforçou-se por retomar o diálogo em uma tentativa de considerar a questão terapêutica superior ao saber individual de um profissional. Observamos as conversações que eles desencadearam na equipe interdisciplinar e, embora tenham apresentado conflitos, mas na maioria das vezes eles dialogaram de forma mais aproximada da consulta do que da negociação.

Existe o consenso entre os profissionais de que passada a discussão não guardam mágoas e, entendem isso como parte do processo da consulta. Os gerentes das unidades esforçaram-se para fazer com que todos os membros falassem durante a consulta e, ainda que surgiram conflitos eles perseguiram o entendimento. Os gerentes demonstraram perseverança em promover as reuniões de equipe. Caso o médico não estivesse presente, eles levavam o processo de consulta do PTI adiante do mesmo jeito.

Percebemos que a capacidade da equipe no processo da consulta vem da autoridade constituída do gerente, com o apoio dos médicos diretores. Os coordenadores não são médicos, são enfermeiros, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Existe um apoio significativo dos médicos diretores para que a reunião de consulta ocorra e que o projeto terapêutico seja considerado como objeto de maior consideração da tecnologia do cuidado.

Esse esforço de entendimento que a equipe demonstra, diante do conflito, está de acordo com o que Mendes afirma:

só pela ampla discussão dos assuntos poderá ser revelado o caminho certo. A brilhante fagulha da verdade só aparece após o impacto das

opiniões divergentes. A luz brilhante que surge do atrito de pensamentos é a esclarecedora dos fatos (33).

A consulta também chamou nossa atenção no grupo de família: o pai ou a mãe, ou a esposa, ou o marido vem até o “Candido”, senta na roda de consulta junto com o doutor ou doutora e desenvolvem suas capacidades de conversação sobre a doença, sobre os medicamentos, os efeitos colaterais, as recaídas, enfim, os familiares chegam tímidos e silenciosos e vão se desenvolvendo na consulta com a equipe. Os familiares que se encontram há mais tempo no processo da consulta conseguem conversar tranquilamente com os profissionais, inclusive conhecem palavras comuns do vocabulário científico da saúde.

d) As residências terapêuticas

A equipe interdisciplinar do “Candido”, em parceria com a equipe da Coordenadoria da Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, concretizaram um projeto precursor de humanização: a montagem das residências terapêuticas. Hoje o “Candido” mantém trinta e uma residências, como república mista, assistida por equipes interdisciplinares. Ao todo são 166¹⁰ moradores.

O serviço que cuida dessas residências é o SRT – Serviço de Residências Terapêuticas – que assiste os moradores em todas as suas necessidades.

Todas as residências têm monitores que servem de apoio para os moradores. Algumas residências mantêm auxiliares de higienização, outras são completamente autônomas.

Embora todas as residências tenham assistência da equipe interdisciplinar, seis residências estão sob o cuidado direto do Núcleo Clínico do “Candido”, ou seja, são residências com pacientes que necessitam de cuidados clínicos devido à idade avançada, várias limitações para caminhar, tomar banho e se alimentar. Essas seis moradias estão localizadas nas proximidades do “Candido”, a fim de facilitar a locomoção da equipe no

¹⁰ Dado obtido no SRT – Serviço de Residência Terapêutica – do “Cândido” na data de 22 de junho de 2009.

desenvolvimento da assistência. As restantes, vinte e cinco residências, estão localizadas em distintos bairros da cidade.

Permanecem internados no Núcleo Clínico do “Candido” oito pacientes. Estes não são considerados como internação psiquiátrica, mas sim clínica. Trata-se de pessoas muito idosas, acamadas, usuárias de cateterismo vesical¹¹, sonda nasogástrica e soroterapia. Esses pacientes possuem total dependência de cuidados intensivos médicos e de enfermagem, impossibilitados por suas condições clínicas de viver em uma residência.

Em março de 2009 a equipe do “Candido” providenciou a mudança dos últimos pacientes idosos que ainda residiam no Núcleo Clínico e, que tinham as mínimas condições de ir para uma residência. Essa última moradia foi batizada de “Casa Grande”. Agora não existe mais nenhum morador no “Candido” na condição de doente mental.

O sentido de morar em uma residência, como um lar, foi simbolizado pelo comportamento de alguns idosos, pessoas que passaram toda sua vida internada no “Candido” e, que não tinham nenhuma perspectiva de vida fora do manicômio.

Os integrantes da equipe nos contaram um caso de uma Sra. que teve uma fratura de fêmur, foi operada e ficou com pinos na perna. Isso dificultava que ela se locomovesse. Então, a equipe de enfermagem levava as refeições para ela, no leito, diariamente. Quando ela foi morar na residência terapêutica, na hora do almoço, quando os auxiliares levaram a refeição para ela, na cama, ela recusou-se a aceitar e, pediu ajuda para sair do leito porque queria sentar-se à mesa junto com os demais.

Outro caso, de outra senhora idosa que, quando estava internada no “Candido”, resistia ao uso do vaso sanitário, no banheiro. Ela fazia suas necessidades fisiológicas fora do vaso e bagunçava o banheiro. Todos os profissionais e seus próprios colegas tentavam ensiná-la a usar o vaso, mas ela sempre foi resistente a isso. Quando ela foi morar na residência, para grande surpresa da equipe, ela não só passou a usar o vaso sanitário como vigia o movimento de entrada e saída no banheiro e, fiscaliza a limpeza e a ordem. Ela fica muito brava com os colegas que deixam o banheiro em desordem e o vaso sanitário sujo.

¹¹ Cateterismo vesical significa sonda na bexiga.

Os idosos que conseguem caminhar vão às compras e, um dos médicos da equipe contou-nos que, em um determinado dia resolveu acompanhá-los ao supermercado e, ficou emocionado ao perceber o resgate do sentimento de ter um lar, do vínculo com as pessoas que moram juntas, como família. Eles nutriam o senso de coletividade: contou-nos que eles pegavam algum produto na prateleira do supermercado, como por exemplo, um vidro de molho de pimenta e, diziam assim: “eu não como isto, mas o Joaquim gosta muito, então vou levar isto para ele”.

O comportamento dos pacientes na residência conduz a equipe a refletir sobre os significados petrificadores do desenvolvimento humano que o manicômio pode provocar na vida dos pacientes e, os laços sentimentais, afetivos e, de relações humanas que o manicômio impossibilitava para eles. E, agora, no dia-a-dia, na residência, eles estão tendo a oportunidade e a felicidade de resgatar esses significados sociais. “Como ficamos felizes pelas residências terapêuticas e, o quanto lamentamos por aqueles que se foram sem ter tido essa oportunidade” (Dra. Judith, enfermeira da equipe, 2008).

A equipe de enfermagem nos contou histórias muito emocionantes a respeito do sucesso da desospitalização e, em especial sobre a solidariedade da comunidade,

Ficamos surpresos e emocionados com o trabalho de uma soldado, uma policial. No início da formação das residências, alguns pacientes ainda não sabiam como se comportar fora do “Cândido” e, aconteceram algumas briguinhas de rua, entre pacientes e pessoas da comunidade e, aconteceu de alguém chamar a polícia para prender o morador da residência terapêutica. Essa policial andou de bar em bar, na padaria, por todos os comércios e casas conversando com as pessoas e orientando para que, se percebessem um comportamento hostil dos pacientes, ou que se mostrasse contrário às normas na comunidade, que, por favor, não chamassem a polícia, tivessem paciência com eles porque ele estava trancado mais ou menos de trinta a cinquenta anos no manicômio e precisava da oportunidade de aprender a viver na sociedade. Ela dava o telefone do “Cândido” para as pessoas e dizia para não chamarem a polícia, mas chamarem o “Cândido”. A partir daí nunca mais a população chamou a polícia para prender nenhum paciente nosso.

(Dra. Judith, enfermeira da equipe, 2008)

e) NOT – Núcleo das Oficinas de Trabalho

O “Candido” introduziu o princípio das oficinas de trabalho em 1970, com a ajuda voluntária da Terapeuta Ocupacional Dona Cornélia, conforme consta a história no Capítulo III.

O NOT – Núcleo de Oficinas de Trabalho - foi criado em 1990 como uma estratégia de trabalho e iniciação no mercado formal. É um inovador modelo de economia solidária que funciona por meio da cooperação de um grupo de pessoas.

Ele brinda a rede de cuidados em saúde mental pelo resgate da auto-estima e cidadania. O indivíduo que tiver alta e continuar ligado a uma Unidade de Referência, pode se inscrever e ser chamado para participar do NOT.

São mantidas em funcionamento e, inseridas no mercado formal do município, doze oficinas de trabalho com 280 oficineiros¹² que produzem produtos que são comercializados.

Existem as oficinas de: nutrição, papel, velas, móveis, ladrilhos, vitrais, objetos de artes, mosaicos, produtos agrícolas como hortaliças e ervas medicinal e outras.

Quando entrevistamos o funcionário mais antigo do “Candido”, que atravessou o período pré e pós Reforma, perguntamos: _ qual é um símbolo, que você considera como marca da vitória do movimento antimanicomial? E ele respondeu:

É ver o indivíduo sair da oficina de trabalho, no final da tarde, assobiando ou cantarolando uma canção, é assim que eles terminam o dia, sempre cantando. Vão tomar um banho, vestir a roupa que estava na sacola, pentear os cabelos, se perfumar, sair dando risada, dando tchau e até amanhã para todo mundo e descer pela pracinha, indo embora alegre para sua casa. Isso é demais para mim. Fico emocionado de ver a alegria desse paciente, que agora vai embora levando o dinheirinho para por comida na mesa da sua família. Ele, que era marginalizado, um peso para todos, que era um inútil, hoje é uma pessoa renovada, feliz, que se ama, que se aceita e que está sustentando sua família. É essa a marca de

¹² Dado obtido no NOT – Núcleo de Oficina de Trabalho em 22 de junho de 2009.

alegria que eu tenho em minha mente.

(Sr. Pedro, funcionário administrativo da equipe, 2009).

O Centro Comercial do NOT fica no centro da cidade e chama-se Armazém das Oficinas. Está localizado à Rua Cel. Cirino, 172. Lá funciona um agradável café que serve sucos, doces e salgados e é freqüentado pela população do centro de Campinas.

O Armazém das Oficinas mantém exposição permanente dos produtos fabricados pelos oficineiros e desenvolve a comercialização.

A problemática do desemprego das pessoas que apresentam deficiências, das que são consideradas diferentes, ainda não foi discutida amplamente no país. Hoje o governo incentiva e obriga a contratação pelas empresas, de pessoas com deficiências físicas. Isso é muito bom, mas o diferencial do deficiente mental é, por exemplo: no caso de uma pessoa com deficiência física, que perdeu parte das pernas em um acidente, mas, contudo ela pode sentar no computador e digitar. E, a empresa confia que essa pessoa irá cumprir horário e poderá contar com ela diariamente. Mas, dar uma oportunidade para um indivíduo que tem uma marca de deficiente mental, de fato, a empresa num primeiro instante fica em dúvida se, poderá ou não contar com a pontualidade daquele indivíduo? Será que daqui a dois ou três meses ele pode ter uma crise e ficar ausente vários dias, e daí? A empresa tem receio da falta do funcionário no local de trabalho.

Então, de certa forma, para o usuário da rede de saúde mental fica muito difícil encontrar uma oportunidade de emprego na indústria e no comércio formal da cidade. Por tudo isso é que a rede de saúde mental tem essa responsabilidade, de tocar nesse assunto e de levá-lo para consulta a outras instâncias e outros setores, ou fóruns de discussão para a sociedade.

(Dra. Dirce, assistente social da equipe, 2009)



Figura 4: Vista da área das Oficinas de Trabalho, Localizadas aos fundos do prédio central do “Candido”. Área dos fundos do “Candido”. A área verde, atrás dos prédios é a Oficina Agrícola. Todos os trabalhadores são pacientes. Eles passam o dia nesse local e no fim da tarde voltam para suas casas.

O “Candido” vem desempenhando um trabalho significativo para os pacientes, por meio das ações do NOT – Núcleo das oficinas de trabalho – ele está criando oportunidades do indivíduo portador de psicopatologia abrir seu próprio mercado de trabalho.

A questão da oficina de trabalho está além da terapia ocupacional. Ela tem a intenção maior de conquistar para o paciente a dignidade que o ganho do dinheiro trás para o ser humano e, a possibilidade dele resgatar a auto-estima e, a confiança do paciente em si próprio.

(Dra. Matilde, Terapeuta Ocupacional da equipe, 2008).

A preocupação do NOT, uma vez que o mercado formal não dá a oportunidade de emprego ao doente mental, é de buscar e ofertar alternativas de geração de renda para o usuário da rede de saúde mental do SUS, em iniciativas individuais e, de grupos de microempresas. E o

NOT se inspira na economia solidária para viabilizar essa perspectiva.

(Dra. Olga, nutricionista da equipe, 2008)

O modelo de economia que o NOT reproduz tem seu alicerce na solidariedade que o trabalho pode manifestar e na preparação gerencial dos pacientes para que eles próprios sejam, não só os donos dos seus negócios, mas também o gerente.

O modelo do NOT surge como um grande desafio na economia atual: é como uma criança aprendendo a andar ao lado de um gigante, como é o capitalismo. É a cooperação procurando se estabelecer no mundo da concorrência, que é a economia do País. No pensamento do NOT, o homem é o foco, não a produção. É a inclusão conquistando seu espaço no território da exclusão.

O NOT criou uma sistematização própria, com objetivo de desenvolver as capacidades latentes nos pacientes, homens e mulheres, para que manifestassem suas habilidades manuais e intelectuais. Eles estão evoluindo também no desenvolvimento de suas capacidades contábeis para a autonomia do gerenciamento do seu próprio negócio, com bases na cooperação.

As iniciativas de economia solidária estão surgindo no Brasil como formas de cooperativas, em comunidades que, ou não têm oportunidades no mercado formal ou, que desejam produzir um modelo econômico democrático. É uma tentativa de se criar uma propriedade coletiva para os meios de produção (Singer, 2005). Todavia, o país ainda não fortaleceu a economia solidária como política pública.

No mundo atual existe uma grande e assustadora distância que separa o mundo da pobreza e o mundo da riqueza e, O NOT desenvolve esforços para diminuir essa distância. Pode ser necessário um longo trabalho de educação e transformações nas políticas públicas e da economia do nosso País.

Nós vemos o NOT como um setor extremamente corajoso, pois enfrenta o poderoso capitalismo com as armas simples da generosidade e solidariedade. Além disso, o NOT enfrenta outras barreiras no dia a dia: identificamos, consultando com os profissionais integrantes da equipe do NOT, alguns pontos que se apresentam como obstáculos a serem superados em Campinas: primeiro não tem recursos humanos suficientes e, nem

financiamento para recursos humanos especializados em coordenar uma Oficina de Trabalho.

Conversando com os membros da equipe interdisciplinar do “Cândido” eles nos falaram do orgulho que o paciente demonstra por estar ocupando a posição de um trabalhador, no “Cândido”. Eles ouvem os pacientes falando para outras pessoas: “... eles não dizem: ‘eu me trato no Candido’, eles dizem: ‘eu trabalho em Souza¹³’ (Dr. Antonio, economista da equipe).

f) O Candido Escola: a residência médica em psiquiatria

O “Candido” também assume a posição de vanguarda como Escola. Entre outras atividades educacionais, como alfabetização de adultos, o “Cândido” é escola de especialização médica em psiquiatria. Desde 1967, a instituição já recebia alunos do curso de medicina, para estágio em psiquiatria, pela Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo, a qual estava instalada na Santa Casa de Misericórdia de Campinas. As aulas eram ministradas pelo médico psiquiatra do Sanatório, Professor Dr. Roberto Pinto de Moura¹⁴.

