

RUBIANE RODRIGUES MOSTAZO

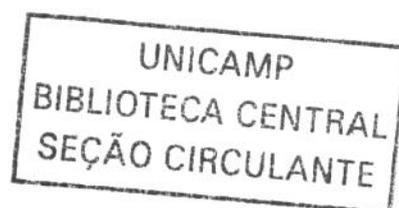
**USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
UM ESTUDO DE SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
ACERCA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Rubiane Rodrigues Mostazo

Débora Isane Ratner Kirschbaum

Profa. Dra. Débora Isane Ratner Kirschbaum
Orientadora

Campinas-SP
2002



RUBIANE RODRIGUES MOSTAZO

**USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
UM ESTUDO DE SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
ACERCA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Débora Isane Ratner Kirschbaum

Campinas-SP
2002

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP M855u
V	EX
TOMBO BC	59051
PROC.	124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	22/05/03
Nº CPD	

CM00182842-6

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

B ID 290559

B885u Mostazo, Rubiane Rodrigues
 Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico / Rubiane Rodrigues Mostazo. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Débora Isane Ratner Kirschbaum
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Mental. 2. Psicologia Social. 3. Enfermagem. 4.
 Desinstitucionalização. I. Débora Isane Ratner Kirschbaum. II.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
 III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Débora Isane Ratner Kirschbaum

Membros:

1. Prof^a Dr^a Débora Isane Ratner Kirschbaum Débora Isane Ratner Kirschbaum
2. Prof^a Dr^a Marli Alves Rolim Marli Alves Rolim
3. Prof. Dr. Mauro Antônio Pires da Silva Mauro Antônio Pires da Silva

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

Data: 04/04/2002

hhtfgc

Ao meu pai, pela sua presença ausente,
por ser meu eterno admirador, por ter
sabido antever meus caminhos na
vida e me preparado para
caminhá-los.

A DEUS, pela presença constante, principalmente nos momentos de turbulências e dificuldades.

*A*os USUÁRIOS ENTREVISTADOS DO CAPS-ESTAÇÃO, pela disponibilidade e espontaneidade na participação deste estudo.

A ORIENTADORA DÉBORA, minha eterna gratidão pela ajuda indispensável na realização deste trabalho.

A minha MÃE, pelo apoio nos momentos de angústia e desânimo.

A minha TIA ETERCILIA que constantemente se encarregou de fortalecer-me nos momentos de desânimo, com seu exemplo já vivenciado na caminhada profissional.

*A*o PROFº. DR. MAURO ANTÔNIO PIRES DIAS DA SILVA que compartilhou e repartiu seus conhecimentos, pelo apoio e incentivo.

A PROFª. DRª. MARLI ROLIM a quem serei eternamente admiradora e grata, por ter como características marcantes a disponibilidade e generosidade em compartilhar seu conhecimento.

A PROFª. DRª. ANA LÚCIA MACHADO, pelas sugestões pertinentes no momento do exame de qualificação.

A grande amiga SILVINHA que fez de sua presença um marco para a realização deste trabalho, pela paciência e disponibilidade que só uma grande amiga se dispõe.

*A*o amigo JORGE que se tornou o grande responsável pela minha inserção no mestrado.

A admirável profissional e amiga CIDINHA, que com seu exemplo marcante na assistência psiquiátrica estimulou-me a trilhar caminhos que me possibilitassem uma maior credibilidade na atuação profissional em saúde mental.

*A*os queridos familiares: TIA ADÉLIA, LENINHA, ZÉ CARLOS, LUCIANE e FERNANDA, pelo acolhimento e carinho nos momentos solitários.

*A*o amigo PROF^o DR. NILSON FERNANDES DINIS pelos conselhos valiosos e pela ajuda indispensável nos momentos de angústia.

*A*s amigas do mestrado e principalmente, EGLE, BETE LELO e LÚCIA que sempre se colocaram disponíveis em ajudar-me nos momentos nebulosos.

*A*os profissionais e funcionários do CAPS-ESTAÇÃO que sempre se dispuseram em colaborar na execução deste estudo.

*A*o CARLINHOS e demais funcionários do departamento de enfermagem.

*A*o apoio financeiro concedido pela FUNDAÇÃO COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES).

Resumo	ix
1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Uma instituição psiquiátrica em transformação	21
2. OBJETIVO	28
3. ABORDAGEM METODOLÓGICA	29
3.1 Reflexão acerca do referencial teórico metodológico	29
3.2 Campo de pesquisa	33
3.2.1 Local	33
3.2.2 Sujeitos	34
3.2.3 Coleta de dados	35
3.2.4 Análise dos dados	36
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
6. SUMMARY	77
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	78
8. ANEXOS	85

O objetivo do presente estudo é identificar e analisar as representações que usuários de um centro de atenção psicossocial constroem acerca do fenômeno tratamento psiquiátrico. Foram entrevistados 11 usuários do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS/Estação. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, segundo Bardin, tendo como suporte referencial teórico-metodológico a teoria moscoviciana de representação social. Os temas, definidos a partir da análise dos dados, possibilitaram a estruturação de três categorias. A primeira delas, **tratar é ser medicado**, foi construída a partir da compreensão medicamentosa do tratamento psiquiátrico. Nesta categoria estão contidos temas como o remédio como tratamento psiquiátrico, os efeitos do tratamento, os diferentes profissionais e sua participação no tratamento. A segunda categoria, **tratar é ser cuidado/(des)cuidado**, foi delineada a partir das ações de cuidados e de descuidos atribuídos ao tratamento psiquiátrico, com os seguintes temas: o cuidado no tratamento psiquiátrico, violência e instituição fechada. Na terceira categoria, **tratar é estar em atividade**, foi constituída a partir dos sentimentos que os sujeitos verbalizam sobre a terapia ocupacional e o trabalho no tratamento psiquiátrico.

Palavras-chaves: Saúde mental, Psicologia social, Enfermagem, Desinstitucionalização.

1. INTRODUÇÃO

A trajetória profissional da autora iniciou-se em 1990, no curso de formação de psicólogo, pela Universidade Estadual Paulista (Unesp-Assis, SP). Após a graduação, a pesquisadora especializou-se em psicologia hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), no ano de 1995. No ano seguinte, trabalhou como psicóloga clínica no Hospital de Saúde Mental de Ourinhos, SP.

No período em que atuou nesse hospital psiquiátrico, a autora atendeu pessoas portadoras de transtornos mentais. Constantes queixas eram referidas por grande parte dessa clientela, que não concordava em permanecer no espaço hospitalar para a realização do tratamento psiquiátrico, sobretudo quando já haviam saído do quadro de crise¹ mental. Os relatos recorrentes estimularam-na à problematização, não apenas dos aspectos referentes ao espaço hospitalar, mas também sobre outras possibilidades de tratamento psiquiátrico. As queixas das pessoas assistidas em regime de internação permitiram o questionamento de como seria a representação de tratamento psiquiátrico para o usuário de um serviço com características diferenciadas das já experimentadas, como o hospital psiquiátrico ou o ambulatório de especialidade em saúde mental.

Foram tais inquietações que levaram ao interesse de desenvolver esse estudo, que visa investigar as representações de tratamento psiquiátrico dos indivíduos portadores de transtorno mental, inseridos em um programa extra-hospitalar² de atendimento à saúde mental.

Acredita-se que as representações sociais estão relacionadas com o modo dos sujeitos agirem, sentirem e pensarem sobre tratamento psiquiátrico, transformando em senso comum aquilo que em suas origens foi produzido pelo conhecimento científico. Portanto o sujeito constrói significados para o tratamento psiquiátrico de acordo com os sentidos ou símbolos atribuídos pela história social, considerando também que as manifestações e transformações do conhecimento se desenvolvem por meio de situações particulares de uma sociedade (MOSCOVICI, 1978). Desta forma, optou-se por iniciar

¹ Este termo é empregado para denominar situações que envolvam pessoas portadoras de transtorno mental em quadros de agressividade, psicóticos em agitação psicomotora intensa, com risco de passagem ao ato (SILVA, 1999).

² Os programas extra-hospitalares em saúde mental são estruturas utilizadas na substituição do modelo hospitalocêntrico, tais como ambulatórios, CAPS, moradias, lares abrigados etc.

este estudo com uma retrospectiva histórica e social das formas de tratamento do adoecimento psíquico, que vem se consolidando no decorrer dos séculos como conhecimento e prática na assistência ao portador de doença mental.

Segundo FOUCAULT (1987), até a Idade Média, a loucura era praticamente despercebida como doença e, quando notada, era vista como um fato cotidiano ou como uma dádiva divina, por meio de significações religiosas e mágicas. A loucura tinha na sociedade uma certa razão, um ingrediente natural que habitava as casas, os povoados e os castelos.

Os insanos, assim como os portadores de deficiência mental e os miseráveis, eram considerados parte da sociedade e o principal alvo da caridade dos mais abastados, que assim procuravam se redimir dos seus pecados. Apenas os casos mais extremados ou perigosos sofriam segregação social, e as recomendações terapêuticas eram: o contato com a natureza, viagens, repouso, passeio, retiro e o teatro, no qual se apresentava ao louco a comédia de sua própria loucura (FOUCAULT, 1979).

Segundo FOUCAULT (1987), no final da Idade Média, vários indivíduos de comportamento desviante, de loucos a contestadores, foram perseguidos, julgados e queimados vivos nas fogueiras da Santa Inquisição.

Para este autor, a partir do século XIV, inicia-se a Renascença, que implica a retomada de princípios racionalistas na observação e descrição das doenças mentais, em oposição ao misticismo religioso. Os doentes mentais violentos, não podendo permanecer nas ruas das cidades, eram trancados em celas e masmorras de prisões. Nesse período, pobre e louco passaram a ser vistos como desocupados e uma ameaça à sociedade. Por não trabalharem e não produzirem, eram considerados marginais e improdutivos.

Ainda que houvesse o clamor por um tratamento mais digno aos alienados, e conseqüentemente se fizesse uma seleção mais nítida das anomalias mentais, a idéia de que os loucos eram perigosos e inúteis permaneceu na sociedade até o fim do século XVIII. Tal concepção fazia com que essas pessoas fossem mantidas em casas de internamento, levando uma vida de prisioneiros (FOUCAULT, 1979). Nesse período, foram construídos os primeiros hospitais, considerados casas para os pobres e insensatos. Tratados como prisioneiros, eram normalmente acorrentados às paredes e às

camas. As mulheres agitadas eram acorrentadas, fixadas por anéis aos tornozelos e ligadas a algemas por meio de correntes curtas (FOUCAULT, 1987).

Ainda, no final do século XVIII, acontecimentos históricos repercutiram, na Europa Ocidental, idéias liberais e libertadoras, passando a se estabelecer como discurso, principalmente na França, onde havia um clima de luta pelos direitos de cidadania e de valorização do homem. Esse movimento revolucionário fez com que o jovem médico Phillipe Pinel ficasse conhecido como aquele quem libertou os loucos de suas correntes e os inseriu definitivamente no universo dos enfermos. A nova abordagem representou "o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica" (AMARANTE, 1995; p.27).

Em meados do século XIX, o hospital psiquiátrico se estabeleceu como um lugar de diagnóstico e de classificação, no qual as espécies de doenças eram divididas. O médico do hospital era ao mesmo tempo aquele que podia produzir a doença em sua verdade e submetê-la pelo poder que sua vontade exercia sobre o próprio doente, usando procedimentos como isolamento, punições, pregações morais, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório. Tal espaço tinha como função fazer do médico o mestre da loucura (PISSOTTI, 1996). Então, o poder médico se instaurou, como aquele que conhece as doenças e os doentes, mantendo a competência e detendo o saber científico.

Jean Esquirol e Philippe Pinel, médicos vanguardistas da produção francesa, classificaram as doenças mentais e estabeleceram um novo tratamento para os internos de hospitais mentais chamado "tratamento moral da insanidade" (KAPLAN et al., 1997).

FOUCAULT (1979) refere que, para justificar o isolamento dos loucos, Esquirol considerou como razões principais: garantir a segurança pessoal dos loucos e de seus familiares, liberá-los das influências externas, contribuir para que eles vençam suas resistências pessoais, submetê-los a um regime médico, impondo-lhes novos hábitos, intelectual e moral. Assim, um poder terapêutico e de controle foi estabelecido.

Segundo BIRMAN (1978; p.258), o ponto principal para a constituição do tratamento moral foi a higiene moral, na qual as medidas estavam sintetizadas na noção e na prática do isolamento, sendo esta a consequência mais conhecida. Para a higiene moral, o isolamento propiciava o afastamento do doente mental de um conjunto de situações que poderiam ser obstáculos à sua recuperação, ou seja, "separá-lo do seu

ambiente habitual, seja físico ou social, corresponderia a afastá-lo das causas de sua moléstia aí presentes, assim como de todas as outras forças deste meio que poderiam se opor ao seu futuro restabelecimento”. Como terapêutica, usava-se o afastamento do indivíduo das causas da enfermidade e das outras possíveis forças de oposição à cura.

Com o rompimento total com o meio ambiente, o alienado era submetido ao contato permanente com a equipe médica. Esta era considerada a melhor forma de tratar, já que o paciente poderia ser submetido aos meios possíveis de tratamento. O isolamento foi o momento primeiro e fundamental do tratamento psiquiátrico. O alienado era colocado num espaço especial, com o intuito de ser transformado num indivíduo regulado pelas normas sociais. Este seria o aspecto positivo do isolamento. Já a separação entre o alienado e seus familiares era uma exigência do tratamento psiquiátrico, para assim, “imunizá-lo das influências eventualmente nocivas do ambiente cotidiano, da vida normal” (PESSOTTI, 1996; p.151).

Para CASTEL (1978), a medicina como saber sobre a alienação mental se propunha a modificar os loucos, tornando-os sujeitos do espaço social. Uma terapia de transformação assim era denominada.

BIRMAN (1978) classifica o tratamento em três grandes formas, às quais deveriam se submeter os alienados:

- Tratamento Físico

Fazia-se através dos meios que atuassem diretamente sobre o corpo do paciente. Estes meios poderiam ser medicamentosos ou não, mas o seu ponto-de-apoio e de ação era sempre o corpo do indivíduo, considerado como um corpo doente como nas outras enfermidades da medicina somática, usando sangrias, purgativos, duchas, ópio, máquina rotatória, etc.

- Tratamento Higiênico

Correspondia à realização e à disposição de um conjunto de medidas gerais, aparentemente inespecíficas, do ponto-de-vista etiológico, tais como exercícios, formas de alimentação, vestimentas, banhos frios ou quentes.

- Tratamento Moral

Era formulado como um conjunto de medidas morais que atuavam de modo direto sobre o espírito do alienado, primeiramente sobre a sua produção mental. Foi o meio mais utilizado, considerado a característica diferenciadora da medicina mental, por defender a etiologia moral da alienação.