Em 2005 o “Candido” obteve aprovação pelo MEC do projeto de especialização em psiquiatria e, junto à Comissão Nacional e Estadual de residência médica está formando sua quinta turma de médicos psiquiatras. Ele evoluiu de campo de estágio para escola de residência médica. É uma formação de 3 anos: R1, R2 e R3.

Até o ano passado O “Candido” fazia a sua própria prova de seleção de candidatos à residência. Inscreviam-se médicos de todo Brasil para o exame de seleção. A média de concorrência é de 10 candidatos por vaga.

Em 2009 o Candido Escola elaborou a prova em conjunto com o SUS de São Paulo, a Secretaria de Estado de São Paulo e, com os hospitais psiquiátricos: Juqueri e Santa Marcelina, totalizando dezesseis vagas.

O Candido oferece quatro vagas para residência: quatro vagas para R1, quatro para R2 e quatro para R3. Ao todo são doze residentes. Na formação deles, desde R1, eles

¹³ Souza é o distrito de Campinas onde o “Cândido” está localizado

¹⁴ Ver capítulo III.

passam pelo NAC – Núcleo de Atenção à crise, onde têm contato com o paciente que está internado, o paciente grave. Passam também pelo CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes de álcool e Drogas.

A residência é um desafio para o Candido Escola, pelo fato dos médicos alunos virem daquele modelo médico centrado e, quando começam a estudar no “Candido” percebem que a formação é interdisciplinar e, formação em rede. Essa distorção da formação acadêmica requer maior empenho da equipe de tutores, pois eles têm que construir juntos com o novo médico o modelo mental da psiquiatria pública que o SUS está propondo, na atual política nacional de saúde.

Os residentes têm diferentes contatos com os CAPS: CAPS x Centro de Saúde; CAPS x NADEQ; CAPS x internação no NAC ou Hospital Geral; CAPS x Mario Gati, na Neurologia; CAPS x PUC, no Pronto Socorro; consultoria, enfim, a formação deles é bem abrangente. Eles têm a oportunidade de se especializarem no modelo de assistência psiquiátrica que é guiado pelos ideais da Reforma para a Atenção Básica:

Podemos dizer que é um novo modelo de escola de psiquiatria para o Brasil. A visão do curso é totalmente interdisciplinar. Na prova de residência percebe-se que os médicos acabam vindos para o Candido justamente por isso.

Em comparação com outros Programas do Estado de São Paulo: o Programa de Residência do Juqueri, por exemplo, ele vem de uma linha de formação para psiquiatra dentro do modelo de um hospital de grande porte, naquele modelo centrado no médico. Já o “Candido” forma com a visão na equipe e, na rede.

No Juqueri, a residência oferece oito vagas para R1, daí o médico e o psicólogo com formação pelo Juqueri, ter aquela formação mais hospitalocêntrica, enfim, eles não têm esta inserção na rede como o Candido tem. A residência no “Candido”, nós podemos dizer que ela está atrelada ao SUS, formando psiquiatras que poderão apoiar melhor a nova política nacional de saúde mental.

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

O residente, no R2, ele passa pelo Centro de Saúde, realiza o matriciamento e, já começa a vislumbrar a possibilidade do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹⁵. A interconsultoria tem um projeto ambulatorial e, outro de interconsultoria hospitalar. O residente tem a possibilidade de vislumbrar a implantação do NASF no município.

Os residentes passam pelo Centro de Saúde Orozimbo Maia, lá o matriciamento consegue ter a função de apoiar as Unidades que não têm profissionais de saúde mental.

A formação de residente nesse molde de psiquiatria passa pelo Centro de Saúde, passa pelo CAPS, mas ele não perde para a formação tradicional com psiquiatra com as aulas de psicofarmacologia e psicopatologia. Passa pelos núcleos: núcleo de atenção à crise, núcleo de atenção à dependência química, aí no R2 60% da carga horária é em CAPS e, no final do R2 e no R3 todo já tem especificidade: questões geriátricas, questões da dependência entre os adolescentes e psiquiatria Florence. Vai afinando um pouquinho mais e, o CAPS também continua

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

Os médicos integrantes da equipe de tutores da residência em psiquiatria nos falaram a respeito das diferenças entre o modelo conduzido pelo “Cândido” e o tradicional:

Na psiquiátrica tradicional, o psiquiatra é o centro da equipe e, o que importa, muitas vezes, não é o usuário, mas o diagnóstico, o CID dele. Então, o médico tradicional, ele não vai tratar o paciente, ele vai tratar o CID.

Na nossa compreensão o tratamento vai, além disso. Pode ter dez usuários que têm o mesmo CID, mas só que a maneira como a equipe vai lidar com cada um deles é totalmente diferente um do outro. Os recursos e, a capacidade de lidar com a doença mental variam de usuário para usuário, e, no PTI - projeto terapêutico individualizado, singularizado, vai tentar descobrir junto com o usuário, quais recursos que ele próprio tem para lidar com aquilo.

¹⁵ O NASF é a recente proposta da Coordenação Nacional de Saúde Mental para oferecer apoio às Unidades que não têm profissionais de saúde mental.

O maior desafio é a tentativa de formar psiquiatras comprometidos com a nova psiquiatria: a pública. Despertar nos residentes os sentidos que possam capacitá-los para perceber as necessidades das massas populacionais. Que eles consigam desenvolver “olhos” capazes de ver o abstrato e, o subjetivo do sofrer mental da comunidade

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Os tutores da residência psiquiátrica consideram ainda, como parte do desafio, formar psiquiatras dispostos a compartilhar seus saberes e seus poderes com os demais saberes e poderes que estão sendo agregados, por outros profissionais, não médicos, na complexidade da rede pública de saúde.

Ao entrevistarmos uma residente de R1, ela nos declarou:

Eu venho de outro Estado, do sul e, escolhi fazer a residência em psiquiatria aqui no “Cândido” pelo diferencial de saúde mental nesta fase da reforma. Aqui o médico não decide sozinho, existe o psicólogo, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional; juntos procuramos ver o que é melhor para aquele paciente que se encontra em sofrimento. Temos a oportunidade de tratar um indivíduo em crise aguda fazendo uma internação com uma nova roupagem, a qual descaracteriza o manicômio. Aqui é o único local do Brasil que oferece residência médica nesse nível de aplicação

(Dra. Rebeca, médica aluna residente de R1, 2008).

2º) a internação, na perspectiva antimanicomial

O “Cândido” realiza internação de dois tipos de pacientes: psicóticos e, dependentes químicos.

Segundo os profissionais componentes da equipe interdisciplinar, o que caracteriza a internação como antimanicomial é o PTI – projeto terapêutico individual.

O “Candido” nos ensina a fazer a reforma não só no CAPS, mas dentro de uma área hospitalar de alta complexidade, como é aqui no NAC, o

Núcleo de Atenção à Crise. Estamos aprendendo a fazer a reforma em todas as suas possibilidades: no CAPS, na comunidade e, também dentro de nós mesmos, desconstruindo o manicômio que estava estruturado no inconsciente da nossa formação. Cada paciente é um indivíduo a parte e, vamos tratá-lo em sua individualidade. Ele terá um projeto terapêutico só para ele. Não é o fato de ele vir para o “Cândido” que vamos dizer que ele está vindo para um manicômio, de forma alguma. A família do paciente é muito mais manicomial do que a internação. O vizinho é manicomial, o Pronto Socorro é manicomial, a sociedade é manicomial... O manicômio não está aqui dentro, está lá fora.

(Dra. Rebeca, médica aluna residente de R1, 2008).

A equipe reúne-se uma vez por semana, regularmente, a fim de conversar e discutir cada caso que é internado: o diagnóstico; as possibilidades de tratamento: quais medicamentos, qual psicoterapia de grupo, qual oficina de trabalho, o tempo de internação, a alta e, a continuidade do PTI na Unidade de referência do paciente. Inclui ainda a participação do próprio paciente e da família. O PTI é ajustado o mais próximo possível das necessidades de cada indivíduo, bem como das possibilidades de auto-ajuda que cada um é capaz de desenvolver. É a personalização de cada tratamento

... quem é esse sujeito? Qual mensagem que ele está dando para a equipe? Quais as possibilidades terapêuticas? Quais recursos nós temos para realmente desvendar as necessidades desse sujeito? Vamos conversar o que cada um percebeu no caso.

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

A equipe interdisciplinar no fim do ano 2008 superou as divergências a respeito da internação do paciente em crise psicótica. Pequenos grupos do “Cândido” e, grupos externos, como da rede SUS, não tinham consenso a respeito da possibilidade de internar ou não internar o paciente psicótico no “Cândido”. Alguns profissionais achavam que todos os pacientes em crise deveriam ser internados em hospitais gerais, outros achavam que deveriam ser internados no CAPS 3, outros achavam que o “Cândido” poderia colaborar com a rede e, fazer esse papel de Unidade de internação para atendimento à crise. Contudo,

foi-se construindo o consenso de que, embora a política da reforma prediga para não manter leito psiquiátrico, a demanda do município existe e, os hospitais gerais e os CAPS 3 não têm leitos suficientes para internação e, portanto, chegou-se ao consenso de que o “Cândido” continuará internando pacientes em crise. Atualmente os membros componentes da equipe interdisciplinar consideram que não se constituem em um manicômio por executarem práticas inovadoras, antimanicomiais do manejo do doente mental.



Figura 5: A decisão pela vaga é da Central de Vagas Os pacientes que chegam para internação no “Cândido”, são todos de um nível forte de gravidade, tanto nas psicoses quanto na dependência química. Os pacientes chegam sempre de ambulância, trazidos pelo SAMU.

a) internação do paciente psicótico

No município existem, além do “Cândido”, outras unidades de internação para pacientes em crise psicótica, como: no CAPS 3, localizado na área urbana de Campinas, nos hospitais gerais, universitários da UNICAMP e da PUC, os quais fazem parte da rede de cuidados em saúde mental e, atuam com o mesmo princípio antimanicomial. Os profissionais do “Cândido” apresentaram vários argumentos para defenderem a internação

que fazem no “Cândido” apontando elementos que descaracterizam uma internação manicomial e caracterizam uma nova forma de internação para se cuidar da crise:

Na internação manicomial, a que era feita antes da reforma psiquiátrica, os pacientes eram todos tratados igualmente, ou seja, o projeto terapêutico era igual para todos, independentemente da patologia. Não havia PTI – projeto terapêutico individual - Não havia participação do paciente e nem da família no tratamento. A grande maioria era abandonada no hospital e ficava esquecida da família e da sociedade. Usavam abusivamente terapia medicamentosa, contenção com camisa de força, eletro choque, quarto forte e aqueles que estavam bem iam para o trabalho na lavoura, sem remuneração salarial. A terapia era alienista. Não havia uma equipe interdisciplinar, o tratamento era centrado no médico e principalmente é que não havia uma rede de cuidados.

(Dra. Dayane, psicóloga da equipe, 2009).

No manicômio os pacientes tinham os cabelos cortados, usavam uniformes e, todos eram colocados num nível de igualdade e submissão, como coisas iguais, sem personalidade própria e, sem poder. Hoje, os pacientes que são internados não têm os cabelos cortados, não usam uniformes e, não são tratados com o mesmo projeto terapêutico. Os profissionais vêem a crise da doença mental como uma crise de doença qualquer em um indivíduo qualquer.

Os membros integrantes da equipe relataram que o grande diferencial no projeto terapêutico é que o paciente também tem poder sobre as escolhas do seu tratamento, uma vez que tudo é consultado com ele.

Os profissionais diferenciam as características entre a internação do passado e a do presente. Portanto, concordam que, no “Cândido”, assim como no CAPS 3 e, nos hospitais universitários, ou seja, na rede de saúde de Campinas, a internação do indivíduo em crise psicótica é realizada com tecnologia diferente da que se utilizava no passado. Eles consideram que o manicômio está estruturado na visão e, na atitude e, que não é o fato de internar que define o manicômio, mas o manejo do doente que está sendo internado. Para

não ser manicômio há que se respeitar a dignidade, a individualidade e os direitos de escolha do paciente.

A laborterapia que era a metodologia do tratamento moral implantada no Brasil pelo Dr. Franco da Rocha, foi substituída pelas oficinas de trabalho, de forma organizada, com pagamento de salários para os oficineiros. Hoje eles não são mais mão-de-obra gratuita para o governo.

O portão principal que dá acesso ao pátio do NAC – Núcleo de Atenção à crise – está sempre aberto. Quando o paciente sai da crise aguda, se ele desejar, poderá sair e ir embora. Mas, ninguém vai embora, os pacientes continuam lá até o final do tratamento. E depois eles voltam espontaneamente para visitar os profissionais.

A equipe tenta consultar também com o paciente: o medicamento que vai tomar, o tipo de grupo que vai participar, a oficina de trabalho que mais gosta, enfim, a equipe faz várias tentativas de negociações com o paciente e também com a família dele, para que assim cada um perceba que tomou parte daquela decisão e que é responsável por ela no processo terapêutico.

A internação que é feita no NAC – Núcleo de Atenção à crise - é dividida em NAC 1 e NAC 2, com um total de 40 leitos.

O NAC 1 trata da crise aguda grave. Lá o paciente fica fechado porque ainda não tem condições de se cuidar sozinho e, corre o risco de se machucar ou machucar alguém. Quando ele sai da crise aguda, ele sai do NAC 1 e, vai para o NAC2.

No NAC 2 o paciente fica com toda liberdade para andar pelas dependências do “Candido”, visitar as oficinas, ir até a Cantina comprar lanche, voltar para seu quarto para dormir e, participar livremente do grupo terapêutico. O paciente assume sua participação no grupo.

Existem os dias de reuniões dos grupos de família. Esse é o momento que a equipe ouve os familiares e os reorienta a respeito do tratamento.

Antes de dar alta, a equipe do NAC entra em contato com a equipe de referência do paciente, da Unidade de Saúde do bairro que ele mora. O PTI pós alta é discutido com essa equipe para que o paciente de continuidade ao tratamento na sua área de

abrangência. No entanto, no momento não se tem um retorno dos pacientes, se foram acompanhados ou não porque falta recursos humanos da área de saúde mental na rede básica do município.

Algumas Unidades só têm o médico e o enfermeiro e, essa dupla tem que dar conta do pré-natal das gestantes, do puerpério, da puericultura, dos grupos de hipertensos e diabéticos, dos grupos de tuberculose e hanseníase, dos idosos, das campanhas de vacinação (as quais são duas campanhas de vacina contra poliomielite, uma da vacina da gripe e várias outras, como a vacina contra sarampo e rubéola), enfim, existe uma sobrecarga em cima da dupla: médico e enfermeiro, na Unidade. Como eles podem dar conta do grupo da saúde mental? Eles não têm “pernas”

(Dr. Arnaldo, Enfermeiro da equipe, 2008).

b) A questão da internação do paciente usuário de drogas

No município de Campinas, os dependentes químicos podem ser tratados no CAPS –AD - Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes de Álcool e Drogas - e, no NADEQ – Núcleo de Atenção a Dependentes Químicos, instalado nas dependências do “Cândido”, em Souza.

As instalações do NADEQ são as mesmas onde antigamente funcionava a enfermaria feminina do antigo Sanatório. O critério de internação é indivíduos adultos que desejam se libertar do uso abusivo da droga.

O NADEQ oferece ainda os leitos-noites que são leitos para receber os pacientes dos CAPS que precisam de um espaço protegido para não fazerem uso abusivo das drogas durante a noite.

Os integrantes da equipe do CAPS AD acham que não se deve internar e, os profissionais da equipe do NADEQ têm um consenso que sim, que se devem internar aqueles indivíduos que, voluntariamente, desejam receber um tratamento para se libertar do uso abusivo do álcool ou da substância química.

Os profissionais integrantes da equipe do CAPS AD não buscam a abstinência¹⁶, mas a redução de danos. Eles concordam que, se o indivíduo preferir ir à esquina beber ou usar drogas, ele é livre para ir, e, depois, quando ele voltar ao CAPS AD isso será consultado com ele e será feita uma renegociação para o seu tratamento, o seu projeto terapêutico individual. Os componentes da equipe do CAPS AD acham que é possível sensibilizar o paciente para os malefícios do álcool e drogas e, poderá usar a substância de forma racional, reduzindo ao máximo os danos para o organismo e para a vida pessoal dele.

Já os profissionais que integram a equipe do NADEQ pensam que, a rede de saúde mental pode oferecer diferentes equipamentos para o manejo dos distintos tipos de dependentes de álcool e drogas. Eles concordam com a redução de danos, como sendo apenas uma das possibilidades de tratamento, mas não a única.

Os profissionais da equipe do “Candido”, do NADEQ, relataram que, se o CAPS AD consegue reduzir os danos, essa já é uma grande e importantíssima vitória sobre a doença dependência química, mas, além dessa possibilidade, eles foram unânimes em dizer que a rede SUS poderia oferecer também a alternativa da internação, para aquelas pessoas que desejam um tratamento para se libertar definitivamente da dependência química.

Contudo, existe uma situação rotineira dos pacientes do CAPS AD solicitar leito-noite. O leito noite é um sistema de “proteção noturna”, ou seja, esses leitos são oferecidos para os dependentes químicos que se autodenominam de risco elevado de consumo. Esses dependentes solicitam aos profissionais do CAPS AD um local para passar a noite a fim de não serem seduzidos pelo desejo extremo de consumir a substância química. A solicitação do leito noite é feita por um profissional da equipe do CAPS AD para a equipe do NADEQ, em situações extremas, quando o indivíduo chega para o profissional e fala: “olha, se eu voltar para minha casa eu sei que não vou resistir à fissura da droga e vou usar, então, por favor, dá para me arrumar um leito-noite no ‘Candido’? Nesse caso o CAPS AD encaminha o paciente para leito-noite no “Candido” (no NADEQ).

¹⁶ Abstinência no sentido de que o indivíduo não use, nem um pouco, a substância química, da qual está dependente.

O NADEQ oferece dez leitos-noite, ou seja, tem capacidade para abrigar durante a noite, finais de semana e feriados, dez dependentes químicos que peçam essa proteção. O paciente fica durante o dia no CAPS AD, faz atividades como consulta médica e psicológica, terapia de grupo, atividade ocupacional como pintura, mosaico, silkscreen e outras. E, ao final da tarde, às 17h, ele vai para o NADEQ (no “Cândido”, no Distrito de Souza). Há um transporte do “Cândido” que leva e trás esse paciente.



Figura 6: Vista do NADEQ - Núcleo de Atenção à Dependência Química. Antigamente esse prédio era a enfermaria feminina. Hoje é sede do NADEQ – Núcleo de Atenção à Dependência Química. Esse núcleo foi criado para ajudar as pessoas que voluntariamente desejam se desintoxicar e parar com o uso de qualquer substância que cause dependência.

Quando estão em leito noite, os pacientes recebem do NADEQ, se necessário, cuidados de enfermagem à noite. Caso haja alguma intercorrência, se algum usuário do leito noite passar mal, a equipe de enfermagem solicita atendimento ao médico que está de plantão no NAC – Núcleo de Atendimento à Crise - que se localiza à frente do NADEQ. A ocupação dos dez leitos-noite é de 100%.

Os profissionais integrantes da equipe do NADEQ admitem que a questão da necessidade de internação para o dependente de álcool e drogas envolve distintos fatores

que requer um estudo em separado. Os profissionais nos falaram que, o que vem acontecendo é que se está construindo algumas situações que são: paciente de leito-noite acaba ficando dez a quinze dias ininterruptos, dormindo no NADEQ.

Os profissionais componentes da equipe do NADEQ acham que deixar o dependente químico, que está em tratamento no CAPS AD, livre para ir e vir à sua comunidade de uso da droga, dependendo do grau de complexidade da doença dependência química que esse paciente tenha, corre-se o risco de demonstrar para ele que sua doença não é tão grave, que ele pode dar conta sozinho, durante a noite ou nos fins de semana. E, essa situação pode frustrar a intenção de tratamento, uma vez que o dependente químico sente-se impotente diante da sedução da substância química.

Existem ainda as pessoas em situação de moradores de rua, dependentes de álcool e drogas.

A Prefeitura mantém um programa denominado Bolsa Moradia, no qual o morador de rua participa de uma oficina de trabalho, por seis meses, recebendo uma bolsa no valor de duzentos reais para que possa pagar uma pensão. A condição é ele estar envolvido em um tratamento de saúde mental e, participar de uma oficina de trabalho. O setor que cuida dessa questão é o Serviço de Atendimento ao Mendicante Itinerante. Os profissionais que atuam no NADEQ relataram que, pela experiência deles nestes últimos anos, a questão da dependência do álcool e química ganhou proporções que estão distantes do alcance de decisão da equipe e, apresenta-se como sendo uma questão preocupante para a saúde pública:

O PINASEP – Programa Nacional de Base Domiciliar – informou em 2008 que 12,3% da população brasileira são de dependentes de álcool, e 3 a 5% são dependentes de drogas ilícitas. A soma dos dois daria 16 % de dependentes de álcool e substâncias químicas. 60% desse total necessitariam de uma internação em unidade própria para a dependência. Apenas 40% não necessitariam de internação e, poderiam ser tratados nos serviços que a rede SUS oferece. Os profissionais interpretam que, essa maioria de dependentes demanda um cuidado de alta complexidade. Observando o município de Campinas, com 1 milhão

e 53 mil pessoas, estamos diante de um grande contingente de doentes de dependência química precisando de ajuda.

(Dr. João, psicólogo da equipe do “Candido”).

Contudo, a internação no NADEQ foi pensada para ser internação voluntária, ou seja, a pedido do paciente. O NADEQ foi criado apenas para as pessoas adultas que, por vontade própria, chegavam à conclusão dos malefícios da dependência química e, queriam ajuda para definitivamente parar com o uso.

No Entanto, o propósito do NADQ foi ultrapassado por situações que fogem do poder dos profissionais da equipe do “Cândido”: a equipe recebe indivíduos que chegam para internação de formas não “voluntárias”, como por exemplo: pacientes que chegam sedados, trazidos pelo SAMU. Esses pacientes deram entrada no Pronto Socorro, com quadro grave de uso abusivo de droga, correndo risco de vida. Como Campinas não tem nenhuma unidade de internação própria para usuário de drogas, então a Central de Vagas solicita uma vaga no NADEQ.

Nesse caso, do indivíduo chegar trazido pelo SAMU, em estado geral desequilibrado, sedado, além de provocar um estresse violento na equipe, pode gerar para o paciente uma situação assustadora no momento em que ele voltar ao estado normal de consciência e, se ver internado em uma Unidade de Saúde que ele nem sabia que existia: “onde eu estou? O que eu estou fazendo aqui?”

(Dra. Judith, enfermeira da equipe, 2008).

No caso desse indivíduo, o processo de consulta para elaboração do PTI – projeto terapêutico individual – fica comprometido porque a equipe está diante de um sujeito que não sabia se ele iria estar ali ou não, se é ou não desejo dele libertar-se da dependência do uso da substância¹⁷. Ele foi para o NADEQ porque o levaram. E agora? Pode acontecer de se criar um PTI que não venha a ter um comprometimento verdadeiro por parte do paciente. O momento da alta desse sujeito e, a transferência do PTI para a

¹⁷ Qualquer substância química que provoca dependência.

unidade de saúde do bairro onde ele mora, também fica comprometida, pelas mesmas razões.

A internação desses indivíduos demanda o dobro de cuidados, principalmente durante a noite, para a equipe de enfermagem, que permanece sozinha com os pacientes no NADEQ. Como o NADEQ não foi idealizado para atender paciente grave, não tem médico plantonista durante a noite. Esses pacientes precisam dos cuidados dos médicos que estão de plantão no NAC – Núcleo de Atenção à Crise. A equipe de enfermagem precisa solicitar ajuda do plantonista do NAC, durante a madrugada.

Esses pacientes graves que o SAMU trás, todos eles necessitam de monitoramento, com cuidados intensivos, durante vinte e quatro horas. Alguns chegam descompensados, com taquicardia¹⁸ e dispnéia¹⁹. A equipe do NADEQ acha que esses pacientes precisam de outro modelo de Unidade de Cuidado, de alta complexidade, o que não é encontrado no NADEQ. Contudo, existe o consenso entre todos os profissionais do “Candido” que não podem internar o dependente de drogas no NAC – Núcleo de Atenção à Crise – ainda que o NAC tenha o suporte para a complexidade de cuidado que o paciente está demandando. É preciso separar a internação do usuário de drogas da internação do psicótico porque eles têm prognósticos diferentes.

Para o dependente de álcool e drogas, quando ele não está sob o efeito da substância, pode ser traumática a convivência no mesmo espaço do psicótico em crise. E, é outro jeito de se lidar, de fazer o cuidado, é outro olhar.

Às vezes ele usa a substância e no outro dia não usa às vezes ele tem uma família, mas por algum motivo, naquele momento ele fez uso de droga e recaiu, enfim, é uma forma bem diferente de tratar

(Dra. Maria Clara, Terapeuta Ocupacional da equipe, 2009).

Quando perguntamos aos profissionais: então, por que esses pacientes não são levados para um hospital geral? Os profissionais responderam que não sabe exatamente qual é o motivo: pode ser por falta de vaga ou, pode ser por recusa do próprio hospital em

¹⁸ Taquicardia significa batimentos cardíacos acelerados.

¹⁹ Dispnéia significa falta de ar ou dificuldade respiratória

receber um paciente rotulado como “drogado”. Embora a dependência química seja reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como doença, existem profissionais da área que não a reconhecem dessa forma e se recusam a receber o sujeito drogado.

Existe também outra situação difícil para a equipe do NADEQ que é a admissão de pessoas sob mandado judicial. Dão entrada no NADEQ indivíduos encaminhados pela justiça. São usuários de drogas abordados pela polícia ou envolvidos com o crime. Diante desses casos os profissionais têm que dialogar e negociar com um indivíduo que eles também não têm certeza se queria ou não estar ali. Será que ele desejou um tratamento? Será que ele optou pelo tratamento para não ficar na cadeia? Ou será que ele desejou a internação para fugir dos traficantes?

A admissão de pessoas por mandado judicial cria um clima de insegurança, tanto para os profissionais da equipe, quanto para os demais pacientes que estão internados, aqueles para os quais o serviço foi criado: pessoas adultas que procuraram ajuda profissional para se libertar da dependência abusiva do uso da droga, por decisão própria.

Os profissionais da equipe do NADEQ nos contaram que eles tentam fazer o papel deles, que é conduzir o paciente no tratamento da desintoxicação e reflexão sobre parar com o uso daquela substância. Contudo, os profissionais sabem e aceitam que é o próprio paciente que vai escolher o que deseja para sua vida, se é usar a substância de forma racional, reduzindo danos, se é continuar com uso abusivo ou, até reconhecer que pode participar do grupo do AAA – Associação dos Alcoólatras Anônimos. Existem pacientes que saíram do NADEQ e foram para o AAA e estão muito bem.

Perguntamos aos profissionais: se não existisse o NADEQ para internar os dependentes químicos, para onde eles seriam levados, caso chegassem a um padrão de uso abusivo, que demandasse uma internação, ou então de ele próprio desejar o tratamento?

Não sabemos, talvez tivéssemos que voltar aos moldes anteriores, de se ter uma grande unidade, referencia para atendimento de alta complexidade de pacientes de saúde mental, onde estariam juntos pacientes dependentes químicos e pacientes psicóticos?

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

Os profissionais da equipe interdisciplinar são unânimes em dizer que não sabem o que decidir:

Falta muita informação para a comunidade e, para os próprios trabalhadores da área da saúde, a respeito da dependência de drogas. Falta definição política. Está difícil decidirmos, está difícil dar assistência para essas pessoas que nos procuram e, querem parar com o uso abusivo da substância. Mas, até o momento não tivemos uma definição sobre a internação desse tipo de paciente, nem no município, nem no País.

(Dra. Tereza, enfermeira da equipe, 2008).

Os profissionais nos disseram que a dependência do álcool para o adulto é outra grande preocupação na esfera social, especialmente com o trabalhador. Algumas vezes existe o consumo de drogas junto com álcool, mas o trabalhador não tem como ir ao CAPS AD porque ele está trabalhando no horário de funcionamento do CAPS. Esse indivíduo nem conhece a rede de saúde mental e, não tem recursos próprios para sair da dependência:

É comum se pensar que o indivíduo que desenvolve a doença do alcoolismo é um indivíduo com problemas psíquicos e emocionais não resolvidos. Ou será que ele se deixou levar pela doença da dependência? Que recursos alternativos a comunidade tem para as pessoas conviverem melhor com seus problemas, conseguirem desenvolver um melhor padrão de enfrentamento dos diferentes conflitos da vida moderna, para não fazerem uso de álcool e drogas, como fuga?

Existe uma associação muito grande com os quadros de humor e o uso de substâncias. A gente tenta correr atrás do início do problema: paciente começa a beber porque ele está deprimido ou ele está deprimido porque começa a beber?

Por que um sujeito dependente de álcool não procura orientação na saúde mental? Pode ser porque ele compartilha do mito de que a psiquiatra só cuida de louco. Todas as pessoas que têm algum tipo de sofrimento psíquico, ou, com uso abusivo de substância química, poderiam estar informadas do funcionamento da rede de saúde mental, que está se juntando com a própria rede SUS e, ter acesso a algum

modelo de tratamento para lidar com as questões da dependência.

(Dr. Carlos, médico da equipe, 2009).

Presenciamos no Cândido a procura das famílias por ajuda para internar alguém que é dependente de álcool ou drogas. A família aparece pedindo vaga e, algumas vezes, dependendo dos recursos financeiros ou de informação e influência que essa família tenha na comunidade, ela diz que se não houver vaga no “Cândido” vai procurar em uma comunidade terapêutica²⁰. Os familiares revelam que foram criadas várias comunidades terapêuticas no município.

Os profissionais desconhecem a legalidade e a tecnologia terapêutica que essas comunidades utilizam, mas provavelmente supõem que não trabalham com equipe interdisciplinar e, nem com projeto terapêutico individual. Talvez trabalhem com a metodologia da laborterapia. Existem no “Cândido” constantes questionamentos entre os profissionais diante da pressão da família para a internação do dependente químico e:

... o que fazemos então”?