Tanto o tratamento físico quanto o higiênico, convergiam enquanto instrumento terapêutico para a significação moral, que aparece como a ação terapêutica básica da alienação mental, pois o tratamento moral incluiria na sua prática todo um conjunto de ações físicas e mecânicas que seriam reeditadas numa linguagem moralizadora.

SZASZ (1974) define duas formas de abordagem no tratamento moral: o tratamento individual e o tratamento coletivo ou geral. O tratamento individual seria dirigido para um paciente determinado. Os meios utilizados deveriam ser avaliados de acordo com as particularidades de cada alienado. No entanto, o tratamento coletivo era o mais potente instrumento da medicina mental, através do funcionamento asilar e do processo coletivo de adaptação. A medicina mental procurou validar a cientificidade do tratamento coletivo para marcar as suas diferenças com a época pré-asilar. Funcionava na disposição de um espaço regido pelas normas, regulando as relações interpessoais e impondo-se segundo os ideais sociais.

Segundo BIRMAN (1978), uma outra prática mantida pelo tratamento moral era a ação pedagógica, instituinte de normas educacionais. O discurso pedagógico moral se fincava na família e na educação como matrizes da aplicação terapêutica. As linhas pedagógicas sintetizavam-se em torno das seguintes noções: hierarquia, ordem, vigilância e dominação. Cada qual necessitava da outra para sua própria função e para discriminação de suas funções no interior do sistema. Neste contexto, a punição sustentava-se como uma consequência do não cumprimento das normas estabelecidas pela administração médica, uma lei contra a desordem do alienado.

Para este autor, o trabalho constituiu um caráter fundamental para o funcionamento asilar. Seria por meio dele que os alienados se fixariam às normas do mundo externo, abandonando a animalidade de estarem ligados aos seus impulsos internos. Enquanto fixavam a atenção no trabalho, constrangiam suas paixões produzindo

uma maior tranquilidade asilar, instituindo e reproduzindo o mundo da ordem. O trabalho como proposta terapêutica tornou-se o núcleo da ordem, tendo a função de normatizar a saúde e os bons costumes.

Para SZASZ (1974), Pinel não defendeu a idéia de que o paciente deveria ser melhor tratado porque estava doente, pois o papel social do doente mental não era tão reconhecido na época. A libertação empreendida por Pinel foi vista mais como uma reforma social do que como uma inovação no tratamento médico.

O tratamento moral perdeu sua força no final do século XIX. A psiquiatria assumiria uma posição positivista, centrada na medicina biológica.

Com o progresso no campo da medicina, a psiquiatria se restabelece por meio do modelo biomédico no tratamento das doenças mentais. Segundo CAPRA (1982), o modelo biomédico é resultado da influência do paradigma cartesiano no qual o corpo é identificado como uma máquina que pode ser analisada pelo estudo de suas partes.

A teoria da degenerescência se instalou como a mais organicista das teorias psiquiátricas, considerada como a verdadeira abordagem científica das doenças mentais, orientada pela anatomopatologia e pela hereditariedade. Acreditava-se que a degenerescência era transmitida hereditariamente, constituindo desvios patológicos (COSTA, 1998).

Outra teoria, representada pela corrente organicista, baseava-se no orgânico como causador das afecções mentais, o que trouxe novos direcionamentos para a terapêutica psiquiátrica. Esta terapêutica tinha como concepção a psicopatologia clínica (BEAUCHESNE, 1989).

No início do século XX, a psicanálise, representada por Sigmund Freud, contribuiu com uma nova forma de tratamento da doença mental. Acreditando que ela seria causada essencialmente por fatores psíquicos, Freud passou a dar um tratamento psicoterápico, no qual a palavra do paciente é a expressão dos conflitos conscientes e inconscientes. A psicanálise se consolidou como um método de investigação, uma técnica terapêutica e um conhecimento científico (HERRMANN, 1988).

Na segunda metade do século XX, a quimioterapia tornou-se uma importante área de pesquisa e prática do tratamento para a doença mental. Em 1949, foi descrito o

tratamento da excitação maníaca com o lítio, considerado um momento importante na história da psicofarmacologia, que passa a ser o início de um processo farmacológico no tratamento da doença mental (KAPLAN et al., 1997).

O uso dos psicofármacos introduziu uma mudança no tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais. “Foram os pacientes esquizofrênicos os primeiros a se beneficiarem dos efeitos das drogas antipsicóticas, também chamadas drogas antiesquizofrênicas ou neurolépticos” (ROLIM et al., 1997; p.93).

Após a Segunda Guerra, em diversos países da Europa e da América do Norte, um cenário de movimentos e reformas começaram a ser articulados nos asilos e nas instituições psiquiátricas. Surgiram experiências com a pretensão de reformular estes espaços, estendendo-se o serviço para a comunidade. Foram criados fundamentos de sustentação teórica e institucional para o tratamento da doença mental e, assim, as psiquiatrias reformuladas se organizaram por meio da seguinte ordenação: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, a psiquiatria do setor e preventiva, e a antipsiquiatria e as experiências que surgiram a partir de Franco Basaglia (CAMPOS, 2000).

Para AMARANTE (1995), as experiências trazidas pela comunidade terapêutica se caracterizaram como um processo de reforma institucional, baseadas na adoção de medidas administrativas, objetivando uma transformação da dinâmica asilar através da democratização e da participação coletiva no tratamento dos asilados.

Entre as propostas estabelecidas por essa reforma, destaca-se a terapia ativa ou terapia ocupacional, retomando a idéia de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, uma vez que, pelo trabalho, o sujeito se estabeleceria na sociabilidade da produção. Outras práticas terapêuticas se estabeleceram, como os grupos de discussão, os grupos operativos e os de atividades, envolvendo não só os pacientes, mas profissionais, familiares e a comunidade, para a contribuição do tratamento. A comunidade terapêutica instituiu uma modificação dentro do hospital psiquiátrico, estendendo-se aos “papéis da equipe e dos pacientes, e da inter-relação entre eles” (AMARANTE, 1995; p.30).

A comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional defendiam que a instituição psiquiátrica podia ser um legítimo lugar de tratamento e tecida de vida para determinados sujeitos, conforme refere o autor acima citado.

A psiquiatria de setor caracterizou-se como um movimento de oposição à instituição asilar, restringindo a internação a uma etapa, destinando o tratamento psiquiátrico ao próprio meio social em que o paciente encontrava-se inserido. Com isso, priorizou, como direção de tratamento, a possibilidade de assistência ao paciente em sua própria comunidade, o que para esse movimento tornou-se um fator terapêutico (CAMPOS, 2000).

Segundo TORREY (1976), a psiquiatria incorporou o conceito de prevenção das enfermidades mentais como uma estratégia de intervenção nas causas ou no surgimento das doenças mentais. Para os defensores da psiquiatria preventiva, as doenças mentais poderiam ser prevenidas como qualquer doença física. Portanto, o novo sujeito do tratamento passa a ser a coletividade, agindo não apenas como prevenção, mas se fundamentando na promoção de saúde mental.

A antipsiquiatria surgiu com a proposta de romper com o modelo assistencial vigente, buscando destituir do saber médico a compreensão, a descrição e o tratamento das doenças mentais. Buscou um diálogo entre razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. O método terapêutico proposto pela antipsiquiatria não introduzia o tratamento químico ou físico, mas indicava acompanhamento em grupo, valorizava a análise do discurso por meio da investigação e da não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1995).

A psicoterapia democrática italiana, que teve como seu maior precursor Franco Basaglia, revolucionou as formas de cuidados ao doente mental, desinstitucionalizando, desmontando e desconstruindo o saber, a prática e o discurso utilizado pela psiquiatria tradicional. Basaglia fez de Trieste, Itália, um cenário para a construção de novos espaços e formas de lidar com a loucura. Nele, o enfoque era a sociabilidade e a subjetividade, trazendo, formas renovadas de cuidados para indivíduos com histórico psiquiátrico (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Toda trajetória dos movimentos já citados teve como importância o fato de ser o ponto-de-partida para se chegar às reformas de desinstitucionalização, instituindo-se

um processo de desmontagem e desconstrução do espaço manicomial e propondo a constituição de formas diferenciadas para o tratamento psiquiátrico ao portador de doença mental.

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, não houve assistência médica específica aos doentes mentais. Quando não eram colocados nas prisões por perturbação da ordem pública, eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais. A inauguração do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro. Ele recebeu o nome Hospício "D. Pedro II", e foi dirigido exclusivamente pelos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Em 1886, um médico psiquiatra, pela primeira vez, ocupou a direção do Hospício (COSTA, 1980).

Segundo MACHADO (1978), o tratamento atribuído aos seus internos tinha como objetivo dizimar a loucura. Para isso, alguns princípios iriam organizar o espaço e a vida asilar. O isolamento e a vigilância tomaram-se princípios primordiais no tratamento e na segurança dos alienados. A cura era possível por meio do isolamento, restringindo o tratamento ao espaço asilar. A condição de excluir o alienado da sociedade implicava a possibilidade de uma reinserção futura, depois de sua reabilitação através do tratamento oferecido pelo hospício

Para este autor, a norma do trabalho imperou nos hospícios brasileiros, materializando-se em oficinas de trabalhos manuais como alfaiataria, bordados, produção de flores artificiais, colchoaria. Para a psiquiatria, o trabalho estabeleceu-se como principal meio de cura, pois a sua finalidade nos hospícios não era a busca do lucro, mas o próprio trabalho como princípio a ser interiorizado como um bem a ser adquirido.

Os alienados ficavam entregues, na maior parte do tempo, às irmãs de caridade e aos enfermeiros, incapazes de uma observação judiciosa que esclarecesse o diagnóstico e orientasse o tratamento. A presença médica era ocasional, não permitindo que o hospício se tornasse um lugar de conhecimento da loucura e de restabelecimento do doente mental (KIRSCHBAUM, 1994).

Partindo de uma política ideológica, outras propostas na assistência psiquiátrica se estabeleceram, entre as quais a implantação de colônias agrícolas para doentes mentais, que foram vistas como a solução para o tratamento psiquiátrico, recuperando-os pelo trabalho agrícola e devolvendo-os à comunidade como cidadãos

úteis. Este retorno era feito diretamente ou, por via intermediária, pela adoção do ex-interno por famílias das redondezas (RESENDE, 1990). Para estas famílias, era oferecida uma remuneração do Estado e o paciente constituiria mão-de-obra gratuita para o trabalho. Este tipo de assistência foi chamado heterofamiliar e não se consolidou, na época, como estratégia de assistência.

Após 1964, a psiquiatria foi chamada a dar sua contribuição na prática assistencial. Segundo COSTA (1980; p.38), “esse foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente, com uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes.” Devido às precárias condições dos hospitais da rede pública — reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência — e à ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se razões de ordem econômica, estabeleceu-se a contratação de leitos em hospitais privados, para atender à demanda.

Entre 1965 e 1970 houve um aumento significativo do número de doentes mentais nos hospitais da rede privada, resultando num elevado número de internações e no afluxo maciço dos indivíduos portadores de transtornos mentais para os hospitais privados (COSTA, 1980).

Em meados da década de 70, começaram a surgir algumas experiências isoladas, contrapondo-se ao modelo asilar, inspiradas na comunidade terapêutica, na psicoterapia institucional e na psicoterapia preventiva, permitindo novas propostas na assistência psiquiátrica. Nessa época, foram observados discretos investimentos em comunidades terapêuticas, hospitais-dias e centros de saúde mental. Os investimentos, no entanto, foram esporádicos, pouco significativos e, alguns, pouco duradouros (AMARANTE, 1995).

Nesse período, o atendimento ambulatorial resumia-se à atenção psiquiátrica nos Postos de Assistência média do INAMPS³, mantendo-se uma insuficiência de recursos, onde, as filas, o descaso, a falta de condições materiais transformavam o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento (BEZERRA, 1992; CAMPOS, 2000).

³ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

A psicofarmacologia no tratamento das doenças mentais era empregada apenas para adaptar o paciente às condições hospitalares, como se isto pudesse ser considerado “tratamento”, ou seja, com o auxílio das drogas, o paciente passava a não mais incomodar (KARNIOL, 1983).

O final da década de 70 iniciou o processo da reforma psiquiátrica brasileira, com a conhecida crise da Divisão Nacional de Saúde Mental⁴ (AMARANTE, 1995).

Segundo BEZERRA (1994; p.181), na segunda metade da década de 80, ocorreu no Brasil a implantação do processo de Reforma Psiquiátrica, que se consolidou norteadas por acontecimentos marcantes, como o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, SP, e que fez ressurgirem novos rumos para a saúde mental, “na busca de redescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e seus loucos”. Assim, a preocupação deixou de estar centralizada apenas na instituição psiquiátrica e passou a abranger a condição humana, social, política e cultural do doente mental, abrindo espaço para um questionamento viável e crítico.

Outros acontecimentos importantes para a reestruturação da política de saúde mental no Brasil foram o Movimento da Luta Antimanicomial e a Conferência de Caracas, Venezuela. Esta conferência, realizada em 1990, refletiu mudanças na atenção à saúde mental no país (SANTOS, 1995).

Nas palavras de BEZERRA (1994; p.188), “o grau de desenvolvimento e avanços do movimento reformista é paralelo ao nível de organização política das forças progressistas nas diversas regiões”. O autor descreveu que, meio às transformações ocasionadas pela Reforma Psiquiátrica, intervenções começaram a ocorrer em instituições psiquiátricas como, por exemplo, a Casa de Saúde Anchieta, em Santos, SP, as experiências inovadoras do Rio Grande do Sul, como a Nossa Casa, em São Lourenço do Sul, e a Pensão Protegida Nova Vida, em Porto Alegre. Em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira” (CAPS) tornou-se referência na experiência clínica e teórica.

Para BEZERRA (1994), um dos fatos marcantes do final da década de 80 foi a apresentação, ao Congresso Nacional, do Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado Paulo

⁴ Órgão do Ministério da Saúde destinado à criação das políticas deste setor.

Delgado (PT-MG). Este projeto reuniu, em texto legal, o conjunto de princípios que norteavam o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no País.

Entre os acontecimentos e experiências da época, destacou-se o processo de transformação do modelo assistencial percorrido pelo Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, localizado em Campinas, SP, que, desde 1991, por meio de suas ações de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, intenciona superar a utilização da internação psiquiátrica como forma exclusiva de tratamento para a doença mental. Tal objetivo vem possibilitando a emergência no aparecimento de outras vertentes e modalidades de cuidados, com o intuito de introduzir os princípios que conduziram à implementação da Reforma Psiquiátrica em Campinas.

1.1. Uma instituição psiquiátrica em transformação

O Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” foi criado em 1924, quando ainda denominado Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Sousas. Destinado a atender pessoas portadoras de transtornos mentais provenientes de Campinas e de outras cidades da região, nessa época ele oferecia tratamento psiquiátrico centrado no modelo “hospitalocêntrico” (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 1993).

Em 1990, a “população de pacientes internados era constituída predominantemente por idosos com muitos anos de internação. Mais de 50% estavam há mais de dez anos internados, e a rotatividade de clientela era feita com a utilização de apenas 20 leitos para internação de pacientes em crise, reproduzindo um modelo assistencial que vinculava muito pouco sua clientela à sociedade. Este sistema apresentava soluções pouco eficazes nos tratamentos e um contingente enorme de internos crônicos, o que forjava uma insustentável situação institucional” (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 1993, p.2).

Sendo uma entidade de caráter privado e filantrópico, o Hospício enfrentou momentos críticos de crise financeira e econômica. No ano de 1989, a administração do serviço iniciou, junto ao Poder Público Municipal de Saúde de Campinas, a busca de transformação do atendimento à clientela. Assim, em 1990, foi firmado um convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, cujo objetivo era resgatar o caráter público da instituição e transformar o modelo assistencial vigente, inserindo o

serviço no sistema municipal de saúde para então “aumentar a oferta e exercer maior controle público sobre a demanda de internações” (ONOCKO; AMARAL, 1997; p.355).

Dessa forma, iniciou-se o processo de reformulação do modelo de atendimento, buscando “instalar uma nova cultura psiquiátrica” (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 1993). Conforme aponta KIRSCHBAUM (1998; p.32), desde então, foram operadas “transformações da antiga estrutura asilar em um espaço de tratamento e acolhimento de pacientes em crise aguda e de reabilitação de pacientes crônicos, através da criação de equipamentos que superassem o emprego da internação integral como forma exclusiva de tratamento e organização de projetos de ressocialização e de reinserção social.”

A administração deixou de ser realizada por leigos e passou a ser feita por profissionais da saúde, com o propósito de constituir e de co-gerenciar o tratamento e o cuidado. Portanto, estabeleceu-se uma composição de profissionais de várias áreas, aliando-se a uma renovada estrutura de cuidado gerencial para com os usuários. O processo de planejamento gerencial manteve um papel importante na elaboração de estratégias para o enfrentamento dos problemas existentes com as transformações do serviço (ONOCKO, 1998).

Ao longo de 1991, começaram a ser implantadas estruturas de cuidados que tinham como objetivo a reformulação da atenção oferecida. As unidades de produção assistencial foram estruturadas para promover “transformação dentro da dinâmica das demandas da clientela e do perfil epidemiológico da doença mental” (ONOCKO; AMARAL, 1997; p.356).

Atualmente, o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” conta com estruturas de cuidados que consistem em unidades diferenciadas, compostas por equipes multiprofissionais que atuam sob uma perspectiva interdisciplinar, possibilitando uma integração na construção da compreensão do sofrimento psíquico dos usuários do serviço. Segundo as autoras citadas acima, o serviço conduz-se a uma permanente busca de novas alternativas terapêuticas e de superação da cultura social hegemônica de exclusão do indivíduo portador de transtorno mental.

As estruturas de cuidados compõem-se de espaços variados que têm como finalidade ajudar na superação da utilização da internação como forma exclusiva de

tratamento. Entre essas unidades de assistência, estão o Núcleo de Oficinas de Trabalho, o Hospital-Dia, a Unidade de Internação, o Centro de Convivência, as Moradias Extra-Hospitalares, a Escola e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-Estação), este último constitui-se como local de coleta de dados do presente estudo.

- Núcleo de Oficinas de Trabalho

É um espaço de profissionalização e de recuperação da capacidade do trabalho. Tendo como objetivo a reabilitação para o trabalho, a inserção social e a reabilitação psicossocial. Abre, na relação com o trabalho, um campo de construção pessoal e social mediante o cooperativismo, na "produção" de "produtos" para a comercialização. Entre as atividades oferecidas, estão a jardinagem, a culinária, a horticultura, a gráfica e o artesanato, através das quais o aprendiz obtém remuneração mensal. Em suma, trata-se de um serviço especializado em reabilitação psicossocial, em que os usuários são pacientes com grau de autonomia diferentes, mas com capacidade para o trabalho.

- Hospital-Dia

Inaugurado em 1991, o Hospital-Dia (HD) dispunha-se a atender pacientes psicóticos jovens ou em primeiro surto, neuróticos graves e dependentes de álcool e de outras drogas. Segundo VICHÍ et al., (1997), o HD tinha como metas constituir-se referência para outras unidades da rede, assistir pacientes com dificuldades de serem atendidos em ambulatório e reformular o tratamento de pacientes crônicos com projetos de reabilitação e criação de programas de lar abrigado, pensão e trabalho protegido.

A equipe responsável por esse programa era constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistente social, ator, arte-terapeuta, professor de educação física e monitores, e médicos residentes da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). No decorrer do ano letivo, a equipe contava ainda com estagiários da graduação ou em especialização, nas áreas de terapia ocupacional, psicologia, enfermagem e medicina preventiva. Os atendimentos eram conduzidos em grupos, considerando-se a necessidade específica de cada um deles. O comparecimento dos pacientes variava de 20 a 40 horas semanais (VICHÍ et al., 1997). Esta unidade constituía-se referência para os demais serviços de saúde mental em Campinas e região

(AMARAL, 1995). Os propósitos principais do Hospital-Dia, como relatam ONOCKO; AMARAL (1997; p.356), eram “evitar a internação psiquiátrica e trabalhar a aquisição de um novo grau de autonomia e de sociabilidade do usuário.”

- Unidade de Internação

A Unidade de Internação propunha-se a atender usuários em quadro agudo, para oferecer internação psiquiátrica de curta permanência, mediante um tratamento psiquiátrico humanizado. Esta Unidade comportava 50 leitos, atendendo tanto os usuários do “Cândido Ferreira” quanto externos ao Serviço, por meio de uma central regional de vagas, que realizava o controle das internações. A média de permanência era de 28 dias e o encaminhamento para os serviços extra-hospitalares era feito durante a internação para as unidades do próprio Serviço (ONOCKO; AMARAL, 1997).

- Moradias Extra-Hospitalares

Tendo início as instalações em 1991, e destinada a uma população moradora do Hospital “Cândido Ferreira”, que possuía mínimas condições para viver fora da instituição, as moradias extra-hospitalares constituíram-se alternativa viável para a desospitalização (FURTADO; PACHECO, 1997).

A primeira moradia foi o Lar Abrigado, inaugurado em 1991, com localização à distância de 3 km da sede do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, planejado, no início, para receber seis moradores com autonomia suficiente para dispensar a presença diária dos profissionais, que se limitavam a uma visita semanal.

A segunda moradia foi a Pensão Protegida, inaugurada em 1995, situada a 10 km do “Cândido Ferreira”, no bairro Santa Odila, em Campinas. Devido à sua proximidade de um Centro de Saúde, que possuía uma equipe de saúde mental, foi possível responsabilizá-la pela atenção aos moradores. Tratava-se de um grupo de sete moradores com baixo grau de autonomia, necessitando da permanência de uma governanta no período de 8 horas diárias (FURTADO; PACHECO, 1997).

O programa ampliou e, hoje, conta com 20 moradias, atendendo a 70 pessoas. Localizadas em diversos pontos de Campinas, com um número de moradores

correspondente às condições do espaço oferecido pelas casas, as moradias priorizam a particularidade de cada morador e, com isso, o programa considera a existência de moradias com apenas um morador.

As moradias são assistidas continuamente pelos profissionais da equipe técnica e pelos auxiliares de enfermagem, sendo que cada morador tem um profissional da equipe como referência.

- Centro de Convivência

O Centro de Convivência é um espaço que dispõe de diversos projetos na área cultural, social, educativa, de aprendizagem e de lazer, articulando o terapêutico com a vida social cotidiana. Esta unidade favorece o encontro e a troca de experiências, possibilitando o desenvolvimento dos usuários e permitindo um contato mais próximo com a comunidade. Os projetos se estruturam mediante a iniciativa de profissionais e a colaboração de várias pessoas da comunidade: moradores, estagiários e profissionais da UNICAMP. Além disso, este espaço tem como forma de gestão um conselho gestor com a participação de usuários e funcionários. O atendimento abrange uma média de 50 usuários ao dia, pessoas vinculadas aos serviços internos do “Cândido Ferreira”, e encaminhadas por outros serviços (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 2000).

- Escola

A parceria entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação resultou na Fundação Municipal para Educação Comunitária (FUMEC), que visa à alfabetização de pessoas portadoras de transtornos mentais e que também abrange moradores da comunidade desejosos de serem alfabetizados. Desta forma, o programa atende internos do Hospital “Tibiriçá”, usuários do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” e moradores da comunidade. A Escola situa-se no Distrito de Sousas. Seu suporte financeiro é uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Campinas e o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”. Esse serviço conta com uma coordenadora pedagógica e professores da rede municipal.

- Centro de Atenção Psicossocial /CAPS/ Estação

Inaugurado em abril de 2000, localizado na região central de Campinas, este serviço presta atendimento aos indivíduos com transtorno mental, residentes nas regiões Norte e Sul da cidade, encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde. Também compõem sua clientela os usuários das moradias extra-hospitalares do serviço.

Conforme consta no documento⁵ que estabelece a sua missão, esta unidade tem como incumbência o “uso prioritário de tecnologias fundadas no atendimento singularizado, baseado na clínica e na reabilitação psicossocial. Nas situações de crise, sempre que possível, procurar-se-ão soluções alternativas à internação psiquiátrica”. Também define que “as ações desta estrutura têm a qualidade e a intensidade condizentes com as demandas, que são voltadas para o desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida dos usuários, familiares e outras pessoas envolvidas. Estas ações são oferecidas por meio de um processo de trabalho interdisciplinar e articuladas com outros serviços e instituições, sejam na área de saúde ou não” (SERVIÇO DE SAÚDE Dr. CÂNDIDO FERREIRA, 2000; p.1).

A estratégia de base do modelo de assistência do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” se constituiu por meio de dois pontos principais: a desospitalização e a criação de ações de reabilitação psicossocial. O Centro de Atenção Psicossocial-CAPS/Estação, como unidade deste Serviço, integrou essa concepção reabilitadora.

Segundo SARACENO (1999; p.34), a reabilitação se estabelece por meio de um “conjunto de procedimentos que procuram aumentar as habilidades e diminuir a deficiência,” pautando-se em intervenções com ações simultâneas sobre a inabilidade e a deficiência.

Para PITTA (1996; p.21), reabilitar estende-se a um processo integrador associado a programas e serviços cujas propostas envolvem facilitar as condições de vida do indivíduo com limitações, promovendo, uma prática de cuidados cotidianos. Segundo a autora, “reabilitação psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis

⁵ Documento denominado “A Missão,” produzido pela equipe do CAPS-Estação, no qual estabelece a fundamentação do serviço.

aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados.”

Na estruturação das representações sociais, estão em vigor relações socialmente construídas, determinando as condições de construção do social e norteando a ação do indivíduo social. O sujeito edifica significados para o fenômeno tratamento psiquiátrico, de acordo com os símbolos que lhe são dados pela história social, ou seja, “este mesmo sujeito participa das determinações de interpretação e simbolização de sua sociedade” (MACHADO, 1999; p.10). Ao ser internado em um hospital psiquiátrico ou estando inserido em um programa extra-hospitalar baseado na reabilitação psicossocial, ele vai elaborar significados do tratamento psiquiátrico partindo do que lhe foi atribuído.

Acredita-se que as explicações que o usuário do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS/Estação dá sobre o tratamento psiquiátrico estão de acordo com o que ele percebe em sua vida cotidiana. O pensamento cotidiano torna-se a base de suas representações.

O intuito desta investigação limita-se a compreender como o fenômeno tratamento psiquiátrico é elaborado por indivíduos com histórico psiquiátrico vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial-CAPS/Estação, partindo do pressuposto de que as ações dos indivíduos são orientadas pelas representações estabelecidas no seu cotidiano.

Considera-se que o melhor entendimento da forma como estas pessoas compreendem a sua inserção em tal Serviço extra-hospitalar, possibilitará identificar elementos que possam orientar a busca de intervenções que objetive a maior adesão ao cuidado em saúde mental.

Especificando, o presente estudo visa deter-se às seguintes indagações:

- Quais as manifestações do pensamento que o usuário do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS/Estação constitui acerca de tratamento psiquiátrico?

- Como o representa?

2. OBJETIVO

- Identificar e analisar as representações acerca de tratamento psiquiátrico, elaboradas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1. Reflexões acerca do referencial teórico-metodológico

O referencial teórico proposto para este estudo aproxima-se da perspectiva teórica do conceito de representação social, tendo como principais autores Serge Moscovici e Denise Jodelet.

Serge Moscovici, psicólogo social contemporâneo, integrante da escola construtivista francesa, em sua obra *La Psychanalyse: son Image e son Public*⁶, de 1961, pesquisou as representações diferenciadas de conceitos básicos da psicanálise na sociedade parisiense, criando uma nova abordagem teórica para as representações sociais.

MOSCOVICI (1978) contrapôs-se às correntes da psicologia, admitindo uma limitação no desenvolvimento da psicologia social. Para ele, a divisão entre indivíduo e coletividade não era viável, superando a proposta de Émile Durkheim, que foi o precursor do termo “representação coletiva”. Ele introduziu pela primeira vez o termo numa concepção originariamente sociológica como “um conjunto de idéias, saberes e sentimentos provenientes da estrutura social mais ampla que os indivíduos incorporam, combinam e representam com a função de promover cooperação” (QUEIROZ, 1998; p.12).

Para distinguir a sociologia da psicologia individual, DURKHEIM (1970) argumentou que sua teoria tratava simplesmente de introduzir e de aclimatar na sociologia um conceito paralelo daquele que tende cada vez mais a prevalecer em psicologia, considerando que, para a sociologia, compete o estudo dos fatos sociais e, para a psicologia, cabe somente o estudo dos fatos psíquicos.

Ainda para DURKHEIM (1970), a sociedade restringe e impõe uma forma de comportamento e, assim, o pensar, o agir, o sentir passam a ser exteriores aos indivíduos. A dimensão social absorve todo o universo individual, incluindo o tempo e o

⁶ A obra de Serge Moscovici foi publicada parcialmente em português, sob o título de *A representação social da psicanálise*, por Zahar Editores, Rio de Janeiro, em 1978.

espaço, pois, como categorias elementares, não podem existir sem a organização da dimensão social

O conceito durkheimiano parte do pressuposto de que tudo é produto do social, porque, quando o indivíduo nasce, ele já encontra um mundo pronto, passando apenas a reproduzir a sociedade. A dimensão social se mantém dominante e totalitária sobre o indivíduo, impedindo a possibilidade do indivíduo modificar o real (QUEIROZ, 1998).