Se a gente for pela questão da lei, da lógica, não é para internar, mas isso seria muito bom se pudesse dar uma atenção mais adequada, mais intensiva, de repente o paciente melhora? E, se não melhorar? É só o Hospital Geral que pode internar? É só desintoxicar e mandar para casa? Precisa desintoxicar e tratar em uma unidade específica de saúde mental? Vai para um CAPS AD? E se for um trabalhador?

A realidade de Campinas hoje é essa: na hora da crise, ou pelo uso abusivo da substância, ou pelo quadro grave que a abstinência²¹ provoca, ou pelo risco da recaída, a família não sabe para onde levar aquele sujeito. Como vamos ficar agora? Para onde vamos levá-lo? Com isso a família vai se desestruturando: é o medo do uso da substância, é o medo do traficante, é a falta do trabalho: vai trabalhar e tem crise de novo, sai no meio do expediente, não consegue se firmar no serviço, não aceita a medicação, não consegue freqüentar o CAPS, o empregador não agüenta

²⁰ Comunidade terapêutica é uma chácara ou um sítio que interna dependentes de álcool e drogas. Eles usam a laborterapia e são propriedades privadas ou religiosas.

²¹ Abstinência aqui no texto refere-se à interrupção do uso da droga. Pacientes que tentam se manter abstinéticos, em casa e, sentem-se muito mal e, precisam de cuidados intensivos.

e manda o funcionário embora; aí complica tudo porque agora o paciente é doente e desempregado.

O paciente dependente químico não tem autocritica do que está acontecendo. Ele precisa de muita ajuda. O que podemos fazer então?

Os doentes do alcoolismo e outras drogas, quando em crise, são levados para o Pronto Socorro. Lá eles recebem um tratamento pra os sintomas que apresentarem naquele momento e, assim que melhorarem são liberados. Fica uma “porta giratória”: paciente vai para o Pronto Socorro, volta para casa... Vai de novo para o Pronto Socorro e, aí como que fica?

(Dra. Lara, médica da equipe, 2009)

O ponto de importância não está na doença, nem no hospital, nem no “Cândido”, nem no CAPS, ou CAPS AD, mas sim no sujeito que demanda o cuidado: quem é essa pessoa? Como é a vida dela? Qual é a dimensão do sofrimento mental dela? Que intensidade de cuidados ela está requerendo? Quais são os recursos de continuidade da rede SUS que ela dispõe no bairro onde mora?

(Dr. João, psicólogo da equipe, 2008)

Hoje, a assistência em saúde mental não depende só do “Cândido”. Não é uma estrutura sozinha: não é o ambulatório, não é o Centro de Saúde, não é o CAPS, não é a internação que vai dar conta da doença mental, mas sim o conjunto de ofertas de cuidado, ou seja: a rede SUS.

(Dra. Dayane, psicóloga da equipe).

c) a internação de adolescente dependente de drogas

Os profissionais consideram que o País tem algumas situações preocupantes da área de saúde mental e, para as quais ainda não tem políticas definidas. Entre elas estão os suicídios e a questão da drogadição na infância e na adolescência. Uma situação que os profissionais da equipe interdisciplinar vivenciam e consideram de extrema preocupação é a drogadição entre os pré-jovens.

Os adolescentes adoecidos pela dependência do consumo abusivo de drogas são trazidos para o “Cândido” pelo Juizado de Menores, sob mandado judicial, que obriga à internação. São pré-jovens que sofrem da dependência do uso de drogas pesadas, como o crack. Eles estão em situação de risco de vida, tanto pela complexidade da doença dependência química, quanto pelo envolvimento com atividades criminosas, no interior da comunidade. Se ele não morrer pelo uso da substância ele poderá morrer talvez assassinado pelos indivíduos da comunidade da droga.

O Juizado de Menores busca um local protegido para cuidar da saúde desse menor doente e, no município, o único local que dispõe dessa capacidade de cuidado de para internação, no momento, é o “Candido”. No entanto, como já abordado anteriormente, o NADEQ não foi pensado para menores, e sim para adultos.

Os profissionais da equipe interdisciplinar do “Cândido” nos disseram que a intenção do juiz, quando lhes encaminha um adolescente, é realmente um pedido de ajuda para o cuidado desse pré-jovem, para que seja vista a sua doença dependência química.

Os profissionais percebem uma incoerência entre a ideologia política da reforma psiquiátrica e a realidade:

...como acreditar que a reforma psiquiátrica faria com que chegássemos a leito zero: nenhuma internação, quando o Juiz envia um mandado judicial para internar uma criança com risco de vida? Para se ter leito zero o país teria que construir um novo contexto social, diminuindo acentuadamente a pobreza.

(Dra. Lara, médica da equipe, 2008).

Nós encontramos um adolescente no NADEQ, ele havia sido internado no dia anterior, encaminhado pelo Juizado de Menores. Era um garoto de 16 anos. Ele estava muito mal, não conseguia articular as palavras. Apresentava falta de ar e estava abatido. A presença desse adolescente provocou uma grande correria na equipe do “Candido” porque o menino estava desidratado, descompensado, com risco de parada cardiorrespiratória.

Nós médicos, que cuidamos desse adolescente ficamos muito chocados e tristes. Esse menino, ontem, éramos cinco médicos avaliando esse

menino! Aqui não foi planejado para adolescente. Não atendemos adolescentes. Mas, Campinas não tem uma unidade de internação para eles. O meu sofrimento aqui, nesse caso, não é só como médica, mas enquanto ser humano, de ver um adolescente nesse ambiente que é adulto, ele não pode circular aqui dentro. Imagine, ele é um adolescente de rua, livre e solto, se vê aqui neste ambiente de adulto? Mas, se ele não chegasse até aqui ele estaria morto. Infelizmente, nós tememos que o tráfico possa matá-lo. Imagine esse menino porque, ele é doente e, ele tem consciência que é doente. Essa não é a primeira vez que o internamos aqui. Já somos velhos conhecidos. De vez em quando o Juiz o manda para nós. Mas, o caso é muito sério e, ele não está sendo acompanhado, por ninguém...

Mais grave do se é feito com o doente mental psicótico, é o que estamos fazendo com as nossas crianças e adolescentes. Demoramos muito para tomar providências. Pode ser hipocrisia, após a Reforma, fingir que não existem doentes mentais ou, que todos podem ser tratados de forma igual, num país tão desigual como o nosso...

Nós tivemos outro caso marcante aqui dentro, de uma adolescente, de 11 anos, um caso semelhante ao desse menino. Quando íamos conversar com ela, ela pedia para deitar no nosso colo: “tia, posso deitar no seu colo”?

(Dra. Lara, médica da equipe, 2008).

Os profissionais desenvolveram reflexões a respeito dos inúmeros problemas sociais que rodeiam os adolescentes dependentes do uso de drogas:

Esse adolescente, ele vem de uma família muito pobre e, de doentes mentais. A maioria dos adolescentes que vêm para cá são assim: ou os pais são doentes mentais ou tem comorbidade . Então essas crianças não têm a mínima chance de serem normais. São filhos de lares desestruturados, com muitos irmãos, mães que tiveram vários companheiros e, que vão ficando por ali...

(Dra. Jamile, enfermeira da equipe do “Cândido”, 2008).

A meu ver todos esses problemas têm origem na falta de um sistema educacional forte e eficiente. Nosso País é negligente com a educação,

daí deriva nossos inúmeros problemas sociais que agravam as doenças mentais e seduzem nossas crianças para o uso das substâncias...

(Dr. Arnaldo, enfermeiro da equipe, 2008)

Precisamos avançar, precisamos de mais investimentos para prevenir que as crianças e adolescentes adoeçam da dependência química. Costumamos falar que vamos escrever nossas experiências para contribuir para discussões e reflexões na sociedade, mas nosso dia a dia é tão duro que não conseguimos dar conta de escrever nossas próprias experiências...

(Dra. Maria Clara, terapeuta ocupacional da equipe, 2008).

Interessante que o adolescente costuma fugir de todo local de internação, mas daqui ele não foge... Quando eles chegam aqui vão logo contando que já fugiram desse e daquele local e que agora vão fugir daqui também. Mas, os dias passam e, eles não fogem. Concluimos que é porque aqui eles se sentem acolhidos.

(Dra. Lara, médica da equipe, 2008).

Campinas tem essa fragilidade na rede, de não ter um setor de internação para crianças e adolescentes dependentes químicos. O “Candido” acaba sendo contemplado com as determinações judiciais e, o NADEQ assume os casos mais graves. A falta de local preparado especificamente para o adolescente, principalmente os que apresentam crise por uso abusivo do consumo de substâncias, ou o que apresenta crise pela abstinência, reforça o nó que a dependência química representa para a Reforma psiquiátrica no Brasil. Temos a preocupação com o cumprimento do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. Preocupamos-nos muito com a presença do adolescente aqui, porque, dependendo do adulto²² que está internado, esse adolescente finda correndo um risco semelhante ao da própria rua

(Dra. Maria Clara, terapeuta ocupacional da equipe, 2009).

A equipe vivenciou situações que pareceram difíceis para os adolescentes, entre os pacientes adultos. “A população adulta não tolera

²² Esse adulto refere-se aos casos mencionados anteriormente, dos adultos encaminhados pela justiça, os quais estão envolvidos com o crime.

a presença do adolescente”

(Dra. Maria Clara, terapeuta ocupacional da equipe, 2009).

A equipe do NADEQ se vê em um trabalho intenso de vigilância para proteção do adolescente que está internado no mesmo espaço do adulto. Isso provoca neles desgaste físico e estresse emocional.

Os profissionais integrantes da equipe interdisciplinar do “Candido” acham que:

...é preciso um olhar específico para os indivíduos que fazem uso de substâncias e, principalmente um olhar mais atento para os adolescentes: o que nós, enquanto rede, podemos fazer por eles?

(Dra. Maria Clara, terapeuta ocupacional da equipe, 2009).

Os profissionais do “Cândido” nos informaram que já conversaram com o Juiz da Vara da Infância e, ele disse que entende perfeitamente que o NADEQ não é o local, mas que qualquer sugestão de encaminhamento que o “Candido” dê, ele prontamente acata. Mas, até o momento não tem opções para esses casos, de adolescentes gravemente adoecidos pelo uso da substância química.

São eventos inerentes do contexto do cuidado do dependente do uso de drogas e, embora isso fuja inicialmente do propósito, de uma forma ou de outra, a equipe acolhe e tenta cuidar...

(Dra. Maria Clara, terapeuta ocupacional da equipe, 2009).

Buscando respostas para a problemática da dependência química no site do Ministério da Saúde, encontramos um “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, PEAD 2009-2010 (Brasil, 2009)”. Os municípios ainda não conhecem esse Plano:

O Ministério da Saúde (MS) investirá R\$ 117,3 milhões na ampliação do acesso às ações de prevenção e tratamento do uso nocivo de álcool e outras drogas na rede de atenção e saúde mental do SUS (Sistema Único de Saúde) até o próximo ano. O ministro da Saúde, José Gomes

Temporão, lança nesta quinta-feira (4) o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2010). O plano busca alcançar, principalmente, crianças, adolescentes e jovens usuários de álcool e drogas, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas.

(Brasil, 2009)

Os profissionais integrantes da equipe do “Cândido”, até o momento, ainda não receberam informação a respeito do referido Plano Emergencial.

3º) as contradições, os problemas experimentados pelos profissionais no contexto do “Cândido” em relação à atual conjuntura da política nacional de saúde

Os profissionais integrantes da equipe interdisciplinar que foram entrevistados desenvolveram reflexões a respeito das situações ideais que a reforma psiquiátrica prevê, situações da realidade da área de saúde e, listaram alguns pontos que foram agrupados como sendo os contraditórios em relação à reforma psiquiátrica ou problemas a serem superados:

a) formação acadêmica positivista da medicina

Os membros componentes da equipe interdisciplinar relataram que quando recebem um novo médico para trabalhar no “Cândido”, percebem ser um grande desafio para esse novo integrante aceitar outro olhar na psiquiatria quando os médicos que está a mais tempo na equipe do “Cândido” recorrem à acupuntura, por exemplo, a fim de descobrir mais informações a respeito da vida do paciente para se construir o PTI – projeto terapêutico individual.

Na medicina ocidental, na prática, aquilo é aquilo e ponto. Na medicina chinesa foi constituído muito da questão da observação e, em cima disso foi teorizando e, além de tudo fala-se de canal de energia, o qual tem um caminho dentro do organismo, hoje existem vários estudos que falam

sobre isso. Na prática, até então, não tinha nenhum lugar que anatomicamente pudesse confirmar o caminho dessa energia; então a medicina oriental fala que com as pesquisas atuais já sabem que naqueles pontos da acupuntura o indivíduo tem uma diversidade de potência de energia, por isso que dá para qualificar melhor esse tipo de informação. Mas, há algum tempo atrás, quando essas pesquisas não existiam, era muito difícil a pessoa acreditar.

(Dr. Roberto, médico da equipe, 2009).

Outra questão que envolve o médico recém contratado é ele participar da metodologia interdisciplinar, de consultar com a equipe e, submeter-se a ela para tomar decisão. Na maioria das vezes ocorre conflito porque ele tende ao positivismo tradicional da escola clássica da medicina, como um saber especializado, centralizador de poder.

A maioria dos médicos chega com o pensamento que ele vai definir o tratamento e ser o chefe da equipe. Quando isso acontece os demais componentes do grupo de trabalho entram em choque porque a metodologia é interdisciplinar e, de consulta, para as decisões em grupo. Para resolver esse impasse os gerentes dos núcleos de trabalhos conversam com o novo médico sobre o conceito de equipe interdisciplinar que o “Cândido” está construindo e, que a medicina é apenas uma das disciplinas da saúde, assim como o são a psicologia, a enfermagem, a terapia ocupacional, a nutrição, a fisioterapia, a farmacologia e outras.

Pensando nessa problemática, o Programa de Residência em Psiquiatria está construindo um novo padrão de psiquiatra: um profissional preparado para a saúde mental pública. A dinâmica do trabalho ajuda o residente a construir o novo conceito da interdisciplinaridade, e a respeitar os saberes de outras disciplinas.

Os gerentes das unidades, tanto do “Candido” quanto dos CAPS, nem sempre são médicos, pois a maioria dos gerentes, no momento, pertence à outras especialidades. Por exemplo: o gerente do NAC – Núcleo de Atenção à Crise, é um enfermeiro; o Gerente do NADEQ – Núcleo de Atenção à Dependência Química – é um Terapeuta Ocupacional; o Gerente das Residências Terapêuticas é um enfermeiro; o Gerente do CAPS- AD – Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes de Álcool e Drogas é um psicólogo; o Gerente

do NOT – Núcleo de Oficinas de Trabalho é um Terapeuta Ocupacional e, os diretores da área fim, a saúde mental, são dois médicos.

No processo de seleção para contratação de médicos é realizada uma entrevista. O entrevistador explica para o candidato a metodologia de trabalho interdisciplinar e entre outras, faz duas perguntas decisivas para a contratação do médico:

1º) se ele está disposto a atuar num setor que será gerenciado por um profissional formado em outra disciplina da saúde, que não a médica? Alguns candidatos resistem e, não ficam no “Candido”;

2º) se ele, como médico, está disposto a consultar com uma equipe interdisciplinar e negociar as questões do tratamento: o PTI, o tempo de internação e a decisão pela alta e, que ele sozinho não deverá tomar essas decisões. Alguns médicos acham que a medicina é soberana e, portanto, não podem trabalhar dessa forma e desistem do “Cândido”.

Os profissionais acham que no momento da consulta na equipe muitas vezes ocorre conflito porque o médico coloca seu ponto de vista como sendo o definitivo para a equipe.

b) conflito pela diferença salarial e de carga horária: o médico é privilegiado

A carga horária do médico é menor do que a carga horária de outros profissionais da equipe interdisciplinar. Isso faz com que ele seja privilegiado e, ganhe um salário superior aos demais.

Esse fato pode estar gerando algum desconforto dentro da equipe, mas no momento essa não é uma prioridade para os profissionais não médicos. Contudo, pensam em levar esse assunto para consulta com os diretores, em ocasiões futuras.

Quando perguntamos se havia um projeto para se construir um plano de carreira e de salários eles responderam que sim e, inclusive já houve algumas tentativas nesse sentido, mas esse projeto, no momento, está parado por impossibilidades financeiras da instituição.

c) o enfermeiro recém formado apresenta dificuldades para participar no projeto terapêutico

Os profissionais que atuam no “Cândido” e no CAPS AD têm um consenso: apontaram o despreparo do profissional enfermeiro que chega para trabalhar. Quando perguntamos aos psicólogos e aos médicos qual era o profissional que apresentava maior dificuldade para o diálogo a respeito das psicopatologias e contextos de saúde mental, eles responderam que é o enfermeiro.

Alguns enfermeiros são recém-contratados e chegam com dificuldades de consultar para elaboração do PTI – projeto terapêutico individual.

A formação clássica do enfermeiro tende para o mecanicismo e à burocracia do serviço hospitalar e, alguns profissionais demoram certo tempo para incorporar a linguagem e as atitudes próprias da área de saúde mental pública.

Os enfermeiros que trabalham há vários anos no Cândido desenvolveram uma especialização importante, classificada pelos demais profissionais da equipe como sendo do mesmo nível da residência médica que o “Cândido” oferece. Eles são, portanto, considerados pela equipe interdisciplinar como enfermeiros especialistas em saúde mental pública.

d) alta rotatividade dos profissionais

Existe uma alta rotatividade dos profissionais, primeiro do médico, depois do enfermeiro. A equipe identifica essa rotatividade, mas não tem um estudo sobre as causas.

Atribuem como possibilidades de causas às divergências de formação acadêmica positivista com a nova prática da saúde mental pública. Os médicos que chegam de outros estados encontram dificuldades de adaptação no modelo descentralizado do saber médico, conforme já comentado no item a.

Outra possível causa, que afeta médicos e enfermeiros é a possibilidade de trabalhar em plantões no hospital e, de ter mais de um emprego fazendo com que a atuação na saúde mental fique em terceiro plano.

Contudo, os resultados dos trabalhos da equipe, na consulta, podem ser prejudicados pela alta rotatividade, principalmente do profissional médico.

e) atuação do terapeuta ocupacional

O terapeuta ocupacional é o mais novo profissional da equipe interdisciplinar da saúde mental. Ele está inserido não só nas oficinas de trabalho, mas na clínica das psicopatologias.

No NOT – Núcleo das Oficinas de Trabalho – desenvolvem atividades, mas de construção da economia solidária. A equipe reconhece que esse profissional está contribuindo significativamente para a conquista da dignidade, auto-estima e respeito dos demais para com o paciente, por meio da prática ocupacional e, de um ofício ou trabalho que lhe gere renda.

No entanto, assim como o enfermeiro, os profissionais da equipe sentem que o terapeuta ocupacional necessita de mais profundidade nas matérias da própria saúde mental: das psicopatologias e dos contextos produzidos pelas mesmas.

Existem muitos momentos em que o terapeuta ocupacional encontra-se sozinho na oficina, com os pacientes, principalmente nas oficinas que ficam no centro da cidade, no Armazém das Oficinas.

Os terapeutas ocupacionais declararam que muitas vezes, durante as atividades, algum oficineiro reclama que não está bem, informa que não tomou o remédio, ou diz que está sentindo os efeitos colaterais da medicação, ou ele começa a pedir informações a respeito da medicação que ele está tomando. Contudo, a intervenção do terapeuta ocupacional, ainda que seja em ações de orientação, ou do próprio manejo da situação, requer um nível de conhecimento mais profundo das psicopatologias que a formação do terapeuta ocupacional aborda.

O terapeuta ocupacional sente que a atuação dele na saúde mental já ultrapassou a interdisciplinaridade e percebe que ele adentrou a área da transdisciplinaridade, no momento em que tem que orientar o uso correto da medicação ou as reações adversas que poderão ser reconhecidas. Existem situações também, nas quais ele tem que identificar que

o oficinairo não está bem e precisa de uma intervenção médica para prevenção da crise aguda.

Muitas vezes o oficinairo falta da Oficina e, mais tarde ele liga para a terapeuta ocupacional e começa a contar o que está sentindo, que não foi trabalhar por isso ou por aquilo e, nesse momento o Terapeuta Ocupacional tem que intervir, tentando acalmar o paciente e providenciando uma resposta de ajuda para ele. Muitas vezes ele solicita ao SAMU, para ir buscar esse oficinairo em casa, ou contatar a Unidade de Referência desse paciente e solicitar uma intervenção. O oficinairo estabelece um forte vínculo com o Terapeuta Ocupacional.

Os profissionais integrantes da equipe interdisciplinar foram unânimes em reconhecer a importância do terapeuta ocupacional na equipe. Eles concluem que além do bom senso no manejo da doença mental que a Reforma vem manifestando, como: uso comedido de medicação, abolição dos métodos violentos como camisa de força e quarto-forte, o diferencial significativo em relação ao passado dos manicômios, é a possibilidade de geração de renda, ou a de ajudar o paciente a evoluir da condição de improdutivo para a condição de trabalhador. O terapeuta ocupacional é o profissional indicado nesse processo evolutivo.

f) drogas: o nó nesta fase da reforma

Na questão da dependência química, os profissionais do “Candido” foram unânimes em relatar que existe indefinição acerca do manejo do doente dependente químico: “como nós vamos abordar o paciente”?

Nós valorizamos o sujeito: quem é essa pessoa? Como podemos melhorar a qualidade de vida dela? Vamos cuidar dessa pessoa só no CAPS? Será que é melhor interná-la no NADEQ? Será que a internação no hospital geral é melhor? A medicação ajuda? Psicoterapia ajuda?

(Dra. Maria Clara, terapeuta ocupacional da equipe, 2009).

O número de usuários que aparece é uma mostra insignificante diante do universo de usuários não identificados. 13% da população faz uso abusivo de álcool. Isso ainda não é visto. O paciente dependente que

chega ao Centro de Saúde, ele é 1% desses 13% que existem; quer dizer que 99% não chega ao Centro de Saúde. Dificilmente é feito o diagnóstico da dependência de álcool

(Dra. Dayane, psicóloga da equipe, 2009).

As questões da dependência química ainda não têm um caminho de cuidado definido, não existe um consenso com a rede de saúde do município, se continuam internando o paciente dependente químico no NADEQ – Núcleo de Atenção à Dependência Química - ou não. Os profissionais nos falaram que se esforçam para recorrer ao bom senso, à valorização do outro, o que está acontecendo com o outro e como a equipe pode ajudá-lo.

Mas, havia um desconforto na equipe quando se falava no assunto da internação. Quando tocávamos nesse assunto ficava um silêncio, um medo de mencionar a palavra internar ou internação. Percebemos que após a desospitalização daqueles pacientes que moravam há anos no “Candido”, ficou um pouco difícil para nós visualizarmos o que seria a nova rede de cuidados. Não havia consenso entre os profissionais e, alguns se fechavam e preferiam não falar no assunto. Outros profissionais se apegavam à decisão de não internar. Levantavam duras críticas aos colegas que internavam, chegavam a rotulá-los de manicomiais. Na questão dos dependentes de drogas, quando eu decidia pela internação eu era duramente criticada, alguns colegas me chamaram de manicomial. Eu manicomial? Mas, eu saí às ruas pela abertura do manicômio, eu ajudei a formar as residências terapêuticas, como agora vocês me chamam de manicomial? Gente, nós estamos atendendo um paciente que está demandando uma internação! Trata-se de uma pessoa que está vindo ao Serviço pedir ajuda, pela própria decisão dela! Ela não está sendo presa à força, ela está vindo para um serviço moderno, com equipe interdisciplinar, que tem um projeto terapêutico individualizado! Ela está pedindo a nossa ajuda para sair da dependência abusiva das drogas, isso não é manicômio, é bom senso!

(Dra. Lara, médica da equipe, 2009).

Os profissionais integrantes da equipe interdisciplinar nutrem o desejo de discutir esse assunto com profundidade e, pensam que a melhor proposta é a realização de fóruns para consulta com a sociedade. Os componentes da equipe acham que o “Cândido” tem uma longa experiência acumulada na assistência à dependência química e tem potencial para orientar o desenvolvimento dessas reflexões na comunidade, seja para promoções de fóruns, seja nas promoções de entrevistas (na rádio, jornal e TV), ou palestras nas escolas, clubes sociais e, associações de bairros.

Em relação às Unidades da rede SUS, os profissionais lamentam o fato de que nem toda Unidade de referência do paciente consegue dar conta da demanda da área da saúde mental. Alguns pacientes que saíram do NADEQ voltaram para o NADEQ, de novo. O que é esperado e que após a alta do NADEQ a Unidade de Referência do paciente continue administrando o PTI – projeto terapêutico individual - na comunidade, mas no momento, eles admitem que as Unidades não conseguem desenvolver mais essa atividade .

A Unidade de referência do paciente não dá conta porque falta profissional de saúde mental, falta psiquiatra e psicólogo nas Unidades da rede SUS. Mas, não quero dizer que a necessidade seja só essa, mas falta também enfermeiros especialistas em saúde mental e terapeuta ocupacional especialista em saúde mental e outros.

(Dra. Maria Luíza, psicóloga da equipe, 2008)

g) O preconceito na comunidade

No ano de 2005, os profissionais do “Cândido”, em conjunto com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, montaram as primeiras residências terapêuticas no distrito de Souzas e, na área urbana de Campinas. Foram levados para lá os pacientes que há muitos anos, décadas, estavam internados no Sanatório Cândido Ferreira.

Os pacientes que ainda tinham família e, estas acreditavam que os profissionais do “Cândido” dariam continuidade ao tratamento, que estariam juntos delas nos momentos que os pacientes tivessem qualquer tipo de dificuldade, essas acolheram de volta seus doentes ou seus idosos.

Os pacientes que não tinham família foi a própria comunidade que os recebeu nas residências terapêuticas.

Em um primeiro momento os profissionais da equipe do “Cândido” se depararam com o preconceito da sociedade. As pessoas rejeitaram a presença do doente mental no bairro. Os vizinhos das casas que o Candido alugou, ou para ser residência ou para serem CAPS, apresentaram inúmeras rejeições. As pessoas diziam: “imaginem só, vocês estão me dando um bocado de vizinho que acabou de sair de um manicômio? E agora? Então, eu estou correndo risco de vida”?

No Distrito de Souzas os profissionais do Cândido fizeram um longo trabalho de informação, de orientação sobre o manejo do doente mental. Eles explicaram para as pessoas, de casa em casa, que é perfeitamente possível conviver com doente mental, pois eles faziam tratamento e tinham o acompanhamento constante da equipe do Cândido e, que eles não fariam mal a ninguém, eram pessoas iguais às que moravam na comunidade e não eram bandidos ou marginais.

Os trabalhadores da equipe tranqüilizaram a população dando a palavra deles que aqueles pacientes eram pessoas de bom caráter. Explicaram que eles sofreram muitos anos de preconceito e segregação, mas que agora o Brasil inteiro estava fazendo a Reforma Psiquiátrica e, Campinas também estava libertando esses doentes.

Os funcionários do “Cândido” foram conversando e informando e, a comunidade foi acolhendo, participando do processo junto com eles. Eles acabaram formando uma grande equipe em um trabalho conjunto entre hospital e comunidade.

Os vizinhos foram informados sobre os tipos de doenças e como lidar com elas. Foram tranqüilizados, com a garantia de que os pacientes estavam medicados e que eram cuidados diariamente por uma equipe. Uma vez em tratamento eles poderiam conviver normalmente na comunidade, não existia nenhum perigo.

Segundo informações dos profissionais, essas pessoas acolheram os casos de doentes mentais de forma semelhante a que acontece em cidade pequena, como o caso de um homem alcoolista, por exemplo, que todos o conheciam desde pequenino; ele é tratado com humanidade: ele tem liberdade de ir na casa de um, ir na casa do outro.

Os profissionais perceberam que quanto mais elevado o nível social da comunidade, maior era o preconceito. Ao final do processo do estabelecimento das residências terapêuticas, as pessoas que mais acolheram foram aquelas de níveis sociais classe média baixa à baixa. Eles nos contaram várias histórias a respeito do acolhimento pela comunidade. Hoje, no distrito de Souza, os vizinhos conhecem todos os pacientes pelos nomes e, sabem um pouco da doença de cada um.

Os moradores do bairro estão tranquilos, pois confiam que a equipe do Cândido faz plantão 24 horas e, que eles podem telefonar para lá a qualquer hora, caso percebam algum movimento estranho, ou se perceberem que algum paciente surtou.

Quando eles percebem que algum paciente está vagando pela rua eles ligam para o “Cândido” dizendo: “Olha, eu estou vendo a Anita aqui na frente da casa, ela está diferente; ela não me está parecendo muito bem hoje não; vocês podem vir aqui dar uma olhada nela?”. Então, algum profissional da equipe vai até a moradia ver o que está acontecendo com a Anita, verificar se ela tomou os remédios, se houve alguma ocorrência que desencadeou um surto e procura tranquilizar a todos.

Após montar as moradias no distrito de Souza, a equipe decidiu montar CAPS e moradias na área urbana porque não poderia deixar todos os pacientes morando em Souza, senão estaria criando uma mini comunidade de doentes mentais. Em função disso eles montaram um CAPS no bairro Nova Campinas. Entretanto, nesse bairro, a comunidade tem um nível social mais elevado do que em Souza, e a rejeição foi muito maior, a tal ponto que teve um processo judicial para impedir a permanência do CAPS.

Contudo, a equipe do “Cândido” reconhece que houve erros de ambas as partes, ou seja, da equipe e da comunidade.

Após esse ocorrido na Nova Campinas, os profissionais decidiram montar um CAPS no bairro Botafogo e, foram de casa em casa, de escritório em escritório, explicando, falando, conversando, convidando para vir conhecer o serviço e, assim acabou o medo da comunidade.

A equipe do “Cândido” reconhece que é preciso começar pela informação. Mas, encontraram pessoas que por mais informações que recebessem, ainda assim continuaram

mostrando resistência à convivência com o doente mental. O estigma existe, mas a equipe continua tentando diminuí-lo.