A teoria de Durkheim influenciou não só o pensamento sociológico. A psicologia social apoderou-se desta teoria e, entre vários seguidores, o psicólogo francês, Serge Moscovici, reformulou e ampliou o conceito de Durkheim, “propondo uma dimensão mais modesta e operacional da sociedade empírica cotidiana, do senso comum” (QUEIROZ, 1998; p.14).

MOSCOVICI (1978; p.26) traduz a representação social como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos.”

ROLIM (1993; p.13) afirma que “Moscovici introduziu o conceito durkheimiano na psicologia social para contextualizar socialmente o processo cognitivo, superando as abordagens intrapsíquicas das perspectivas teóricas tradicionais da psicologia.”

Para MOSCOVICI (1978), a representação social emerge entre as relações individuais e sociais, possibilitando uma explicação psicossociológica da origem do pensamento social, uma vez que, para este autor, as representações sociais estão muito presentes no universo cotidiano, circulando, cruzando-se e cristalizando-se através da linguagem, e das relações pessoais e interpessoais. O universo cotidiano se estabelece como um grande cenário, onde as representações sociais se convertem em conhecimento, pois as manifestações e transformações do conhecimento se desenvolvem por meio de situações particulares de uma sociedade.

Na concepção de Moscovici, dois processos são importantes para que as representações sociais se constituam: a objetivação e ancoragem.

A “objetivação” faz com que se torne real um esquema conceptual, com que se dê a uma imagem uma contrapartida material, resultado que tem, em primeiro lugar,

flexibilidade cognitiva. “Objetivar é reabsorver um excesso de significações, materializando-as”. Já o processo de “ancoragem” se estabelece mediante uma conversão do objeto social num instrumento disponível. O objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes, permitindo compreender o modo como os elementos representados de uma ciência contribuem para modelar as relações sociais e como as exprime. Enquanto a “objetivação” transfere a ciência para o domínio de uma realidade social, a “ancoragem” se delimita ao domínio do fazer a transferência, a fim de contornar o interdito de comunicação (MOSCOVICI, 1978; p.111).

Denise Jodelet, em sua Tese de Doutorado, de 1983, estudou a representação social da loucura em uma comunidade rural francesa. Esta autora, considerada discípula de Moscovici, tem divulgado o conceito de representação social através do incentivo de novos procedimentos de pesquisa (SPINK, 1993).

Para JODELET (1988), a noção de representação social se constitui na maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana, ou seja, uma forma de conhecimento social.

Os dois processos citados por MOSCOVICI (1978), a objetivação e a ancoragem, são definidos por JODELET (1988) como a elaboração e o funcionamento de uma representação social, identificando a “interdependência entre a atividade psicológica e as suas condições sociais de exercício” (p.20).

Na Teoria das Representações Sociais, o sujeito é quem vai criar o conhecimento a partir de suas experiências. O sujeito cria a sua realidade e a do conhecimento que ele tem dessa realidade, juntamente com sua história, em seu contexto social e ético (MACHADO, 1999).

MOSCOVICI (1978; p.53) acreditava que a importância da familiarização está no poder de integrar o real adotando a linguagem para permitir falar daquilo que todo mundo fala, mas considerando que os indivíduos não são apenas reprodutores daquilo que é imposto e vivenciado, por possuírem a disponibilidade da imaginação e do desejo de dar um sentido à sociedade e ao universo ao qual pertence. Ele alegava que, “para que o conhecimento seja interiorizado, o conhecimento penetra no mundo da conversação, prosseguindo as permutas verbais depois de certo tempo”. À medida que a conversa se tornasse coletiva, as expressões ganhariam em exatidão.

Os indivíduos engendram as representações sociais por meio da familiarização do real e das interações sociais do cotidiano. E tal questão vem elucidar o estudo sobre o conhecimento das representações de tratamento psiquiátrico elaboradas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

MOSCOVICI (1978) assegurou que, para que uma teoria possa perdurar, é necessário ser suficientemente elástica e complexa. Neste sentido, é que se busca, através da elasticidade e complexidade desta teoria, dar ouvido às representações elaboradas por aqueles que trazem na história o silêncio e a exclusão.

Entende-se, assim, que esse referencial possibilitará uma melhor compreensão das representações elaboradas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial a respeito de tratamento psiquiátrico, procurando-se apreender idéias, conceitos e atitudes que eles possuem sobre tratamento psiquiátrico. Entretanto, é importante salientar que os usuários, como sujeitos sociais, elaboram os seus discursos mediados pelas informações compartilhadas no contexto social mais abrangente. Logo, a linguagem dos sujeitos entrevistados reflete a forma de comunicação social na qual são elaboradas e reelaboradas suas representações.

Conforme refere SILVA (1998; p.48), “as representações passam a ser sociais no momento em que são identificados nas representações individuais, questões, nexos e relações com a história coletiva.”

3.2 Campo de pesquisa

3.2.1 Local

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)-Estação, unidade pertencente ao Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, serviço filantrópico de caráter público, financiado pelo SUS, prestador de serviços a indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, residentes nas regiões Norte e Sul de Campinas, e encaminhados pelas respectivas Unidades Básicas de Saúde. Também compõem sua clientela os usuários das moradias extra-hospitalares do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, localizadas no Distrito de Saúde Sul. A unidade conta atualmente com oito leitos 24 horas, para usuários em crise. Este serviço localiza-se na região central de Campinas.

No censo de usuários⁷ do CAPS-Estação, realizado em 12/11/2001, foi constatado que a população atendida corresponde ao número de 88 pessoas, de ambos os sexos e idades diferenciadas, com faixa etária acima de 18 anos. Os atendimentos são de segunda à sexta, das 8 às 17 horas.

O CAPS-Estação possui uma equipe de profissionais composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistente social, auxiliar administrativa, auxiliares de enfermagem e sanitarista. O serviço foi estruturado por meio de atividades pré-agendadas, com grupos de diferentes enfoques terapêuticos, conduzidos pelos profissionais. As atividades acontecem de segundas às sextas-feiras e, semanalmente, realiza-se um grupo específico para familiares dos usuários, conduzido por um psiquiatra e um assistente social. Os familiares dispõem, quando necessário, de psicoterapia grupal ou individual. O atendimento psicoterápico individual aos usuários acontece quando apontado como necessário pelo profissional que acompanha o usuário.

Os usuários vêm encaminhados de Centros de Saúde e de hospitais psiquiátricos da Rede Municipal de Campinas. Quando chegam ao serviço, passam por uma triagem e cada usuário passa a ter um profissional como referência.

⁷ Documento da unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-Estação) no qual constam as informações: nome, nº do prontuário, referência no serviço de origem, serviço de origem, distrito, referência prevista no CAPS, data da inclusão no CAPS.

A escolha desse local foi motivada por sua importância, pois tem como meta ser um pólo de capacitação de novos profissionais e de desenvolvimento de novas tecnologias em saúde mental, articulando formação, pesquisa e assistência (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 2000). Neste sentido, pode acolher com maior disponibilidade o pesquisador interessado em novas pesquisas, sendo, portanto, um cenário ideal nas construções das representações referentes ao fenômeno tratamento psiquiátrico, uma vez que nessa instância vinculam tanto os conhecimentos científicos como o saber do senso comum.

3.2.2 Sujeitos

Participaram da presente pesquisa um grupo composto por 11 usuários do CAPS-Estação, de ambos os sexos, e que atendiam aos seguintes critérios: 1. Estar inserido no programa de atendimento do CAPS-Estação; 2. Estar em condições físicas e psíquicas⁸ de participar das entrevistas; e 3. Haver consentimento tanto do paciente quanto de seu responsável.

A decisão sobre a amostra leva em conta a natureza desse estudo. Segundo MINAYO (1999), numa pesquisa de cunho qualitativo, a preocupação maior é com o aprofundamento e abrangência da compreensão do assunto pesquisado do que com a generalização.

O número-limite da amostra de sujeitos entrevistados segue o critério de repetição e saturação dos dados que emergiram dos depoimentos, bem como de sua relevância para a análise do objeto proposto. Segundo JODELET apud SÁ (1998; p.92), "quando os temas e ou argumentos começam a se repetir, isto significa que entrevistar uma maior quantidade de outros sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo da representação."

Os nomes dos sujeitos, bem como dos profissionais citados nos depoimentos, são fictícios para preservar a identidade dos mesmos.

No ANEXO VI, encontram-se os dados relativos aos sujeitos entrevistados.

⁸ Foram excluídos os usuários em crise, como critério para a entrevista.

3.2.3 Coleta dos dados

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e do Comitê de Ética do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (ANEXOS IV, V), o primeiro procedimento foi relacionar os nomes dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Estação”. O serviço mantém uma relação de nomes e dados de cada usuário. Baseada nessa lista fornecida pela unidade, foi possível a pesquisadora aproximar-se de cada sujeito, estabelecendo com ele um primeiro contato. No caso do usuário atender aos critérios de inclusão já citados (item 2.2.2), foi feito um segundo contato, que implicava no convite em participar da pesquisa.

A cada participante foram esclarecidos a finalidade da pesquisa, a garantia do sigilo dos dados e da identidade do entrevistado, e o uso do gravador no momento da entrevista. Aos sujeitos, foi especificado o direito de participar, ou não, da pesquisa, deixando claro que a opção de participar do estudo seria voluntária e não interferiria em seu tratamento no CAPS-Estação, mesmo que no decorrer da pesquisa eles optassem por interromper sua participação.

Antecipadamente ao procedimento da coleta de dados, os entrevistados e responsáveis foram consultados sobre a disponibilidade e o consentimento para participar da pesquisa. Esta consulta foi feita oficialmente por meio do termo de consentimento, direcionado ao familiar ou responsável. No caso do entrevistado não ter familiares ou responsáveis, o termo de consentimento foi encaminhado para a instituição em que foi desenvolvida a pesquisa. Foi apresentado um outro termo de consentimento especificamente ao sujeito entrevistado (ANEXOS II, III).

Foram feitos três encontros da pesquisadora com cada um dos sujeitos, para a coleta de dados. O primeiro limitou-se às apresentações pessoais e uma conversa informal; no segundo, o convite para participar da pesquisa, implicando explicação do trabalho; e, no terceiro encontro, a realização da entrevista. Nos dois últimos encontros, todos os sujeitos mostraram-se aparentemente entusiasmados e interessados em participar da pesquisa. Foram participativos, receptivos e acolhedores à pesquisadora, sendo que nenhum deles se recusou a tomar parte da entrevista. Também foram pontuais no horário e no dia marcado ao encontro.

As entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora, seguindo o modelo de entrevista semi-estruturada, “que combina perguntas estruturadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 1999; p.108).

Organizou-se um roteiro (ANEXO I) com as principais questões abordadas nas entrevistas. Apesar deste roteiro, foi permitido que outros temas fossem expostos pelo entrevistado.

As entrevistas, que duraram em média de 30 a 50 minutos, foram feitas em local reservado, no próprio CAPS-Estação, considerando-se a disponibilidade do entrevistado para a data e o horário agendados. Elas foram gravadas em fitas cassetes e, de posse da coleta do conteúdo total, foram transcritas na íntegra pela pesquisadora (vide ANEXO VII).

Todos os participantes foram consultados sobre a gravação das entrevistas e nenhum dos entrevistados apresentou objeções.

3.2.4 Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas várias leituras dos depoimentos, procurando-se identificar as representações elaboradas e expressas no discurso dos entrevistados a respeito de tratamento psiquiátrico.

Optou-se por trabalhar com o material obtido através da análise do conteúdo que, para BARDIN (1977), significa um conjunto de técnicas de análise das comunicações, as quais procuram conhecer aquilo que está por trás das palavras — outras realidades através dos conteúdos comunicados.

A técnica de análise de dados utilizada na análise do conteúdo foi a da análise temática. Segundo MINAYO (1999), esta é uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa das pesquisas em saúde.

Conforme BARDIN (1977), a análise temática é a mais antiga e a mais utilizada, “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (p.153).

Através de várias leituras atentas dos depoimentos das entrevistas efetuadas, foi feito um levantamento dos temas. Os temas abordados nos depoimentos foram agrupados por semelhança. Posteriormente ao agrupamento dos temas, foi efetuada uma classificação dos termos centrais para a proposta desse estudo, definidos, assim, como categorias. Para BARDIN (1977; p.117), "as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos," havendo um reagrupamento dos temas, segundo a categorização. Por meio da categorização, os temas se posicionaram, permitindo uma delimitação para a análise desse estudo.

Segundo MOSCOVICI (1978), as categorias e os temas ajudaram no isolamento e na generalização do conteúdo analisado, combinando discursos individualizados, permitindo, desta forma, uma melhor compreensão na análise e discussão do trabalho.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a análise deste estudo, seguiu-se o pressuposto de que as representações sociais podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais (MINAYO, 1999).

Segundo ROLIM (1993), as representações sociais são compostas por unidades de significação que, pelas semelhanças de seu conteúdo, mostram núcleos de ações, pensamentos e de sentimentos. Da associação destes núcleos, emergem categorias que se constituem como formas estruturantes e estruturadas de apreensão do mundo externo.

Partindo do raciocínio acima, optou-se por realizar uma análise dos dados seguindo três etapas categorizadas, contemplando nestas categorias o pensar, o sentir e o agir dos sujeitos entrevistados, com relação ao fenômeno tratamento psiquiátrico.

Para cada categoria, foram delimitados os respectivos temas, que, segundo BARDIN (1977), se limitam na constituição de núcleos de sentidos que integram a comunicação.

As três grandes categorias definidas neste estudo, com seus correspondentes temas, foram:

I. Tratar é ser medicado

- a- O remédio como tratamento psiquiátrico;
- b- Os diferentes profissionais e sua participação no tratamento psiquiátrico;
- c- Os efeitos do tratamento psiquiátrico.

II. Tratar é ser cuidado/ (des) cuidado

- a- O cuidado no tratamento psiquiátrico;
- b- Violência e instituição fechada.

III. Tratar é estar em atividade

- a- O tratamento psiquiátrico e a atividade ocupacional;
- b- O tratamento psiquiátrico e o trabalho.

I. Tratar é ser medicado

O “**tratar é ser medicado**” foi estabelecido como a primeira categoria, e está relacionada a temas que refletem a influência dos medicamentos, a participação dos profissionais e os efeitos esperados no tratamento psiquiátrico segundo as representações dos entrevistados.

A demanda de medicamento mantém-se fincada em um complexo sistema de idéias, expectativas e representações acerca do tratamento. A propaganda da indústria farmacológica se estabelece de forma ostensiva, assegurando a idéia de que tratar é sinônimo de medicar (BEZERRA, 1992). Portanto, a medicação passa a ser vista, seja pelos profissionais, seja pelos pacientes, como o principal fator no processo terapêutico, com ações ordenadas e rigorosamente estabelecidas no ato de tratar-se.

a. O remédio como tratamento psiquiátrico

Para a farmacologia, o termo remédio se constitui por meio de um conceito amplo e impreciso, incluindo substância, plantas, produtos, procedimentos, recursos e, enfim, tudo o que é aplicado com a intenção de combater a dor ou a doença (ZANINI; OGA, 1994).