Os profissionais do Candido acham que é preciso fazer mais campanhas informativas para a população diminuir o estigma. As pessoas precisam saber o que é a doença mental. Lembraram que o município passou por um processo semelhante, recentemente, com outra doença estigmatizante, a AIDS:

“Nós não conseguimos isso com a AIDS? Eu como psiquiatra, eu não podia contar para ninguém que eu atendia portadores HIV, aidséticos porque as pessoas se afastavam de mim, se afastavam do meu consultório. Imagine então o quanto as pessoas se afastavam do doente de AIDS? Mas, hoje isso não está mudado? Foi por falta de conhecimento que a comunidade rejeitou o doente de AIDS, e à medida que ela foi adquirindo conhecimento foi aceitando a presença do doente. O mesmo está acontecendo com o doente mental, a comunidade não sabe o que significa uma doença mental, por isso ela tem medo, pela falta de conhecimento. A doença mental foi criada pela sociedade. Então, o que a sociedade quer que a gente faça? Não podemos destruir a sociedade, então vamos destruir o doente mental? Ai gente isso é muito maluco!”

(Dra. Lara, médica da equipe , 2008).

h) O preconceito na rede do SUS

A equipe do “Candido” identificou atitudes preconceituosas dos profissionais que não são especialistas, ou que nunca trabalharam na área de saúde mental. Eles perceberam medo por parte desses profissionais, quer estejam nas Unidades Básicas de Saúde, no Saúde da Família, nos Prontos Socorros, nos Hospitais Gerais, enfim, ainda existe o pensamento equivocado de que o doente mental está à margem do mundo das pessoas consideradas normais, que ele é um alienado.

Quando perguntamos para um psiquiatra do “Candido”, qual era a razão do medo desses profissionais que estão fora da área de saúde mental, ele nos respondeu:

É o medo de também adoecer mentalmente. Esses profissionais se esquivam de cuidar do doente mental por causa do medo de ficarem iguais ao doente que estão cuidando.

Eles começam a ver no doente os lados vulneráveis deles próprios. Então, não é fácil trabalhar na saúde mental, eu não quero chegar perto desse doente, eu não quero ter contato com ele, ele me incomoda, eu não o quero aqui, o encaminha para outro lugar

(Dra. Lara, médica da equipe, 2008).

A conclusão dos profissionais entrevistados é que as faculdades, como enfermagem, medicina e outras da área de saúde, poderiam incluir cargas horárias maiores e com conteúdos em acordo com política de saúde mental do país.

Os profissionais do “Cândido” são unânimes em pensar que o “Candido”, no futuro, deva oferecer residência na área de saúde mental pública também para outros profissionais: psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e outros

i) Recursos insuficientes

A respeito da autonomia financeira do Serviço de Saúde “Dr. Candido Ferreira”, os profissionais entrevistados consideram que o financiamento é uma questão difícil, os recursos são insuficientes, dificultando assim a prestação do cuidado.

Em 1997, a diária do Hospital Dia, que era o equipamento que se tinha na época, pagava R\$27,00 para esse serviço funcionar 5 dias por semana, durante 8 horas por dia. Agora, em 2009, 12 anos depois, uma diária de CAPS3, que funciona 24 horas, 7 dias por semana, paga no máximo R\$18,00. Então, se corrigir os R\$27,00 e fazer proporcional à cobertura de período de 24horas, isso hoje daria pelo menos 5 x R\$27,00.

(Dr. Juliano, economista da equipe, 2009)

Os integrantes da equipe interdisciplinar relataram que para se montar o CAPS3 é muito mais difícil porque o custo é bem mais alto.

Então, quem está em crise, na hora do surto psicótico, para onde o paciente vai? Sabe-se que a população acaba buscando as comunidades

terapêuticas ou importando seu doente para outras cidades que ainda mantêm hospitais psiquiátricos. Por um lado, está se bloqueando a criação de novos hospitais psiquiátricos, muito justamente porque o caminho é por aí; mas, por outro lado a expansão da rede, incluindo os CAPS é bloqueada pelo financiamento inadequado, então, o município fica sem alternativa.

O orçamento começa a ficar sobrecarregado para o município. Começa a ter problema sério na assistência de saúde mental... E nesse momento os defensores do hospital psiquiátrico tradicional, aproveitam-se e dizem: “olha aí, está vendo? A Reforma Psiquiátrica está produzindo desassistência!” Mas, não é a Reforma Psiquiátrica que está produzindo a desassistência, é o financiamento inadequado da Reforma, que na verdade, impede que o município monte redes de saúde mental no interior da rede SUS!

De fato hoje, o usuário de saúde mental, ele está sozinho. E a responsabilidade está para os municípios, com pouco apoio do governo federal.

(Dr. Juliano, economista da equipe, 2009)

Os profissionais componentes da equipe do “Candido” declaram que mantêm a preocupação, em relação à continuidade do financiamento, por parte do governo federal. Reconhecem que é muito difícil criar uma rede de assistência se não se tem recursos e, declararam que a fragilidade da rede e a falta do financiamento podem oferecer o risco de continuidade de conduta manicomial.

O cuidado em saúde mental em uma região do município pode ficar comprometido se a rede acabar se servindo de um único serviço de saúde mental, isoladamente. Corre-se o risco desse serviço regredir às semelhanças do manicômio. Uma localidade, por exemplo, onde se tem apenas um CAPS, este pode ser manicomial. Como um CAPS pode ser tão manicomial quanto uma instituição fechada? Se em uma comunidade o CAPS passar a ser a única referência de um usuário do SUS automaticamente ele é oferta única de saúde mental e, sendo assim, esse CAPS passa a ser um equipamento total e, um equipamento total

descaracteriza uma rede de cuidados, porque, um CAPS sozinho não significa uma rede, pois não existe interação de outras ofertas de cuidado em saúde mental.

(Dr. Juliano, economista da equipe, 2009).

Os integrantes da equipe têm o consenso de que Campinas pode se considerar evoluída, em relação aos demais municípios do país, contudo, embora Campinas tenha evoluído, mas, alguns bairros contam apenas com CAPS:

A comunidade pode contar apenas com o CAPS? Necessariamente não, uma região não pode ter o CAPS como o único contraponto do hospital psiquiátrico. O contra-ponto do hospital psiquiátrico, na comunidade é a rede de ofertas; uma rede integrada, inclusive com o Centro de Saúde: por exemplo, se um indivíduo na comunidade está em um momento de crise e, precisa de uma intensidade de cuidado maior, ele tem, por exemplo, a oferta do CAPS, que consegue lhe dirigir a intensidade de cuidados que ele precisa naquele momento. Mas, se ele está bem e precisa de acompanhamento, então, ele tem outro suporte, por exemplo, ele pode se vincular ao Centro de Convivência. O município de Campinas precisa de mais um Centro de Convivência e, que não seja só da saúde mental, nem só da saúde em geral, mas seja diversificado, para que exatamente o indivíduo possa conviver com outras pessoas, comunitariamente. Seria um Centro de Convivência Comunitário.

Mas, esse Centro de Convivência diversificado precisa ter profissionais de saúde mental com a sensibilidade para acolher aqueles que são dessa área, da saúde mental. Por exemplo, a questão da terceira idade: tem o SESC e, lá tem uma série de atividades para os idosos, junto com todos os sócios em geral, os demais que não são idosos. Vai ter atividades específicas para os idosos e, também têm pessoas especialmente preparadas e sensibilizadas para acolher esse pessoal da terceira idade. No caso da saúde mental seria a mesma coisa: poderia ter Centro de Convivência Comunitário em que a rede acolhe toda uma população daquele bairro, mas a rede acolherá também, os usuários da saúde mental, com profissionais sensíveis que, apresentem aquele olhar de

acolhimento: que consiga organizar atividades e consiga incluir o doente mental no cotidiano daquele Centro de convivências Comunitário
(Dr. Juliano, economista da equipe, 2009).



Figura 7: Liberdade. Final de uma tarde de inverno em um dia no “Candido”. Liberdade para sair a qualquer hora. Paciente e funcionário indo embora para casa depois de um dia de trabalho.

CAPITULO V
CONCLUSÃO



Por meio das representações sociais da equipe interdisciplinar de saúde mental do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas, este trabalho teve como objetivo mais amplo analisar a forma organizacional, os valores e o modo de agir desta instituição, no interior do desenvolvimento do processo de desospitalização e da reforma psiquiátrica em curso no país. A autonomia que esta instituição usufrui, no interior do sistema de saúde de Campinas, vem permitindo-lhe implementar várias experiências inovadoras, relativas ao cuidado terapêutico e ao trabalho interdisciplinar. Mais especificamente, esta pesquisa analisou estes aspectos, que incluem representações relativas às conquistas, aos obstáculos, aos conflitos e ao relacionamento da instituição com a rede de cuidados em saúde mental, envolvendo a Prefeitura de Campinas e o SUS.

De um modo geral, nossos entrevistados foram unanimemente favoráveis ao convênio com a Prefeitura de Campinas que, a partir de 2001, permitiu ao “Cândido” integrar-se à rede de cuidados em saúde mental, no interior do SUS. Os seguintes motivos foram arrolados para justificar tal avaliação: a) resolveu a situação de insolvência da instituição; b) inseriu seus serviços na rede de Atenção Básica; c) preservou a autonomia da instituição em vários aspectos considerados importantes, como o processo de trabalho e a política salarial.

Embora favoráveis ao convênio, todos reconhecem que se trata de uma situação instável, dependente de renegociações com cada novo prefeito. Além disso, os recursos financeiros são considerados cronicamente insuficientes para dar conta dos objetivos mais amplos da instituição. Não obstante tais limites, o convênio com a Prefeitura vem assegurando ao “Cândido” a manutenção de uma posição de vanguarda no processo de desospitalização e reforma psiquiátrica, fato este que o torna um verdadeiro laboratório de experiências importantes para o desenvolvimento da área da Saúde Mental.

O profissional do “Cândido” desfruta de ampla liberdade para inovar no que diz respeito ao diagnóstico e ao processo terapêutico. Os integrantes da equipe interdisciplinar acreditam, nesse sentido, que tal condição corresponde à uma perspectiva aberta, inerente à reforma psiquiátrica, que percebe a doença mental como proveniente de múltiplos fatores, envolvendo necessariamente o modo de vida do paciente. Em um contexto mais amplo, esta postura significa que conhecer a doença implica necessariamente em compreender o contexto específico que a produziu. Nesse sentido, cada manifestação de doença mental é

percebida como um fenômeno único, impossível de ser apreendido por uma fórmula geral, como pretende o conceito positivista de doença. Para a equipe, esta nova abordagem poderá dar início a uma longa fase de descobertas e de reinvenções da clínica.

No “Cândido”, o tratamento do paciente envolve necessariamente a construção de um projeto terapêutico individual, do qual participa uma equipe interdisciplinar, o próprio paciente, bem como a família deste. O foco deste olhar é o paciente, contemplando-se sua experiência social de vida. Neste contexto, os profissionais do “Cândido” não apresentam uma tecnologia ou um conjunto de tecnologias definitivas em saúde mental e, lembram-nos que elas constituem instrumentos sempre provisórios, inacabados, que precisam ser construídos e, ajustados para cada situação. Desse modo, a reforma psiquiátrica faz parte de um processo em andamento, em constante construção.

No que diz respeito às relações de trabalho, este estudo mostrou que o “Cândido” antecipou a política do SUS em vários aspectos e, vem contribuindo para esta com experiências importantes na dinâmica do trabalho interdisciplinar. Vimos, nesse sentido, que a tomada de decisão da equipe de profissionais está se afastando do poder e dominância da medicina psiquiátrica e aproximando-se de um sistema colegiado, que inclui, basicamente, além do médico, profissionais da psicologia, da enfermagem e da terapia ocupacional. Trata-se de um sistema aberto que exige a participação de todos estes profissionais, em condição de igualdade, no processo de tomada de decisão, envolvendo aspectos administrativos, clínicos e terapêuticos.

Nossos dados mostram que o sistema colegiado de consulta entre os profissionais do “Cândido” vem operando de um modo eficiente. As reuniões da equipe são semanais e, nelas, tanto as questões administrativas quanto às relacionadas com o cuidado terapêutico são decididas de um modo democrático e aberto. Participamos de algumas dessas reuniões e, constatamos que há um consenso inquestionável sobre as regras democráticas que regem a organização de cada um desses eventos.

Durante a construção e avaliação do Projeto Terapêutico Individual, os profissionais consultam a respeito da doença do paciente e avaliam a sua experiência de vida, suas particularidades sociais, familiares e comunitárias, a fim de tomar em conjunto a decisão de qual projeto terapêutico deverá ser especificamente elaborado para ele. A

interação de diversos profissionais neste processo reforça o poder de gestão interdisciplinar, deslocando o poder das especialidades isoladas para o centro da equipe.

No entanto, se o poder de decisão de cada membro da equipe interdisciplinar é equivalente, o contrato de trabalho revela uma diferença fundamental. Por uma questão mercadológica, a carga horária do médico corresponde à metade, em relação aos demais profissionais. Isso significa que, pelo mesmo tempo de trabalho, o médico recebe exatamente o dobro dos demais profissionais da equipe interdisciplinar. Esse fato gera desconforto, mas, a reivindicação por isonomia salarial não é considerada uma prioridade para os profissionais não-médicos, no momento. Há um consenso entre estes últimos de que o momento exige consolidação de conquistas importantes, antes de abordar este assunto de um modo mais incisivo.

Nossos dados revelam que a maior dificuldade encontrada no andamento do sistema colegiado de consulta entre profissionais interdisciplinares do “Cândido” está na atitude conservadora do médico novato, o qual, muitas vezes, não consegue abdicar de uma postura dominante e centralizadora de poder, adquirida nos anos de formação na faculdade de medicina. Na grande maioria dos casos, as tentativas de converter o profissional dissidente para o novo processo de trabalho interdisciplinar fracassaram, sendo que o resultado foi geralmente a sua remoção do serviço, por meio do processo de transferência ou demissão. Os médicos que permaneceram na equipe interdisciplinar do “Cândido” foram aqueles que aceitaram as novas regras, razão pela qual eles são bem aceitos pelos demais membros da equipe e desenvolvem as atividades por meio de um processo de comunicação bem sucedido.

Atualmente, no processo de seleção para contratação de médicos, o diretor explica ao candidato a metodologia de trabalho interdisciplinar e deixa claro que ele deverá submeter-se às decisões da equipe interdisciplinar. Se, na entrevista, for detectado qualquer indício de que o profissional não poderá se adaptar a esta condição, ele não será contratado. No entanto, esta precaução não impede a existência de uma alta rotatividade do profissional médico, principalmente pelo fato dele geralmente ter mais de um emprego e haver várias possibilidades de oferta para seus serviços no mercado.

Assim como os médicos, os enfermeiros recém-contratados também foram considerados potencialmente despreparados em assuntos da nova proposta de saúde mental.

A formação clássica deste profissional tende para o positivismo mecanicista e para uma perspectiva administrativa do serviço. No entanto, encontramos entre eles, maior capacidade de adaptação do que a verificada entre médicos. Enquanto, entre estes últimos, a resistência às novas formas de trabalho levava ao pedido de demissão, os enfermeiros que apresentaram limitações, de início, começaram, com o tempo, a incorporar a linguagem e as atitudes próprias da área de saúde mental pública.