Para os entrevistados, o tratamento psiquiátrico está centrado na medicação. De acordo com os depoimentos, a terapia medicamentosa assume posição de destaque no tratamento, conforme se observa a seguir:

ORLANDO: “Nos tratamentos psiquiátricos que eu fiz nos hospitais, eu tomava remédio (...) Agora os remédios que eu tô tomando aqui, eu tô melhorando (...) A doutora atende e dá remédio. Eu acho o tratamento muito bom, tá correndo muito bem para o meu lado. Daqui a um pouquinho, eu vou ter que tomar o meu remédio. Sexta-feira eu levo meu remédio, até segunda-feira,

quando eu venho tomar o remédio aqui. Eles preparam bem o remédio. Os remédios que eles dão são muito bons.”

NANCIRA: “Eu tratei com medicamentos. O meu tratamento foi à base de medicação (...) Com a medicação, eu fui melhorando, até que eu consegui dar aquela melhoradinha. Foi devagar (...) No ambulatório foi bem. Eles me davam um monte de medicação e ficavam observando as reações do meu organismo (...). Agora eu sinto que a forma de tratamento psiquiátrico que eu passei era apenas medicação.”

Ao contrário do que se poderia supor, já que o CAPS propõe que se use prioritariamente tecnologias fundadas no atendimento singularizado, baseado na clínica e na reabilitação psicossocial, a medicação mantém-se primordial para o tratamento psiquiátrico, conforme visto pelos usuários, segundo se pode concluir da fala do entrevistado.

GETÚLIO: “No hospital em Itapira, no postinho onde eu também fiz tratamento e aqui no CAPS, é tudo igual, porque em todos tem remédio para tomar.”

A qualidade do tratamento e a melhora do quadro clínico são atribuídas pelos entrevistados ao uso dos medicamentos. Tanto nos hospitais psiquiátricos quanto no CAPS, o sucesso do tratamento é atribuído aos remédios.

GETÚLIO: “O meu tratamento psiquiátrico no hospital era tomar remédio, porque o tratamento me fazia bem. Os remédios me faziam bem (...) O tratamento psiquiátrico vai bem, a gente toma remédio corretamente”.

OLINDA: “Na PUC, o tratamento foi bom. Eu tomava remédio certinho”.

O medicamento, segundo a Organização Mundial de Saúde, é toda substância ou associação de substância utilizada para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos, para o benefício do organismo receptor (ZANINI; OGA, 1994).

Para KAPLAN et al. (1997), a terapia medicamentosa dos transtornos mentais pode ser definida como tentativas de modificar ou corrigir comportamentos, humores ou pensamentos patológicos pela química.

De fato, a adesão ao medicamento é comprovadamente um fator de eficácia no tratamento psiquiátrico. Como aponta BANDEIRA et al. (1998), em uma pesquisa sobre desinstitucionalização, a interrupção do uso do medicamento psiquiátrico é um dos motivos mais citados pelos próprios pacientes ou seus familiares para o retorno ao hospital, ou seja, a interrupção do medicamento torna-se um dos fatores determinantes para a reinternação psiquiátrica, impedindo a reintegração do sujeito portador de transtornos mentais na comunidade. Outro dado apontado pelos mesmos pesquisadores foi que a prescrição dos medicamentos da maioria dos pacientes que retornam à urgência psiquiátrica não está atualizada.

Dessa forma, o que se pode perceber é que o uso dos medicamentos no tratamento psiquiátrico se mantém por meio de uma representação socialmente compartilhada, permitindo, assim, uma adesão significativa da medicação como condição básica de tratamento psiquiátrico.

Não só o uso dos medicamentos é apontado pelo entrevistado como algo importante em um tratamento psiquiátrico, mas também o modo como são administrados. Como relata um dos entrevistados: “remédio certo na hora certa”.

ELINEU: “Resumo que foi bom o tratamento, a medicação certa, né? Davam o remédio certo, na hora certa.”

O funcionamento ordenado foi uma característica predominante no tratamento moral. No hospício, se medicalizava a totalidade do tempo da vida dos internos. O princípio da distribuição do tempo atingia cada minuto da existência dos alienados, dispondo de uma organização prática, que assumia o encargo total da vida diária dos internos, por meio da discriminação das horas. Estabelecia-se, dessa forma, a condição terapêutica do tratamento (MACHADO, 1978).

As prescrições medicamentosas são funções estritamente destinadas aos médicos, inicialmente pelas patologias diagnosticadas. A este profissional é autorizada a definição da medicação a ser prescrita em determinada patologia. A determinação da

posologia do medicamento é estabelecida pelo laboratório, e ao médico cabe a responsabilidade de prescrever a medicação.

O papel atribuído à equipe de enfermagem se restringe na execução da administração dos medicamentos, conforme a prescrição. A enfermagem desenvolve rigorosamente a execução desta função, que visa com este procedimento cumprir a prescrição médica.

Como salienta MIRANDA (1997), a prática estruturada na capacidade administrativa hospitalar e nutrida por uma rígida disciplina para o cumprimento de regras, se de um lado coroou a enfermagem no papel obsessivo, ameaçador, observador e exigente, de outro garantiu, para alívio de todos os membros da equipe de saúde, a execução da proposta de trabalho. Um exemplo é a distribuição da medicação na hora prescrita, tarefa desempenhada rigidamente pela equipe de enfermagem.

Portanto, a necessidade de uma intervenção medicamentosa que leve em conta uma administração rigorosamente prescrita dos remédios caracteriza a qualidade do tratamento, na percepção dos entrevistados. O que se pôde identificar na fala de Elineu é que o funcionamento ordenado e rigidamente estabelecido da prescrição medicamentosa mantém-se presente na representação de tratamento psiquiátrico. Além disso, os entrevistados encararam o medicamento como algo benéfico ao tratamento, apesar de reconhecerem os efeitos colaterais produzidos por eles, como se vê a seguir:

OLINDA: “Meu tratamento psiquiátrico tá sendo bom. Eu tô achando que eu tô tomando muito remédio. O remédio tá me dando muito sono, pois eu não dormia tanto assim. Mas eu me sinto bem com o tratamento.”

PEDRO: “Eu tive uma recaída e eu mesmo me socorri. Fui até o hospital e me deram um baita sossega-leão. Fiquei 24 horas dormindo.”

O depoimento de Pedro ilustra esta visão, pois, como ele disse, remédio eficaz implica em uma ação incisiva, de dominação do organismo, ao que ele chama de “sossega-leão” e, a psiquiatria, de “contenção química”.

A administração de medicação psiquiátrica nos hospícios brasileiros nas décadas de 20 a 50 era realizada como meio de reprimir e disciplinar os pacientes, e sujeitá-los às regras que regiam o cotidiano hospitalar. Neste período, freqüentemente, a medicação era administrada pelos agentes de enfermagem que, às vezes, sequer conheciam os efeitos e os mecanismos de ação das drogas aplicadas (KIRSCHBAUM, 1994).

Como referiu um dos entrevistados, o funcionamento do tratamento psiquiátrico se limita à ação das medicações, tendo a eficácia associada à intensidade dos seus efeitos.

PEDRO: “Acho que o tratamento aqui no CAPS precisa ser mudado, porque esses remédios que eu estou tomando não estão sendo muito bom. Esses remédios estão sendo que nem água.”

Para uma psiquiatria que pretende curar tudo com remédio e que provavelmente divulga a informação de que os remédios psiquiátricos podem curar, os entrevistados constróem a representação de que, tomando mais remédios, maior será a probabilidade de ficarem bons.

Conforme SARACENO (1999), a condição dos pacientes psiquiátricos, internados ou não, é igual em qualquer lugar do mundo: se estabelece pelo abandono social e abusivo de medicação dos pacientes mantidos em atendimento ambulatorial, alternando melhoras, pioras e estabilidade.

Pode-se depreender das falas que os entrevistados pensam que o sucesso dos medicamentos depende apenas de suas propriedades farmacodinâmicas. A dependência por este tipo de terapia é revelada nos depoimentos. Observa-se que não é possível, nas falas dos usuários, desvincular tratamento psiquiátrico de medicação, uma vez que a representação atribuída à medicação pelos entrevistados se ancora na produção que a indústria farmacológica estabelece no social. Para BEZERRA (1992), a propaganda da indústria farmacológica procura reforçar constantemente a idéia de que tratar alguém é sinônimo de medicá-lo. É uma maneira de acentuar uma visão organicista, que tende a fazer do ato de prescrever medicamentos uma conseqüência da assistência médica, realidade que se concretiza nas falas a seguir:

ELINEU: “O CAPS é muito bom, né? Tem medicação boa, né? No fim de semana, leva medicação para casa, para tomar em casa, né? (...) Eu me sinto bem com o tratamento psiquiátrico do CAPS, porque eu preciso da medicação. Eu preciso ser tratado pela medicação.”

ALCEU: “Meu tratamento psiquiátrico é tomar os remédios.”

O medicamento desempenha no paciente o significado da capacidade de intervenção do médico, transmitindo a ele tanto o conhecimento técnico sobre a doença quanto a representação do saber por meio da prescrição medicamentosa. Desta forma, a medicação reafirma a hegemonia da figura do médico no tratamento psiquiátrico (DUPUY; KARSENTY, 1979). No próximo tema será discutido a influência deste profissional na representação de tratamento psiquiátrico dos entrevistados.

b. Os diferentes profissionais e sua participação no tratamento psiquiátrico

O cuidado à saúde mental é sempre um investimento de vários profissionais, dada a abrangência e os desafios colocados pelas inquietações vividas pelos usuários e familiares frente às experiências de intenso sofrimento psíquico (PEDUZZI, 1998).

Segundo CAMPOS (1995), a equipe multiprofissional engloba vários profissionais de áreas diversificadas, que devem atuar como um grupo junto aos pacientes e familiares. Este grupo é definido de forma que cada um possa tratar o paciente por meio do conhecimento técnico específico, sem tomar esta atenção segmentada, visando à integralidade da assistência ao paciente.

Desta forma, as equipes em saúde mental têm sido estruturadas a partir de uma demanda compatível com as possibilidades do trabalho multiprofissional. Além disso, é assegurado, pela Lei Paulo Delgado, que o atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais seja oferecido em um modelo de assistência integral, incluindo serviços, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, de lazer, entre outros (BRASIL, 2001).

No entanto, quando os usuários se referem aos profissionais e às formas de tratamento, eles se limitam a apontar o médico, o enfermeiro e o psicólogo, ainda que a equipe seja composta também por outros profissionais.

GETÚLIO: "No postinho, eu parei o tratamento, pois faltava médico. Só tinha um médico lá."

OLINDA: "Meu tratamento aqui é bom. Tem médico que é muito legal, né?"

OSMAR: "O tratamento no CAPS está sendo excelente, porque eu tô sendo bem tratado pela médica. Todos os pacientes são bem tratados."

ELINEU: "Eu me sinto bem no CAPS porque eu preciso ser tratado pela medicação e pela doutora, que é a médica. Eu me sinto muito bem, né?"

Ao médico é atribuída a maior parte da responsabilidade pelo tratamento. A qualidade da assistência está associada à figura do médico, predominando o modelo no qual este profissional se mantém no centro do tratamento, apesar das mudanças no modelo assistencial, consolidadas pela Lei Paulo Delgado. A concepção de que o médico ocupa o topo da estrutura do tratamento psiquiátrico prevalece na representação que os usuários formulam a respeito do mesmo, sendo, portanto, semelhante à que caracterizaria a ordem manicomial.

Segundo BIRMAN (1978), no século XIX, todas as medidas, ações e gestos realizados no hospício de alienados tinham um alcance terapêutico, devendo estar subordinados à decisão do médico. Era fundamental que o poder e a informação no tratamento moral fossem concentrados na figura do médico. Na fala do entrevistado, o que se pode perceber é que ao médico é concedido o poder de decisão sobre os pacientes.

ANA: "O Dirceu, meu ex-marido, que na época era meu marido, não estava me visitando. Então, eu comecei a achar estranho. Eu acredito que foi por ordem médica. Eu penso que sim."

No final do século XVIII, o tratamento moral tomou-se um marco no cuidado psiquiátrico sistemático e a exclusão foi imposta como uma condição para o tratamento do doente mental, ou seja, a separação do alienado da sociedade e da família tornou-se um fator predominante para o tratamento moral. O isolamento era realizado porque a família seria propiciadora da alienação mental, ou seja, a família era responsabilizada pela própria produção da alienação. Para os alienistas, a causalidade da alienação provinha da estrutura familiar, admitindo ser necessário o isolamento do alienado de seus familiares (BIRMAN, 1978).

Para FOUCAULT (1979), a justificativa do isolamento dos loucos, para os alienistas, era garantir a segurança pessoal dos loucos e de seus familiares, liberá-los das influências externas, vencer suas resistências pessoais e submetê-los a um regime médico.

Por aí, percebe-se que o tratamento moral foi um precursor da idéia de que o indivíduo portador de transtorno mental deveria ser afastado da família e que ao médico caberia definir quando e com que frequência o interno poderia ser visitado. As representações da autoridade atribuída ao médico no tratamento moral continuam presentes no contexto atual.

As falas dos entrevistados revelam que a credibilidade do tratamento psiquiátrico é relacionada ao médico. Pode-se observar que, quando há crítica com relação ao tratamento psiquiátrico, as possíveis falhas são direcionadas à figura do médico, por ser depositado neste profissional toda expectativa quanto ao sucesso do tratamento psiquiátrico.

MARILDA: "Eu acho que a Marta não tá dando conta de mim. Ela não tá dando conta de me deixar boa. A Marta é a doutora minha. Ela não tá dando conta de me deixar boa."

De acordo com SZASZ (1986), desde a implantação dos primeiros hospícios, o direito do louco de obter assistência foi de fato o direito do alienista de colocá-lo em reclusão. Passados dois séculos, a reivindicação do direito a tratamento do paciente psiquiátrico é, na verdade, a reivindicação do direito do psiquiatra de tratá-lo. Ao psiquiatra foi concedido toda condição para a execução do tratamento psiquiátrico.

Portanto, como mostram os relatos, verifica-se que o profissional médico mantém um maior destaque perante a equipe na qual os entrevistados recebem assistência. A autoridade médica, fundada no saber, é percebida como garantia de cura, por meio do tratamento psiquiátrico. Desta forma, à figura do médico estão delegadas toda responsabilidade e expectativa com relação ao tratamento.

O enfermeiro e o psicólogo foram identificados pelos entrevistados enquanto membros da equipe que institui o tratamento psiquiátrico, mas com papéis secundários aos do médico. A própria seqüência de citações dos profissionais na fala do entrevistado explicita essa questão:

OSMAR: “Com relação ao tratamento psiquiátrico, eu tô fazendo meu tratamento com a Dr^a Márcia e com a psicóloga e os enfermeiros.”