Entre os psicólogos, encontramos um profissional que demonstrou engajamento teórico e pleno domínio dos conceitos e do jargão da perspectiva anti-manicomial, de crítica à psiquiatria tradicional. Tal posição se expressa em tomadas de posição menos propensas a aceitar compromissos, o que leva, ocasionalmente, a posturas que podem ser consideradas radicais. Este foi o caso manifestado na questão de internar ou não internar o paciente, quando as duas posições mais polarizadas foram assumidas por psicólogos. Entre este tipo de profissional, encontramos alguns que, devido ao fato de terem tido formação específica em saúde pública, mostraram maior capacidade de adaptação à perspectiva interdisciplinar e, eram favoráveis aos métodos de internação do “Cândido”.

O terapeuta ocupacional encontrou no “Cândido” um ambiente de trabalho que valoriza muito a sua proposta de atuação, envolvendo a implantação e manutenção das doze oficinas de trabalho da instituição. Não obstante ser considerado um profissional imprescindível para promover a reabilitação de pacientes que são identificados pela sociedade pelo rótulo de doentes mentais, os integrantes da equipe sentem que, da mesma forma que o enfermeiro, o terapeuta ocupacional carece de maior profundidade no conhecimento de matérias da saúde mental, envolvendo as psicopatologias e os contextos sociais e familiares dos pacientes. Tal carência pode ocasionalmente prejudicar a integração deste profissional, principalmente o novato, com a equipe.

A rede regional do SUS é percebida pelos profissionais do “Cândido” como um sistema que vem evoluindo satisfatoriamente, embora ainda haja muito que melhorar, principalmente no que se refere à insuficiência de recursos humanos na área de saúde mental. Muitas unidades ainda não receberam equipes de saúde mental, ou estão dissociadas do circuito de matriciamento, o qual lhes permite lidar com esta questão. Tal limitação fica evidente quando a equipe do “Cândido”, após a alta do paciente, tenta passar o projeto terapêutico individual para a sua unidade de referência. O apoio financeiro

insuficiente do governo federal é considerado o principal obstáculo para o aprimoramento do sistema.

A internação do paciente é um aspecto que ainda permanece nebuloso na reforma psiquiátrica. O movimento de desospitalização levou a uma aversão radical em relação ao confinamento compulsório e às técnicas repressivas, envolvendo doentes mentais e dependentes de droga ou bebida alcoólica, sem contemplar acesso universal à proposta em seu lugar. Os hospitais gerais não têm vagas suficientes para internação de pessoas em crises psicóticas e, no tocante à internação do dependente químico o Ministério da Saúde não apresenta uma política específica a respeito. No “Cândido”, a posição que contempla a possibilidade de internação em casos especiais e por tempo limitado vem prevalecendo diante de outras posições mais radicalmente contrárias à qualquer tipo de internação.

A internação de pacientes no “Cândido” só ocorre em duas instâncias, a que envolve a crise psicótica aguda e a que envolve a crise por dependência de álcool ou drogas. Vimos que os primeiros são internados no Núcleo de Atenção à Crise (NAC), enquanto os segundos são internados no Núcleo de Atenção à Dependência Química (NADEQ). Nestas duas instâncias, o paciente deve permanecer internado o menor tempo possível. O NAC está organizado tendo em vista dois tipos de situações, em dois tipos de contexto: o NAC 1, quando o surto psicótico pode levar o paciente a colocar a si mesmo e os outros em situação de perigo, e o NAC 2, um sistema aberto, no qual o paciente usufrui total liberdade de ir e vir.

Os serviços de saúde da rede de Campinas efetuam o pedido da vaga, para internação de pacientes em crises, à Central de Vagas do município, que pode decidir pela liberação dessa vaga no “Cândido”, no CAPS de nível 3 ou, nos hospitais universitários da UNICAMP ou PUC. Todos esses serviços de internação trabalham com a mesma tecnologia de elaboração de projetos terapêuticos individuais, com equipes interdisciplinares. É importante destacar que a internação dos pacientes em crise, por uso abusivo de substâncias químicas, no SUS de Campinas, somente é realizada pelo “Cândido”, no NADEQ. O processo de internação do dependente químico, neste novo paradigma da saúde mental pública, é um fenômeno completamente diferente da antiga internação manicomial. A principal diferença encontra-se no fato de que a preocupação

constante no primeiro caso é no sentido de promover a alta do paciente, sendo que o envolvimento e consentimento do paciente em seu projeto terapêutico são considerados aspectos fundamentais. No antigo equipamento de saúde mental pública, o indivíduo dependente de drogas era internado no hospital psiquiátrico e, tratado nos mesmos moldes do doente psicótico. Porém, os profissionais do “Cândido” defendem outra abordagem para a dependência química, a qual contempla a especificidade deste problema em relação à crise psicótica.

No NADEC, o sistema de internação foi idealizado para atender à procura espontânea de internação, de um indivíduo adulto que por decisão própria, deseje ajuda para libertar-se, definitivamente, do uso da substância que lhe gerou a dependência. Vimos, no entanto, que este esquema vem sendo perturbado pelo fato de não haver qualquer outra instância de internação para dependência química, no SUS. Com isso, o “Cândido” sofre grande pressão da sociedade para que interne pacientes com história de uso abusivo de álcool e substâncias químicas, principalmente aqueles que chegam à instituição sob mandado judicial. O “Cândido” atende basicamente duas situações que não foram previstas quando se criou o NADEQ: a) a solicitação da Central de Vagas para cuidar de indivíduos que se encontram nos Prontos Socorros, em estado gravíssimo de uso abusivo das drogas e b) quando o Departamento de Justiça envia, sob mandado judicial, um usuário de droga infrator da lei. O despreparo do “Cândido” para lidar com tais situações é exacerbado quando envolve adolescentes, o que leva à produção de considerável estresse nos profissionais envolvidos. Além disso, ao ver-se constrangido a aceitar as situações descritas acima, as 8 vagas do NADEQ frequentemente se esgotam, em prejuízo do atendimento destinado aos usuários que procuram espontaneamente por ajuda, no “Cândido”.

O NADEQ está organizado para que o paciente possa permanecer assistido pelo menor tempo possível e, assim que as condições permitirem, este deverá ser encaminhado para a sua Unidade de referência, em seu bairro, a qual deveria dar seguimento ao projeto terapêutico iniciado pelo NADEQ. Contudo, embora tais Unidades enviem um profissional para receber o projeto terapêutico no NADEQ, os mesmos declaram que, na maior parte das vezes, não têm condições de dar um acompanhamento satisfatório ao paciente dependente químico por falta de profissionais especializados em saúde mental. O apoio dos CAPS não inclui internação para dependentes químicos, fato esse que, muitas vezes, leva o paciente de

volta para o NADEQ, em caso de reincidência de crise. Essa situação é caracterizada pelos membros da equipe como “porta giratória”, que não conduz a lugar algum.

A equipe interdisciplinar considera que o aprimoramento dos serviços oferecidos pelo “Cândido”, a partir do estágio de desenvolvimento em que se encontra, depende de um processo de circulação comunicativa voltada muito mais para fora, em direção à rede de serviços do SUS e à sociedade, do que o aperfeiçoamento interno ao próprio “Cândido”. Em sintonia com esta representação, o desenvolvimento da saúde mental no SUS passa, inevitavelmente, pelo aprimoramento do processo comunicativo entre os serviços, os quais distinguem-se por abrigarem tecnologias terapêuticas com graus diferenciados de complexidade. Desse modo, o sistema compreende uma diferenciação hierárquica, abrangendo estruturas de maior e, de menor grau de complexidade tecnológica de cuidado. Assim sendo, os entrevistados percebem que, cada caso requer um determinado tipo de atenção, envolvendo uma variedade de estruturas.

Encontramos, nesse sentido, um consenso de que nenhuma estrutura isolada, por melhor que seja, teria a capacidade de exercer o cuidado necessário a um paciente mental. Isso significa que não é o ambulatório, não é o Centro de Saúde, não é o CAPS, não é tampouco a internação que vai dar conta da doença, mas sim o conjunto de serviços, de diferentes tipos de complexidade, os quais permanecem disponíveis para que o indivíduo escolha e participe do que melhor poderia ajudar em seu caso. Esta visão, juntamente com o reconhecimento de que ainda falta muito para que o sistema funcione satisfatoriamente, foi compartilhada pela totalidade dos profissionais entrevistados.

Tal representação, do que deveria ser o serviço público de cuidados à saúde mental, exclui a possibilidade de se utilizar apenas o CAPS, como meio de atenção. A Reforma Psiquiátrica, neste sentido, deverá evoluir para a integração de uma rede de cuidados, com possibilidades de variações, conforme cada caso. Esta representação exclui a possibilidade do “Cândido” crescer desproporcionalmente em relação à rede de serviços. Neste sentido, a expectativa dos profissionais entrevistados encontra-se muito mais na ampliação do serviço em saúde mental externo ao “Cândido” do que dentro dele.

É importante destacar aqui o fato de que a reforma psiquiátrica e o processo de desospitalização foram projetados principalmente tendo em vista o quadro psicótico. No entanto, a saúde mental requer uma ampliação deste foco, no sentido de abranger situações

menos agudas como, por exemplo, a depressão e a neurose. Recentemente, tem havido um crescente reconhecimento entre especialistas em saúde mental de que Centros de Convivência e Oficinas de Trabalho são absolutamente necessários para promover saúde mental. Os primeiros, para promover a socialização, e os segundos, para permitir alguma renda aos indivíduos. Os nossos entrevistados foram unânimes em reconhecer tal condição.

Muito poucos municípios têm desenvolvido Centros de Convivência integrados à rede de cuidados em saúde mental. Este processo está apenas começando e, mesmo Campinas, ainda não conta com profissionais plenamente integrados neste tipo de serviço. Um aspecto interessante na concepção desses espaços, nas representações dos profissionais do “Cândido”, é que, neles, a fronteira entre indivíduos normais e doentes encontra-se completamente diluída. Visualiza-se de um espaço que possa oferecer entretenimento, lazer, esporte, excursões, bailes e outras atividades dirigidas a toda a comunidade do bairro, envolvendo inclusive o doente mental. Ainda que esta perspectiva seja, até certo ponto, implementada no “Cândido”, a sua integração com o SUS, em Campinas, no entanto, andou pouco mais do que o plano da idéia.

Além dos projetos terapêuticos, apoio e internação em saúde mental, o “Cândido” desenvolve três programas considerados de maior importância, por serem os únicos disponíveis na região de Campinas e um dos únicos em desenvolvimento no Brasil: as Oficinas de Trabalho, as Residências Terapêuticas e o Programa de Especialização, Residência Médica em Psiquiatria.

As doze oficinas de trabalho terapêutico organizam-se no Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT), que abriga 280 “oficineiros”, em tratamento no “Cândido”. Vimos que tais oficinas constituem um espaço terapêutico extremamente relevante, uma vez que ele permite a obtenção de ganhos financeiros, um aspecto considerado essencial para o projeto terapêutico e a reinserção social do paciente. O aspecto diferencial mais significativo da situação presente no “Cândido”, em relação ao passado dos manicômios, encontra-se na possibilidade de geração de renda por parte do paciente, o que lhe permite integração na família e no meio social. O terapeuta ocupacional é o profissional-chave na implementação de tal projeto.

No entanto, os nossos dados mostraram que o NOT enfrenta barreiras consideráveis no dia-a-dia, relacionadas com a insuficiência de recursos humanos e

financeiros. Como a demanda pelo serviço é muito maior do que as possibilidades de oferta, a fila de espera para cada nova demanda é de aproximadamente dois anos. Além disso, nem todos os pacientes apresentam capacidade mínima para poder se integrar a uma oficina, que depende em grande medida, do mercado para vender seus produtos e gerar renda. Alguns pacientes não conseguem dar determinado acabamento em uma peça; outros, não apresentam aparência ou padrão de higiene que permitam, por exemplo, cozinhar e preparar alimentos. Em tal contexto, o doente mental, excluído pela família e comunidade pode se ver excluído também pelas oficinas terapêuticas do “Cândido”, o que poderia reforçar ainda mais o estigma, comprometendo seu projeto terapêutico.

O Serviço de Residências Terapêuticas (SRT) corresponde a um projeto desenvolvido em parceria com a Prefeitura de Campinas, que teve início em 2005. Vimos, nesse sentido, que, os últimos pacientes com doença mental foram recentemente transferidos do “Cândido” para uma das residências mantidas pela instituição. Nelas, 166 pacientes co-habitam 31 residências, na forma de “república” mista.

O SRT assiste aos moradores em todas as suas necessidades. De um modo geral, os membros da equipe interdisciplinar relataram vários casos de sucesso terapêutico relacionado com o fato de o paciente estar morando em uma residência e, não mais internado no Sanatório. Outro aspecto que, não sem dificuldade, encontrou algum sucesso foi o trabalho desenvolvido junto às comunidades onde as “repúblicas” foram instaladas, para que elas pudessem aceitar o convívio com pacientes da área mental.

O programa de residência médica em psiquiatria desenvolvido pelo “Cândido” foi aprovado pela CAPES em 2005. Este programa foi considerado por nossos entrevistados como uma base para a construção de um novo padrão de médico psiquiatra, qual seja, um profissional preparado para a saúde mental pública. Pretende-se, nesse sentido, corrigir as falhas na formação acadêmica do profissional médico excessivamente centrado em tecnologias complexas, especializadas em uma dimensão unicamente biológica. O objetivo principal da residência é, então, consolidar uma visão ampliada de saúde e doença, para a qual converge uma perspectiva terapêutica necessariamente interdisciplinar, com passagem obrigatória pela rede de Atenção Básica. Neste contexto, o paciente é percebido como um ser integral, a doença como necessariamente proveniente de

múltiplas causas e, o tratamento como um processo de negociação democrática entre a equipe interdisciplinar e o paciente.

Os nossos dados revelaram que o programa de residência do “Cândido” é pioneiro no Brasil e vem despertando interesse em médicos de várias partes do País, fato esse que está exigindo um processo seletivo cada vez mais rigoroso, com uma proporção crescente de candidatos, em relação ao número de vagas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Habermas J. *Direito e Democracia, entre Facticidade e Validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1997.
2. Becker HS. *Uma Teoria da Ação Coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar; 1977.
3. Goffman E. *Manicômios Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.
4. Rosenhan D. A Sanidade em um Ambiente Doentio. Em P. Watzlawick. e cols. *A realidade inventada: como sabemos o que cremos saber?* (pp. 117-143). Campinas: Psy II. 1994.
5. Foucault M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. 6ª ed – reimpressão (1972). São Paulo: Perspectiva; 2000.
6. Habermas J. *The Theory of Communicative Action*, Boston: Beacon Press; 1984.
7. Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*: São Paulo: Ed. Perspectiva; 1975.
8. Queiroz M S. O paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev de Saúde Pública* 1986; 20:309-17.
9. Illich I. *A Expropriação da Saúde: nemesis da medicina*. São Paulo: Ed. Nova Fronteira; 1975.
10. Moscovici S. *La Psychanalyse. Son image e Son Publique*. Paris: Ed. Universitaires de France; 1976.
11. Malinowski B. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Ed. Abril; 1976.
12. Martins J, Bicudo MA. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Ed. Moraes; 1994.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições; 70; 1977.
14. Desviat M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.

15. Alexander F, Selesnick S. História da Psiquiatria. Trad. de Aydano Arruda. São Paulo: Ed. IBRASA; 1966.
16. Pinel P. (1801). Tratado Médico Filosófico de La Enajenación Mental e Manía. Madri: Ed. Nieva; 1988.
17. Hobsbawm EJ. Da Revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2003.
18. Dörner, K. Ciudadanos y locos. Madrid: Ed. Taurus; 1974.
19. Black E. A Guerra contra os Fracos. São Paulo: Ed. A Girafa, 2003.
20. Diwan P. Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo. São Paulo: Ed. Contexto; 2007.
21. Pessoti I. O século dos Manicômios. São Paulo: Editora 34; 1996.
22. De Carlo e Bartalotti, org. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Ed. Plexus; 2001.
23. Teixeira MO. Deus e a Ciência na Terra do Sol: o hospício de Pedro II e a constituição da medicina mental no Brasil. Tese de doutorado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Rio de Janeiro (mimeo); 1999.
24. Mângia EF. Psiquiatria e Tratamento Moral: o trabalho como ilusão de liberdade. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 8, n 2/3, p. 91-7, maio/dez, 1997.
25. _____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental 2009; 1 (1) jan-abr.2009 (CD-ROM).
26. _____. Rumo ao Fim dos Manicômios. Rev. Mente e Cérebro. Ed. Duetto. Rio de Janeiro: ENSP; 18/09/2006.
27. 27- Rio de Janeiro, Governo do. [acesso em 16/07/2009]. Disponível em www.saude.rio.rj.gov.br.

28. _____. Contos Reunidos (Contos, 1915; Histórias e Sonhos; Contos Recolhidos, 1949; Outros Contos Recolhidos, 1951). Org. Oséias Silas Ferraz. Belo Horizonte: Ed. Crisálida; 2005.
29. Martins C. La psiquiatria em Brasil. In: Mariátegui, J. org. La psiquiatria em América Latina. Buenos Aires: Ed. Losada; 1989.
30. Barreto AHL. O Cemitério dos Vivos. São Paulo: Planeta do Brasil; Rio de Janeiro: Ed. Fundação Biblioteca Nacional; 2004.
31. Facchenetti C, Ribeiro A, Muñoz P F. de. As insanas do Hospício de Alienados (1900 – 1939). Hist.cienc.saúde.manguinhos[serial on the internet]. [cited 2009 aug23]. Available from:<http://www.scielo.br>.
32. JuqueriHP.[www.ctvdh.org/portal/atuação/relatorios/relatoriosdevisitas/juqueri/?Searchterm = mulheres juqueri](http://www.ctvdh.org/portal/atuação/relatorios/relatoriosdevisitas/juqueri/?Searchterm=mulheres%20juqueri).
33. Mendes O. Consultar para melhor decidir: os princípios da consulta bahá'í. São Paulo. Ed. Bahá'í do Brasil. Disponível no site www.bahai.org.br. acessado em 22.02.09.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Documentação e Informação. Legislação em Saúde Mental: edição federal, Brasília – DF; 2001.
35. _____. O Homem e a Serpente. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996.
36. Rotelli F, Amarante P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra Jr, B, Amarante P. Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1992, p 41-55.
37. Amarante P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: Saúde em Debate; dez. 1994, 45: 43-46.

38. Brasil. Ministério da Saúde. “SUS. A Trajetória da municipalização”, Brasília, 1994.
39. Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
40. Basaglia F. A Instituição Negada. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1985.
41. Morin E. Epistemologia da Complexidade. In: Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Rio de Janeiro: Ed. Artes Médicas; 1996.
42. _____. A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates; 1982.
43. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Saúde Mental no SUS. Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: edição federal; 2004.
44. _____, Furtado JP. 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 S Públ 2006; 22(5): 1053-1062.
45. Bosi MLM, Mercado F, org. Pesquisa qualitativa de serviço de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
46. _____. A Polissemia da Qualidade na Avaliação de Programas e Serviços de Saúde: resgatando a subjetividade. In: Bosi MLM, Mercado FJ, org. Pesquisa qualitativa em serviços de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 2004.
47. Uchimura KY, Bos MLM. Qualidade e Subjetividade na Avaliação de Programas e Serviços em Saúde. Cad. S Públ 2002; 18 (6): 1561-1569.
48. Carvalho AL, Amarante P. Avaliação de Qualidade dos Novos Serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros. Saúde em Debate 1996; 52:74-82.

49. _____. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS – Informativo da Saúde Mental Ano VI, nº 26 (agosto a dezembro). Brasília – DF; 2007.
50. _____. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS – Informativo da Saúde Mental Ano VII. Brasília – DF; 2008.
51. _____. Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis; 2008 [acesso em 20.08.2008] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/svs/area.cfm>.
52. Passos BC. Retrospecto da Vida do Sanatório Dr. Candido Ferreira (ex hospital de dementes de Campinas. Disponível na Biblioteca do Serviço de Saúde Dr Candido Ferreria. Campinas; 1975
53. Silva DSF. Os eventos vitais em Campinas na primeiras décadas do século XX. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.
54. _____. (org). Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1998.
55. Valentini W. Nenhum Ser Humano será Bonsai. Jornal Candura, Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira. Campinas: julho de 2001.

ANEXOS



ANEXO I



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 27/05/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 343/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0276.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AUTONOMIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO CAPS DR. CÂNDIDO FERREIRA EM CAMPINAS”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Leny Aparecida Delamuta

INSTITUIÇÃO: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/05/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/05/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Analisar, através das representações sociais de agentes de saúde, o processo de desospitalização e desinstitucionalização no interior da reforma psiquiátrica a partir de um foco dirigido aos princípios e diretrizes do SUS que se manifesta no trabalho interdisciplinar dos profissionais do Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira, no Município de Campinas.

III - SUMÁRIO

Serão entrevistados profissionais da área da saúde do Hospital Candido Ferreira, com avaliação qualitativa da percepção do tratamento institucional e nos CAPS, que serão abordados no dia-a-dia do atendimento.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trabalho descritivo das percepções dos agentes envolvidos no atendimento que visa aumentar o conhecimento sobre este tipo de abordagem. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido esta adequado e os envolvidos não estão submetidos a riscos adicionais.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de maio de 2008.


Prof. Dra. Carmem Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO II

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PARECER

Acerca do pedido de parecer desta Comissão para o Projeto: Saúde Mental e Trabalho Interdisciplinar – avaliação da experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas, com a aplicação da Pesquisa junto aos profissionais e usuários deste Serviço de Saúde Mental.

Solicitantes: Marcos de Souza Queiroz e Leny Aparecida Delamutta Mello

Período: de 07 de dezembro de 2007 a 06 de novembro de 2009.

O trabalho acima citado: *Saúde Mental e Trabalho interdisciplinar*, foi apresentado a esta Comissão de Ética Médica, e após apreciação por seus membros, foi considerado exequível e importante como pesquisa sobre as condições de trabalho e práticas cotidianas na Saúde Mental, no município de Campinas, com vista a uma avaliação de nossas experiências, no campo interdisciplinar. Consideramos que suas resultantes podem contribuir para o aprimoramento para os trabalhadores da saúde mental, bem como para afirmação dos princípios éticos de direitos humanos ligados à Reforma Psiquiátrica.

Informamos que consideramos imprescindível que o mesmo mantenha-se enquadrado nas normas e princípios de Pesquisas que envolvem seres humanos, com o cumprimento da Resolução 196/96, com a presença de Consentimento Livre e Esclarecido a ser anexado a todos os formulários da avaliação a ser aplicada aos funcionários do S.S.C.F, conforme já foi enviado em anexo ao projeto.

Cabe ainda a esta Comissão informar que deverão ser tomadas medidas de proteção aos participantes da pesquisa, de forma voluntária, como funcionários contratados pelo S.S.C.F.

CAMPINAS, 07 de dezembro de 2007.

Dra. Regia Maria Burle

Dr. Jorge Márcio Pereira de Andrade

Dr. Ricardo P. Moreira

Dr^a. Patrícia S. Dini


Jorge Márcio Pereira de Andrade
Pneumologista
CRM 103203-07
Ricardo Pereira Moreira
Médico
CRM - 115.853


Dr^a. Patrícia S. Dini
Médica
CRM 119.777

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARTE I PERFIL PROFISSIONAL

1) Qual sua formação? Ano que formou:

Você se formou em escola: () pública () particular

Você tem especialização em Saúde Mental? Sim () Não ()

Em caso afirmativo, qual escola que se especializou:

Nível de escol: () graduado; () especialista () mestre () doutor

idade: () até 35 anos; () 36 a 45 anos, () 46 a 55 anos; () + de 56

Seu tempo de trabalho nesta instituição é:

() integral, 40 horas semanais dedicação exclusiva;

() parcial, 36 horas semanais;

() parcial, 20 horas semanais;

() outro:

Há quanto tempo trabalha nessa instituição?

Você trabalha em outro local além daqui? Qual?

Qual sua satisfação pessoal dentro da instituição, considerando uma escala de zero a 10?

Você tem liberdade de expressão e também para pôr em prática sua criatividade e novas idéias dentro da equipe multidisciplinar?

As ações que você desenvolve são compatíveis à sua formação profissional?

Como sua profissão pode aumentar a contribuição para o fortalecimento das ações de saúde mental no SUS no município?

ANEXO IV

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARTE I PERFIL PROFISSIONAL

1) Qual sua formação? Ano que formou:

Você se formou em escola: () pública () particular

Você tem especialização em Saúde Mental? Sim () Não ()

Em caso afirmativo, qual escola que se especializou:

Nível de escol: () graduado; () especialista () mestre () doutor

idade: () até 35 anos; () 36 a 45 anos, () 46 a 55 anos; () + de 56

Seu tempo de trabalho nesta instituição é:

() integral, 40 horas semanais dedicação exclusiva;

() parcial, 36 horas semanais;

() parcial, 20 horas semanais;

() outro:

Há quanto tempo trabalha nessa instituição?

Você trabalha em outro local além daqui? Qual?

Qual sua satisfação pessoal dentro da instituição, considerando uma escala de zero a 10?

Você tem liberdade de expressão e também para pôr em prática sua criatividade e novas idéias dentro da equipe multidisciplinar?

As ações que você desenvolve são compatíveis à sua formação profissional?

Como sua profissão pode aumentar a contribuição para o fortalecimento das ações de saúde mental no SUS no município?

ANEXO V

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARTE II A REFORMA SANITÁRIA E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1) A respeito da história da Reforma Sanitária no Brasil, no fim da década de 70 (Conferência em Alma Ata), início da década de 80 (8ª Conferência Nacional de Saúde), as fases do processo de criação do SUS, as primeiras legislações, normas operacionais (NOB 96) e todo processo de municipalização, e como se dá a gestão pela comunidade (o controle social). O que você sabe sobre tudo isso?

2) Quais são suas críticas ao modelo do SUS no município?

Você conhece a PPI – Programa de Pactuação Integrada?

Você sabe quais são os indicadores da atenção básica que são pactuados?

Você já participou de uma Conferência Municipal de Saúde?

Qual sua visão sobre a assistência básica que é oferecida no Brasil?

Quais são os principais obstáculos para o bom funcionamento do SUS, de uma forma geral?

Você acha que existe a possibilidade de se ter um novo modelo de saúde que não seja o dominado pela indústria hospitalar e farmacêutica?

Em relação a outros países, você tem conhecimento de como é feita a assistência de saúde pública?

ANEXO VI

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARTE III CONHECIMENTO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Você acompanhou o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, da luta antimanicomial até a criação e funcionamento dos novos modelos em andamento? O que você sabe sobre isso?

Como você avalia o modelo terapêutico que prevalece nesta instituição, de uma forma geral? Está dando certo? Existem pontos estancos que emperram alguma fase do processo?

Na sua opinião, como os novos modelos de Unidades de Saúde Mental do SUS podem interagir com “Cândido”?

Como você avalia o papel do “Cândido” hoje, em relação ao atual processo de mudanças políticas de saúde no Brasil?

Como você percebe que está sendo a reinserção social e familiar do paciente? Está sendo fácil ou difícil? Vocês tem algum sistema de avaliação para isso?

Você consegue identificar alguns possíveis novos parceiros que possam vir a contribuir com a sustentação da tarefa de reinserir o paciente na comunidade? Podem ser do próprio setor público, ou do setor privado ou do terceiro setor (ONGs), ou a própria comunidade. Quem seriam esses prováveis parceiros?

Como se dá o relacionamento do “Cândido” com as unidades de referência do paciente?

Conhece algum Conselho ou Comissão Local de Saúde (do bairro) que está atuando junto à atenção em saúde mental numa Unidade Básica de Saúde ou PSF na comunidade?
Comente::

ANEXO VII

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARTE IV SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

Como é a equipe que você trabalha?

Qual o setor da instituição que você encontra maior dificuldade de comunicação?

Você já presenciou conflitos entre profissionais durante o trabalho, referentes a cruzamentos de condutas terapêuticas centradas no modelo antigo com o novo modelo proposto no PTI?

Quando os conflitos ocorrem, como eles são tratados?

Você considera que o conflito na equipe é prejudicial e deve ser evitado a qualquer custo?

Fale como você vê a participação das outras profissões na sua equipe.

Você acredita que terapêuticas alternativas, como a homeopatia, acupuntura, medicina naturalista e outras podem dar resultado satisfatório nos tratamentos mentais? Fale sobre isso. Você tem liberdade na sua equipe para sugerir uma terapia alternativa para algum paciente?

Como é a comunicação na equipe multidisciplinar?

Você acha importante ter um líder na equipe?

De que maneira você percebe a liderança na sua equipe multidisciplinar?

Seu trabalho tem a colaboração de parceiros? Quem são eles? São do próprio serviço público ou não? De que forma eles estão apoiando suas ações?

ANEXO VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AUTONOMIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: avaliação da experiência da equipe multidisciplinar do S. S. “Dr. Cândido Ferreira” em Campinas, SP.	
Área do Conhecimento: ciências da saúde	
Curso: enfermagem	
Número de sujeitos da pesquisa: 20 (vinte)	
Instituição onde será realizado: S.S. “Dr Cândido Ferreira em Souza, Campinas	
Nome da pesquisadora: Leny Aparecida Delamuta	
Orientador: Professor Dr. Marcos de Souza Queiroz	
Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado para obtenção de título de mestrado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo.	
2. Identificação do Sujeito da Pesquisa	
Nome:	
Data de Nascimento:	Nacionalidade:
Estado Civil:	Profissão:
CPF:	RG:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:
3. Identificação da Pesquisadora Responsável	
Nome: Leny Aparecida Delamuta	
Profissão: enfermeira	Reg no COREN/SP: 27939
Telefone residência: 019-34217268 Celular: 019-91410288	E-mail: lede_enf@yahoo.com.br
GARANTIA de contato: Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, dos resultados parciais e finais dessa pesquisa, e posso em qualquer momento entrar em contato com a pesquisadora, pelos telefones e e.mail acima citados, bem como com o CEP- Comitê de Ética e Pesquisa: Rua Tessália Vieira de Camargo, nº 126, Código Postal 13.084-970, Bairro Barão Geraldo, Campinas, Fone: (19) 3521-8936 ou pelo e.mail: cep@fcm.unicamp.br .	
Eu, sujeito da pesquisa, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar do projeto de pesquisa acima identificado. A pesquisadora responsável apresentou-me esse TCLE, o qual compreendi perfeitamente e discutimos sobre minha participação. Estou ciente que:	