É notório que, no depoimento acima, o entrevistado reconhece a presença da psicologia e da enfermagem na equipe em que ele está sendo atendido. Contudo, é preciso observar que o serviço a que se refere o usuário conta com uma equipe interdisciplinar, composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistente social, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo e sanitária. Mas na fala do entrevistado são destacados apenas o médico, o enfermeiro e o psicóloga. Novamente, observa-se que, dentre eles, o médico é o que mantém um maior destaque.

No que se refere à definição dos papéis de cada profissional, sobre a enfermagem, são primordialmente citados os aspectos de execução de ordem médica. Embora o cuidado seja a função específica desse profissional, nas falas dos sujeitos o enfermeiro tem sua competência associada às qualidades pessoais. Dessa forma, de acordo com os sujeitos entrevistados, o enfermeiro competente é aquele “que dá remédio” e é muito “bonzinho”.

Vê-se que tal representação pode estar relacionada com a visão que se conformou no senso comum, com base num conhecimento produzido pelos próprios pioneiros da psiquiatria, pois, na primeira metade do século XX, nos hospícios brasileiros, os psiquiatras desejavam que a enfermagem se realizasse a partir de aptidão e vocação. Julgavam fundamentais para o perfil dos trabalhadores de enfermagem que assistiam os

doentes mentais, a paciência e a doçura, intercaladas com energia e firmeza de caráter (KIRSCHBAUM, 1997).

O que se percebe é que a representação da figura do enfermeiro permanece consolidada na imagem que foi constituída nos primeiros hospícios para alienados e mantém-se presente nas falas dos entrevistados, como é possível identificar:

ORLANDO: “As internações foram boas para mim. Na parte do tratamento, foi muito bom: o médico bom, os enfermeiros ótimos comigo (...) Na parte de tratamento aqui no CAPS, é muito bom. O médico e o enfermeiro, a Antônia e a Bete são muito boazinhas, eu gosto muito delas.”

ALMIR: “As enfermeiras levam remédio nas moradias para as pessoas. A doutora atende e dá remédio, faz a prescrição.”

OSMAR: “Seu Antônio, o enfermeiro, é uma pessoa muito boazinha, uma pessoa que sabe onde um enfermeiro pode ficar. Ele dá roupa para tomar banho”.

KIRSCHBAUM (1997) afirma que a enfermagem assumiu um papel importante no processo de constituição e consolidação do modelo assistencial asilar em meados do século XIX. Desde os primeiros manicômios instalados no Brasil, a enfermagem vêm se incumbindo da realização do cuidado direto aos indivíduos portadores de transtornos mentais, propiciando a aplicação dos procedimentos disciplinares e a manutenção da ordem no interior do espaço asilar.

Segundo SCHERE; CAMPOS (1997), cabe ao enfermeiro a responsabilidade de criar e manter um ambiente terapêutico, e também a manutenção de relações interpessoais positivas com o usuário.

Conclui-se que, para os entrevistados, a representação da enfermagem no tratamento psiquiátrico se constitui na figura que lhe foi delegada no século XIX, na época da criação dos primeiros hospícios brasileiros, mantendo-se presente na atualidade. Ao enfermeiro é atribuída uma posição de cuidador, sendo visto como responsável pela organização e manutenção de um vínculo positivo, devido às qualidades pessoais. Outra observação é que, para os entrevistados, a figura de enfermeiro é identificada de forma

generalizada, indistintamente para designar todos os trabalhadores da equipe de enfermagem, sejam eles os enfermeiros, ou auxiliares de enfermagem.

Outro profissional da equipe que os entrevistados mencionam é o psicólogo. Esse profissional é identificado como aquele que tem a função, no tratamento psiquiátrico, de conversar e ouvir.

NANCIRA: “Nessa época que eu fiquei mal, eu até tive a indicação de um psicólogo, mas eu não conseguia falar.”

Nos trechos dos depoimentos expostos a seguir, a participação do psicólogo torna-se coadjuvante no tratamento, pois a medicação mantém-se ainda como protagonista, visto que o médico é colocado como figura principal no tratamento psiquiátrico, por ser o responsável por prescrever a medicação.

ALCEU: “No hospital, o tratamento era com remédio e conversa com a psicóloga na hora da reunião. O tratamento era bom.”

GETÚLIO: “No hospital, eu tomava remédio, conversava com a psicóloga (...) Eu me sentia bem conversando com a psicóloga, me sentia bem tomando os remédios (...) Aqui no CAPS o tratamento é ótimo. As pessoas tratam a gente bem. A psicóloga marca hora e a gente conversa, e com isso a gente sente-se melhor, né? E eu tomo meu remédio.”

Segundo TELES (1989), a psicologia é uma ciência que busca recursos para compreender o ser humano em seu comportamento, para assim facilitar a convivência consigo próprio e com o outro. É a ciência do comportamento, compreendida em seu sentido mais amplo. Vale ressaltar que o comportamento não é entendido apenas como reações externas, mas também como atividades da consciência e mesmo do inconsciente, num plano indiretamente observável.

Para esta autora o psicólogo é aquele profissional que vai trabalhar procurando ajudar os indivíduos a se compreenderem e a se relacionarem melhor com as outras pessoas e a lidarem com as próprias emoções e sentimentos. Busca compreender o ser humano em sua relação consigo próprio e com o meio em que vive.

Portanto, o que se pode identificar nas falas dos usuários é que o papel do psicólogo se sustenta em um senso comum no qual se integra a imagem de um profissional que ouve e conversa. É notório também que a figura do psicólogo vem mencionada nas falas dos entrevistados secundariamente ao uso da medicação, o que reitera a importância que para eles a medicação tem no tratamento psiquiátrico.

Segundo um dos entrevistados, a qualidade do tratamento psiquiátrico está associada à postura dos profissionais na relação com os pacientes. Para ele, o tratamento no CAPS é bom porque há compreensão, respeito e dignidade por parte dos profissionais.

OSMAR: “O meu tratamento aqui no CAPS é bom até demais, porque são pessoas compreensivas, que tratam a gente com respeito, né? (...), tratar bem os doentes com maior dignidade. E é isso que eles estão fazendo, os profissionais. Se não der para fazer tudo, pelo menos faz um pouco, né?”

É importante salientar que, a despeito da ênfase dada às intervenções medicamentosas, também se observa a representação de que o bom tratamento psiquiátrico é aquele em que o usuário é tratado com dignidade, compreensão, respeito, consideração e cortesia pelos profissionais. Esta posição ética, aliás, é o que embasa também a reforma psiquiátrica brasileira e os projetos de reestruturação da atenção em saúde mental, substitutivos ao modelo manicomial (PITTA, 1996).

CAMPOS (1995) também chamou a atenção para a necessidade de uma inter-relação entre os diferentes profissionais de uma equipe multiprofissional, a fim de que se possa ver o paciente como um todo, propiciando uma atitude humanizada para com o tratamento. É de interesse da equipe e do paciente que se estabeleça um vínculo positivo entre ambos, para que se estabeleça uma maior credibilidade no tratamento.

Observa-se que, para os entrevistados, a equipe se centraliza na figura do médico, apesar deles reconhecerem o enfermeiro e o psicólogo. Eles sempre se reportam ao médico por ser aquele que prescreve a medicação. Além de os usuários definirem a equipe pela figura do médico, eles enunciam a enfermagem como a responsável pelo cuidado. Nas falas dos entrevistados, não há diferenciação entre o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro, uma vez que a identificação profissional é descrita de forma generalizada. Ao psicólogo é atribuída a característica profissional de ouvir e de

conversar. Portanto, as representações que emergem dos entrevistados para com a equipe se constituem por meio da figura médica como primordial. Logo, o enfermeiro e o psicólogo mantêm-se agregados à equipe de forma secundária. Percebe-se, porém, que a constituição de equipe revelada nas falas remete à maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana dos entrevistados, através de um excesso de significados construídos na história social do tratamento psiquiátrico.

c. Os efeitos do tratamento psiquiátrico

Em relação às representações que os entrevistados apresentam sobre os efeitos ou perspectivas do tratamento psiquiátrico, foi percebida a crença na cura. Para eles, a cura significa a não necessidade de medicação, o retorno ao convívio familiar ou a conquista do próprio espaço de moradia e de trabalho.

ALMIR: “Eu tô aqui fazendo o tratamento para ver se as pessoas me curam um dia (...) A Dr^a Marta já vai me curar. Eu já vou arrumar uma casinha, vou morar, vou ver minha família, porque eu sou cigano (...) Eu me sinto animado por minha cura. Espero não tomar mais remédio um dia e pegar meu carro, morar com minha família. Espero trabalhar.”

MARILDA: “Eu gostaria de já estar boa. Faz um ano que eu já tô aqui me tratando. Eu queria estar boa já, não tendo mais nada, né?”

ORLANDO: “Vai depender das minhas condições psicológicas de melhorar, sarar ou não. Para que isso aconteça, é preciso que se dê assistência na parte da psiquiatria (...) Eu pretendo sair um dia daqui, mas não sei quando. Só espero sair, quando eu sarar totalmente, falou?”

Como refere BIRMAN (1978), no século XIX, a prática objetivava a cura para com os insanos como característica central da medicina mental. Os psiquiatras divulgavam a necessidade de um tratamento para os loucos, resultando em uma atitude ativa, transformadora de sintomas e de alterações morais. Neste sentido, foi instaurada a prática da cura por meio do tratamento moral, que se tornou o procedimento nuclear para

a cura dos alienados. Nota-se que, até a primeira metade do século XX, a eficácia do hospício para a sociedade residia na operacionalidade da cura.

No entanto, desde o pós-guerra e até recentemente, diversos estudos constataram que os transtornos mentais graves não têm cura, apenas alívio ou controle dos sintomas, pois é exigido um tratamento por toda vida para que os sintomas não se manifestem e a doença não se agrave com o passar do tempo (NETO, 1996).

Segundo KAPLAN (1997), os índices de uma estimativa razoável é de que 20 a 30% dos pacientes esquizofrênicos sejam capazes de levar uma vida razoavelmente normal. Cerca de 20 a 30% de todos os pacientes esquizofrênicos continuam experimentando sintomas moderados e 40 a 60% continuam significativamente prejudicados por seu transtorno durante toda a vida.

O que se pode detectar nos depoimentos é que, para os entrevistados, a representação da cura se mantém possível por meio do tratamento. Em suma, a possibilidade de cura com o tratamento psiquiátrico se ancora no tratamento moral, ao qual foi destinada esta função e que se codificou na representação dos entrevistados.

Todavia, nem todos pacientes compartilham dessa mesma representação. Olinda, por exemplo, chama a atenção para a falta de eficácia da medicação para obter a cura das doenças mentais. Para ela, a prescrição de remédios não impossibilitou um número elevado de pessoas portadoras de transtornos mentais. A medicação é apontada por ela, mas admite que o uso da medicação não traz a cura.

OLINDA: “Apesar deles darem remédios, tinha muita gente com problema mental.”

Compreende-se que, mesmo havendo uma representação significativa na importância da medicação no tratamento psiquiátrico dos entrevistados, como foi apontado no tema “remédio como tratamento psiquiátrico”, observa-se que, para Olinda, o uso de medicação não impede a existência de pessoas portadoras de transtorno mental, o que mostra, portanto, uma representação de tratamento psiquiátrico diferenciada da enunciada pelos outros entrevistados.

Para Ana o tratamento psiquiátrico no CAPS é diferenciado do que experimentou nos tratamentos a que se submeteu anteriormente, e traz melhores resultados em seu comportamento. Ela mencionou ter aprendido a se comportar de outras formas diante das situações conflituosas, o que lhe trouxe maior tolerância e melhor convivência com as pessoas.

ANA: “O tratamento é ótimo, porque, sem eu perceber que o tratamento tá me fazendo alguma coisa, está havendo uma mudança muito grande (...) A forma de tratamento no CAPS é totalmente diferente, porque antes eu não tinha uma entrevista, não era entrevistada. A forma de tratamento está bem diferente, para melhor, porque está me ensinando a não brigar com as coisas. Estou aprendendo a não ficar rancorosa, não ficar magoada, não me danificar por alguma coisa que eles não podem fazer. Eles estão me ensinando sim a lidar com as pessoas da minha rua, com as pessoas que convivem comigo. Estou aprendendo a ser mais tolerante com esse tratamento aqui no CAPS.”

A noção de cuidado na atenção psicossocial não visa exclusivamente à remissão do sintoma psicopatológico, mas se propõe a compreendê-lo como algo que é parte de um sujeito particular que precisa ser considerado. Além de reintegrar duas dimensões da existência humana, a dimensão psíquica e a dimensão social (VENANCIO et al., 1997).

Nancira atribui suas mudanças de comportamentos não apenas ao tratamento psiquiátrico oferecido pelos profissionais, mas também à participação dos colegas usuários do CAPS. O crescimento pessoal que ela menciona é resultado de uma ação conjunta entre equipe e usuários.

NANCIRA: “Não só os profissionais, mas os pacientes foram importantes para mim, para o meu tratamento. A amizade deles foi muito importante. Então, eu sinto aqui como um porto, ao mesmo tempo em que eu deposito todos os meus problemas. Assim também eu consegui crescer por me abastecer de ferramentas, obtidas aqui. Tenho certeza disso.”

Para Ana o tratamento psiquiátrico no CAPS é diferenciado do que experimentou nos tratamentos a que se submeteu anteriormente, e traz melhores resultados em seu comportamento. Ela mencionou ter aprendido a se comportar de outras formas diante das situações conflituosas, o que lhe trouxe maior tolerância e melhor convivência com as pessoas.

ANA: “O tratamento é ótimo, porque, sem eu perceber que o tratamento tá me fazendo alguma coisa, está havendo uma mudança muito grande (...) A forma de tratamento no CAPS é totalmente diferente, porque antes eu não tinha uma entrevista, não era entrevistada. A forma de tratamento está bem diferente, para melhor, porque está me ensinando a não brigar com as coisas. Estou aprendendo a não ficar rancorosa, não ficar magoada, não me danificar por alguma coisa que eles não podem fazer. Eles estão me ensinando sim a lidar com as pessoas da minha rua, com as pessoas que convivem comigo. Estou aprendendo a ser mais tolerante com esse tratamento aqui no CAPS.”

A noção de cuidado na atenção psicossocial não visa exclusivamente à remissão do sintoma psicopatológico, mas se propõe a compreendê-lo como algo que é parte de um sujeito particular que precisa ser considerado. Além de reintegrar duas dimensões da existência humana, a dimensão psíquica e a dimensão social (VENANCIO et al., 1997).

Nancira atribui suas mudanças de comportamentos não apenas ao tratamento psiquiátrico oferecido pelos profissionais, mas também à participação dos colegas usuários do CAPS. O crescimento pessoal que ela menciona é resultado de uma ação conjunta entre equipe e usuários.

NANCIRA: “Não só os profissionais, mas os pacientes foram importantes para mim, para o meu tratamento. A amizade deles foi muito importante. Então, eu sinto aqui como um porto, ao mesmo tempo em que eu deposito todos os meus problemas. Assim também eu consegui crescer por me abastecer de ferramentas, obtidas aqui. Tenho certeza disso.”

A mudança satisfatória no comportamento e o crescimento pessoal são apontados pelas entrevistadas, possibilitando transformações pessoais atribuídas ao tratamento psiquiátrico.

Para BANDEIRA; TREMBLAY (1998), o treinamento das habilidades sociais tem recebido uma atenção especial, tendo em vista os efeitos positivos sobre o processo de reinserção social, diminuindo as taxas de rehospitalização dos pacientes. As autoras referiram também que a intervenção terapêutica dirigida para o treinamento da competência social dos indivíduos portadores de transtornos mentais é de extrema importância para prepará-los para a vida em sua comunidade.

Tanto Ana quanto Nancira atribuem mudanças de comportamento por conta do tratamento psiquiátrico. Para elas, a reintegração social tem sido possível graças à influência que o tratamento no CAPS tem resultado em suas vidas. Ana alega estar tendo um tratamento diferente. Isso vem permitindo se beneficiar nas suas relações interpessoais. Nancira admite que o tratamento psiquiátrico no CAPS lhe possibilitou uma maior segurança, permitindo o seu crescimento pessoal. Para ambas, a constituição da representação do tratamento psiquiátrico está vinculada à reinserção social.

As representações dos efeitos do tratamento psiquiátrico para os entrevistados se constituíram com grande ênfase na busca da cura, a qual os entrevistados esperam alcançar com o tratamento psiquiátrico. A possibilidade de uma melhor reintegração social foi apontada como consequência do tratamento psiquiátrico. Para uma das entrevistadas, a identificação da não eficácia da medicação no tratamento psiquiátrico é mencionada, o que traz uma representação diferenciada dos outros entrevistados.

II. Tratar é ser cuidado/(des)cuidado

A segunda categoria “**tratar é ser cuidado/(des)cuidado**” foi estruturada a partir dos temas: o cuidado no tratamento psiquiátrico e violência e instituição fechada, uma vez que esses temas indicam as ações de cuidado e descuido atribuídas ao tratamento psiquiátrico pelos sujeitos entrevistados.

O modelo psiquiátrico clássico, enquanto conhecimento e prática na assistência psiquiátrica, estabeleceu-se como uma ação social no cuidado ao indivíduo portador de transtorno mental. Para PITTA (1996), no momento atual, o cuidado em saúde mental se consolida em uma atitude estratégica, na vontade política, e na modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidar.

a. O cuidado no tratamento psiquiátrico

O cuidado no tratamento psiquiátrico é percebido pelos usuários como a obtenção da medicação e também como suporte nas atividades da vida prática. Estas atividades incluem alimentação, higiene, repouso e organização do espaço doméstico. Tal qual a medicação, as atividades da vida prática também são mencionadas como cuidados decorrentes do tratamento psiquiátrico.

ALCEU: “O tratamento psiquiátrico aqui no CAPS é bom. A gente come uma comida muito boa. O tratamento está sendo excelente, porque eu tô sendo bem cuidado pela doutora. Todos os pacientes são bem cuidados.”

ELINEU: “Aqui no CAPS é muito bom o tratamento. Várias pessoas cuidam da gente. É muito bom, pois essas pessoas cuidam muito bem. A gente toma banho todo dia aqui, se alimenta bem aqui, toma medicação nas horas certas, No fim de semana, leva medicação para casa, para tomar em casa, né?”

OSMAR: “O CAPS que me acudiu, o que eu posso falar mais? Eu acho que o CAPS é bom, principalmente para mim, que me acolheram aqui e estão batalhando ainda por mim, né? Por exemplo, a Giovana foi lá em casa já duas vezes. Fez café, organizou a cozinha que estava toda desarrumada. E eu voltei a viver, sabe?”

Segundo RODRIGUES et al. (2001), depois do início da existência do ser humano, o termo cuidar passou a fazer parte da vida cotidiana. O cuidar, o autocuidado e o cuidado permanecem como conceitos fundamentais para a sobrevivência do ser humano.

Desta forma, o cuidar é estabelecido como um ato indispensável, não só para uma vida humana, mas também para todo grupo social. O cuidar é uma função primordial na sobrevivência de todo ser vivo, conforme COLLIÉRE apud RODRIGUES (2001).

Portanto, a partir do momento em que a psiquiatria teve início e a loucura passou a ser considerada uma enfermidade, a concepção de que a loucura deveria ser cuidada por outras pessoas tornou-se predominante na história psiquiátrica (SZASZ, 1986).

Os depoimentos dos entrevistados mostram que a qualidade do tratamento psiquiátrico se estende a um cuidado diversificado, que envolve a medicação, o acolhimento, a alimentação e a participação do profissional na organização da vida pessoal. Para os entrevistados, o cuidado implica ser acompanhado no planejamento e na execução de ações do cotidiano.

Entretanto, o que se pode constatar nos depoimentos dos entrevistados é uma concepção de cuidado vinculada a uma ação prática e a um serviço social, pois ao tratamento psiquiátrico é destinada a função de prover as carências sociais básicas do dia-a-dia, ou seja, a sobrevivência diária.

OLINDA: “Porque aqui é tudo bom. Eu tomo o remédio, eu almoço aqui, eu tomo café e vou embora para minha casa.”

ALMIR: “Olha, a gente vem para o CAPS pensando em tomar café, comer um pouco, almoçar, tomar remédio, fumar.”

ORLANDO: “Eu não posso reclamar. Para mim, tá bom. Eles me dão toda atenção, me dão comida na hora certa, comida boa e remédio.”

PEDRO: “No hospital onde eu fiz tratamento psiquiátrico eu me sentia mal, porque o tratamento psiquiátrico foi ruim. Eles tratavam mal lá. A comida não era boa. Eles faziam uma lavagem. A comida não era boa e o chá era gelado. Não tinham cuidado com a gente.”

Para BASAGLIA (1979), quando o modelo manicomial é rejeitado, passa-se a mudar a vida básica do sujeito portador de transtorno mental, dando a ele uma situação

de vida semelhante a dos demais cidadãos, isto é: comer, dormir, beber, de maneira e em momentos escolhidos pela própria pessoa, e não em função de regras institucionais, que não levam em conta os interesses do usuário, mas sim o interesse da rotina burocrática, o lucro dos hospitais, dentre outros. Com isso, possibilitam-lhe, por meio de uma mudança de vida, uma consciência de homem e, principalmente, uma consciência de vida sobre um novo modo de se relacionar com outras pessoas.

O rompimento com os manicômios determina a necessidade de respostas que possam se organizar a partir da reconstrução da cidadania plena, para assim, responder à melhora da qualidade do atendimento aos indivíduos portadores de transtornos mentais, por meio de uma assistência digna e eficiente (SARACENO, 1999).

Ao contrário disso, o que se pode identificar é que as representações de tratamento psiquiátrico para os entrevistados se constituem na manutenção para sua sobrevivência em condições básicas, onde o comer, beber e fumar tornam-se os elementos mais importantes e indicadores da qualidade da assistência psiquiátrica, reiterando, portanto, a representação correspondente ao que se esperava que ocorresse no tratamento realizado no modelo manicomial, onde predominavam regras institucionais para as condições básicas.

O cuidado também está associado às qualidades pessoais dos profissionais que emergem das relações com os pacientes. Esse dado pode ser observado nas falas trazidas pelos entrevistados:

OLINDA: “O pessoal aqui é muito legal, bem educado. Chama a gente para tomar remédio, para as reuniões, para almoçar, para tomar café. É muito bom o tratamento aqui.”

ALCEU: “O tratamento foi bom. Todos me trataram direito, com carinho, né? Não só as pessoas que trabalham nos hospitais me trataram bem. Os pacientes também. Todos me trataram bem (...) O pessoal aqui no CAPS é muito legal, porque cuidam bem da gente.”

ANA: “Aqui no CAPS tem comida, tem apoio das pessoas, dos profissionais que recebem a gente bem. Eu tenho a certeza que o tratamento do CAPS é bom, sim.”

Das pessoas que trabalhavam diretamente com os alienados nos hospícios do século XIX, eram exigidas condutas e características próprias para a execução do serviço — caracterização que casava a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, discricção e caridade e uma esfera intelectual para entender os doentes (MACHADO, 1978).

Esta concepção sofreu poucas mudanças na representação que os usuários apresentam. Como os usuários têm uma representação de tratamento psiquiátrico como sinônimo de ser cuidado por outrem, no sentido de ser tutelado e ter sua sobrevivência diária assistida ou até garantida por outras pessoas, no caso, os profissionais responsáveis por seu tratamento, é de se esperar que eles construam também uma representação de quem sejam e como agem estes profissionais. De fato, pelo que se depreende dos depoimentos fica claro que a representação que têm dos profissionais que tratam deles é de pessoas capazes de prover todas as suas necessidades, tratá-los com respeito e consideração, e também como profissionais que os consideram cidadãos, que possuem direitos e que devem ser respeitados como tais.

Segundo BRUM et al. (1983), a equipe profissional é fator de grande influência na recuperação e reabilitação do indivíduo portador de transtorno mental. O modo de seu funcionamento e sua integração são fatores importantes para o tratamento.

Outra forma assumida pela representação de cuidado no tratamento psiquiátrico pelos entrevistados estende-se ao modelo assistencial. Os profissionais aparecem como substitutos nas funções de cuidados anteriormente atribuídas aos familiares. Esta questão aparece claramente nos seguintes depoimentos:

ORLANDO: “Eu gosto daqui, pois minha mãe morreu, meu pai é doente, e minha irmã é quem toma conta de meu pai. Minhas irmãs trabalham, não tendo tempo para cuidar de mim. Eu espero me integrar aqui dentro.”

MARILDA: “A doutora me encaminhou para cá, achando que o CAPS ia, é ...[longo] cuidar de mim (...) O pessoal fala para mim que entende o meu problema. É ... as pessoas têm que largar tudo para cuidar de mim.”

A subsistência aparece como uma preocupação dos entrevistados que têm no CAPS um suporte para a solução dessa questão. Dessa maneira, o “assistencialismo” mantém-se novamente presente nos relatos que se seguem:

ALMIR: “Minha referência que vai arrumar um lugar para eu ficar (...) são minhas colegas. Elas me dão remedinho, sabem que eu sou pobrezinho (...) Quando eu estava em outra vida, em outro tratamento, eu não sabia o que era remédio, comer, dormir, beber, que se tem aqui no tratamento do CAPS.”

ANA: “O CAPS é uma corrente do bem. A gente tem a comida quase dada na boca.”

A imagem de um tratamento psiquiátrico que desempenhe a função de auxílio, proteção e cuidado efetivo é apontada pelos entrevistados. Para eles, a representação de tratamento psiquiátrico se mantém ancorada na assistência psiquiátrica manicomial, na qual o “assistencialismo” se estabeleceu como característica predominante no funcionamento deste modelo de assistência psiquiátrica.

Segundo BEZERRA (1992), as primeiras instituições para alienados no Brasil surgiram diante de uma reivindicação social na qual se clamava pela ordem e pela paz no meio social. Desde então, foi enfatizada a necessidade de lhes dar assistência adequada por meio de práticas e teorias exercidas na Europa. Para a execução deste tipo de assistência, foram propostos requisitos como: remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar — uma inserção totalitária do alienado nos hospícios.

O cuidado concedido pelo tratamento psiquiátrico no CAPS está representado pela liberdade e pela possibilidade de ser tratado com liberdade e poder contar com o tratamento, quando necessário. Isso implica uma satisfação pessoal para com o tratamento psiquiátrico.

ANA: “O CAPS é uma corrente do bem. A gente tem a liberdade de ir e vir. Hoje em dia aqui no CAPS a gente se trata com liberdade.”

ELINEU: “Eu sinto que tem diferença no tratamento psiquiátrico do CAPS, porque aqui a gente tem liberdade. Aqui no CAPS a gente tem a liberdade de fazer o tratamento e ir dormir em casa.”

NANCIRA: “Eu acho que o CAPS é uma grande porta que abre e fecha a hora que você quiser.”

O direito em receber tratamento psiquiátrico com liberdade e com a confiança de ser atendido quando necessário mostram que, para os usuários, o cuidado está representado pela condição de cidadão, a qual lhe permite receber tratamento apenas mediante a necessidade e sem exclusão social.

Para AMARANTE (1996), um novo contexto de cidadania ao portador de transtorno mental se concretiza no momento em que se pode dar-lhes o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento e permitir que sejam sujeitos de desejos e projetos.

O cuidado no tratamento psiquiátrico se constitui para os entrevistados por meio da obtenção de medicação, pelo cuidado da vida prática, pelo cuidado assistencial e pelo direito de ser cuidado com liberdade. O autocuidado também é mencionado pelas usuárias do CAPS. Uma das usuárias comenta que no CAPS aprendeu a observar e a cuidar de suas alterações de humor através de uma atividade terapêutica oferecida pelo tratamento psiquiátrico.

NANCIRA: “A ginástica harmônica traz condições para você lidar com sua depressão, reconhecer quando você está caindo, né?”

Por sua vez, outra entrevistada diz que procura administrar sozinha sua medicação, admitindo estar apta para este cuidado. Para ela, a autonomia no uso da medicação lhe permite o autocuidado.

MARILDA: “Eu tomo meu remédio sozinha porque já acostumei, tem vez quando eu tô mal, quando eu quero aprender, eu presto a atenção e vou contando para ver como está o remédio para eu tomar”.

OREM (1991) define o autocuidado como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Sobre essa questão, PEIXOTO (1996) alega ser fundamental que o indivíduo tenha o direito de exercer responsabilidades sobre seu tratamento, numa relação cooperativa com os profissionais de saúde, através da integração e participação em seu cuidado.

O que se pode perceber nas falas dos entrevistados acima é que a representação do autocuidado no tratamento psiquiátrico encontra-se presente, destinando-se aos cuidados pessoais que resultam em uma maior interação com o tratamento. Conclui-se que as representações atribuídas ao cuidado se estabelecem em ações de cuidados diversificados, voltados para a vida cotidiana.

b. Violência e instituição fechada

O poder destruidor e institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico (BASAGLIA, 1985).

Portanto, o isolamento, a falta de liberdade e a falta de higiene se mantêm ainda como um marco no cuidado psiquiátrico institucional, compatível com o modelo manicomial, como se depreende do que é dito pelos entrevistados. Nos conjuntos dos relatos que compõem este tema, foi observada a semelhança nas narrativas sobre o tratamento psiquiátrico hospitalar vivenciado por eles. Como pode-se identificar nos depoimentos abaixo descritos:

ELINEU: “O tratamento psiquiátrico no hospital, eu não tinha a liberdade que se tem aqui no CAPS. Era diferente, eu me sentia fechado (...) Eu me sentia fechado, pois não se sai para lugar nenhum. A gente fica conversando e se tratando ali e pronto.”

ANA: “Eu cheguei a agredir a enfermeira em um dos hospitais que eu estive, e daí eu usei camisa de força ... Todas as portas eram fechadas, chaveadas, num espaço aberto ao relento, com

chuva e com sol, no tempo que fosse. As pessoas tiravam as roupas, um ambiente horrível, pois as pessoas faziam cocô. Chegaram a comer o cocô na minha frente ... Foi horrível (...) No hospital psiquiátrico onde eu estava me tratando, as mulheres começaram a quebrar vidro, a se debater no chão, coisas que eu nunca tinha visto, a jogar xícara de café com leite por causa de namorado.”

ORLANDO: “Lugares sem recursos, porque eram muitos leitos em um hospital só, e de pouco recurso de material e até de limpeza (...) E por pouca coisa me colocavam em um quarto chamado quarto forte, sabe? Uma salinha cheia de fezes, urina nos colchões, aquelas camas de ferro, né?”

A reclusão de pessoas portadoras de transtornos mentais teve, no curso da história, várias modalidades. A mais antiga era de recolhê-los junto com outras minorias sociais, desempenhando, assim, a função de abrigo ou recolhimento. Posteriormente, apareceram as instituições hospitalares que destinavam espaços ou edifícios inteiros exclusivamente ao recolhimento de alienados. Nas primeiras décadas do século XIX, o acolhimento aos doentes mentais se caracterizou pelo tratamento médico sistemático e especializado. As condições de vida dos alienados nos hospícios eram de reclusão e condições sanitárias extremamente precárias e sob uma disciplina brutal (PESSOTTI, 1996).

Como remete FOUCAULT (1987), ao final do século XVIII, os insanos eram tratados como prisioneiros. Normalmente, eram acorrentados às camas pelos tornozelos e também amarrados em celas.

Deve-se salientar que, nos depoimentos dos entrevistados, as condições atribuídas ao tratamento psiquiátrico hospitalar se estabelecem diante de um contexto histórico que se mantém no conhecimento e, conseqüentemente, nas representações de tratamento psiquiátrico dos usuários de um centro de atenção psicossocial.

Verifica-se que a utilização de métodos agressivos punitivos e impositivos no tratamento psiquiátrico se mostram presentes nos depoimentos dos entrevistados. Para eles, o tratamento nos hospitais psiquiátricos revelam a impossibilidade de um

questionamento e de uma intervenção na forma de assistência, e na predominância do uso da força e do poder.

PEDRO: “O tratamento psiquiátrico na Santa Fé não foi bom. Eu fiquei dois anos. Tinha que tomar choque na cabeça, né?”

ALMIR: “Naqueles hospitais onde eu tinha aquela crise, onde eu passava 30 dias num quarto só tomando injeção. Chorava e pensava que nunca mais eu ia sair daquele hospital.”

OLINDA: “No hospital psiquiátrico que eu fiz tratamento, não foi bom. Eles me amarravam na cama, me davam injeção, não deixavam assistir à televisão até tarde, mandavam dormir cedo, e a gente tinha que obedecer. A gente tinha que fazer só o que eles queriam. Não foi bom.”

ALCEU: “Porque nos hospitais eles davam remédio forte. Quando não tomava remédio, a gente era pego pela garganta, pela gravata. Isso era feito com quem jogava o remédio fora, não tomava o remédio forte, não tomava o remédio certinho. Tudo tinha de ser do jeito deles. Aí, se não fosse, a gente tinha que obedecer.”

Como salienta FOUCAULT (1979), as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX eram o isolamento, interrogatório particular ou público, punições como a ducha, pregações morais, repreensões, disciplina rigorosa e trabalho obrigatório.

Segundo BASAGLIA (1985), um hábito dos hospitais psiquiátricos era concentrar os pacientes em grandes salas de onde ninguém poderia sair, nem mesmo para ir aos sanitários. Muitos dos doentes acabavam fazendo suas necessidades fisiológicas onde eram mantidos. Devido à falta de espaço, um mesmo leito era dividido entre dois pacientes, aproveitando-se das condições físicas e psíquicas dos mesmos.

As condições inadequadas na assistência psiquiátrica hospitalar se perpetuam na literatura por meio de um contexto social e histórico, tomando-se conhecidas nas representações dos entrevistados, dados que se entrecruzam por meio dos relatos.

Verifica-se, porém, que as representações de violência e de exclusão no tratamento psiquiátrico hospitalar se mantêm fortemente presentes no universo cotidiano dos entrevistados, pelo conhecimento de uma realidade vinculada a um contexto social e histórico.

Mesmo sem nunca ter passado pela experiência da internação, a representação manifestada na fala de uma das entrevistadas está próxima das representações dos demais entrevistados. Tal relato mostra que a subordinação do interno, os métodos agressivos e indevidos estão em consonância com as demais descrições.

NANCIRA: “Eu não cheguei a ser internada, mas já tive contato com pessoas que já foram internadas em hospitais psiquiátricos. Visitei um hospital psiquiátrico várias vezes e realmente não é dos melhores. A gente sabe que tem que restringir o paciente, mas, antigamente, eu sei que a coisa era muito pior. Havia choque. Naquelas salinhas, a pessoa tinha que ficar o tempo todo escondida. Eu tenho colegas que tem marcas no pulso pela restrição indevida, né?”

Deve-se atentar que as representações de tratamento psiquiátrico em instituições fechadas são descritas de forma unânime nas falas dos entrevistados, não trazendo benefícios, sendo apenas precursora dos maus-tratos e da indiferença. Este tipo de assistência não possibilitou para os sujeitos entrevistados nem a cura, nem a melhora, restando as representações negativas mencionadas por eles.

ORLANDO: “A gente tinha que ficar no meio das fezes. Eu fiquei dois dias nesse quarto e duas vezes por volta de 1980. Eu acho que essas internações não me ajudaram.”

Para TUNDIS; COSTA (1992), as questões da violência nas instituições asilares brasileiras estiveram associadas à discussão sobre a defesa dos direitos de cidadania daqueles que sofrem por tais situações. Desta forma, a Lei Paulo Delgado apresenta como princípio a cidadania e o resgate ético dessas pessoas que viveram em instituições fechadas.

O que se pode sintetizar desta categoria é que a violência e a exclusão mantiveram-se presentes no universo cotidiano como manifestações constituintes das representações que os entrevistados têm de tratamento psiquiátrico em hospital psiquiátrico. Observou-se, ainda, que o cuidado no tratamento se consolida por meio de vertentes diversificadas, da representação clássica do cuidado à autonomia e ao autocuidado, para assim constituir-se em ações reabilitadoras nas representações dos usuários.

III - Tratar é estar em atividade

A terceira categoria “**tratar é estar em atividade**” se estrutura pela representação que os entrevistados atribuem à atividade ocupacional e ao trabalho no tratamento psiquiátrico, possibilitando a reinserção social.

Segundo SOARES (1987), o modo de produção da existência humana se concretiza a partir dos meios de produção, constituídos pelos recursos materiais e instrumentais existentes e a se reproduzir pela forma determinada da atividade produtiva dos homens.

a. O tratamento psiquiátrico e a atividade ocupacional

Para os entrevistados, as atividades ocupacionais constituem-se na retomada da autonomia e das atividades da vida diária. Os usuários percebem as suas potencialidades e o êxito quando desenvolvem atividades, seja na terapia ocupacional quanto na vida cotidiana. Uma das entrevistadas mostra-se auto-suficiente quando afirma sua autonomia na realização de determinadas atividades, como pode-se identificar no relato descrito abaixo:

MARILDA: “Eu gosto de lavar louça, fazer barrinha no pano, fazer limpeza, fazer comida, ajudar em um monte de coisa. O que eu faço na minha casa, é lavar, passar, e tudo. Eu sou uma pessoa suficiente para isso, graças a Deus (...) Meu cabelo? Eu arrumo meu cabelo do gosto que eu quero. Eu chego com uma roupa bem limpinha. Às vezes tem gente que pergunta quem é que lava minha roupa, sou eu mesma! É, eu mesma que lavo! (...) Sobre o

tratamento, eu tô me virando com a pintura e outras coisas, como uma barrinha que eu faço. É pra mim não estar esperando a médica, porque é muita coisa para a cabeça dela.”

Para FRANCISCO (2001), as atividades da vida diária se caracterizam pelos cuidados pessoais, em atividades realizadas pelo homem no seu cotidiano, tais como: alimentação, higiene pessoal, locomoção, comunicação, habilidades manuais e tarefas domésticas.

Verifica-se que, para a entrevistada, a satisfação no cuidado das atividades da vida diária lhe proporciona um novo direcionamento para o seu tratamento psiquiátrico, com o reconhecimento de suas habilidades no seu próprio cuidado.

Outro dado referente às atividades ocupacionais é a satisfação dos entrevistados em serem capazes de auxiliar os profissionais e outros usuários do CAPS. A participação no tratamento se estende às atividades que envolvem o funcionamento do serviço. É o que se identifica nos relatos abaixo transcritos:

GETÚLIO: “Aqui no CAPS, eu tomo o meu remédio, eu almoço, tomo café e ajudo o pessoal aqui.”

ELINEU: “Aqui no CAPS a gente tem liberdade, ajuda a fazer as coisas, como eu. Molho as plantas, ajudo a arrumar as cadeiras. Todos os pacientes que estão melhor, ajudam. Eu me sinto participando do tratamento, por ser um paciente daqui do CAPS.”

Como refere MACHADO (1978), a implantação do trabalho dentro do hospício trouxe como benefício o suporte financeiro do hospício e a prevenção de recaída, uma vez que o doente mental aprendia um ofício que depois poderia exercer na sociedade, evitando problemas como miséria e desocupação, causas de loucura para a psiquiatria da época.

A lógica fundadora da terapia ocupacional se respaldava em uma disfunção ocupacional do indivíduo, e o método empregado mais adequado para regenerar a função perdida era a própria ocupação, já que ela era um meio natural de manter o corpo e a mente em equilíbrio com a vida ativa (MEDEIROS, 1994).

Percebe-se, nos depoimentos, que, para o entrevistado, estar ocupado lhe proporciona satisfação pessoal. O fato de estar envolvido em atividades permite uma representação de tratamento psiquiátrico que se desvincula do consumo da medicação e do atendimento médico. É possível identificar que as representações de tratamento psiquiátrico manifestam-se de forma diferenciada, a partir do momento em que as atividades ocupacionais começam a tomar espaço na realidade e no conhecimento dos entrevistados.

Contrariamente às falas de dois dos entrevistados, nota-se a dissociação do tratamento psiquiátrico das atividades terapêuticas oferecidas pelo CAPS. Para eles tratar é medicar e ser cuidado. Assim, as atividades terapêuticas ocupacionais não aparecem vinculadas ao tratamento psiquiátrico. Há dissociação entre tratamento e realização de atividade, o que pode ser ilustrado a seguir:

GETÚLIO: “A gente vai conversar com as pessoas. Eu gosto muito, pois tem horas que eu dou conselho para as pessoas. Eu levo almoço para as pessoas, jogo água na flor. Ficar sem serviço é duro. Então aqui a gente faz alguma coisa além de fazer o tratamento.”

ALCEU: “Meu tratamento psiquiátrico é tomar os remédios. Eu entro de manhã, almoço, faço desenho e, às quatro horas, eu volto.”

Observa-se, então, que a participação de atividades não é associada pelos entrevistados como procedimento incluso no tratamento psiquiátrico. As atividades são percebidas enquanto algo que acontece paralelamente ao tratamento, pois o fato de estar se ocupando com atividades não implica execução do tratamento psiquiátrico. O que se pode concluir é que, para esses dois entrevistados, o tratamento psiquiátrico não se vincula às atividades ocupacionais, o que os diferencia dos outros entrevistados.

Contudo, este tema permite visualizar mudanças nas representações de tratamento psiquiátrico. Na maioria das falas, não são encontradas posições de passividade e espera. Nesse momento, há participação ativa dos usuários no seu próprio tratamento. A figura do médico perde seu papel de protagonista e os usuários ganham evidência nas falas. Também a medicação não é mais o centro do tratamento, sendo

substituída pelas atividades ocupacionais, o que se pode evidenciar por meio dos relatos transcritos:

ORLANDO: “Onde me senti melhor foi em Itapira. Lá teve olimpíadas. Corri 100 metros e ganhei uma taça, lá me melhorou (...) Faz bem vir para o CAPS. É importante porque eu descanso minha cabeça. Outra, porque eu participo um pouco das atividades. Eu me sinto bem melhor (...) Eu não tinha capacidade nem de andar de ônibus e graças a elas, aqui do CAPS, eu já tô andando de ônibus e, tô me sentindo bem. O tratamento tá me ajudando.”

ELINEU: “A gente, sexta-feira, passeia, né? Dá volta no Taquaral. Vamos dançar, já fomos ver quadros, já fomos no mercadão, já fomos em vários lugares na sexta-feira, né? É muito bom. A gente anda, distrai um pouco. Faz bem. Eu considero como tratamento, porque a gente precisa de tudo isso para viver bem.”

OLINDA: “Aqui no CAPS eu tenho as amigas para conversar. Eu passeio, eu ajudo o pessoal, eu vou buscar salada. Eu queria arrumar um serviço aqui no CAPS. A doutora disse que iria me arrumar.”

Segundo FOUCAULT (1979), na Idade Média, os insanos eram considerados parte da sociedade e o principal alvo da caridade dos mais abastados. Apenas os casos mais perigosos sofriam segregação social, e as recomendações terapêuticas eram: o contato com a natureza, passeios, viagem e interpretações em peças teatrais.

Para SARACENO (1999), a noção de saúde mental se constitui de forma complexa, não podendo ser contida em um modelo exclusivamente biológico e médico, posto que implica ações múltiplas que envolvem o social e o cultural.

O que se pode notar é que as representações de tratamento psiquiátrico nas falas dos entrevistados estruturam-se em um conhecimento mais complexo, no qual o esporte, o lazer, a pintura e a interação social passam a se integrar ao atendimento, propiciando condições diferenciadas de tratamento psiquiátrico. Percebe-se, através da

literatura, que este tipo de terapia foi um precursor no tratamento dos insanos nos primeiros hospícios e se mantém representado em um modelo psicossocial na atenção ao portador de transtorno mental.

Na fala a seguir, as atividades ocupacionais tomam o destaque, o que pode ser constatado na reivindicação de um entrevistado por atividades no tratamento psiquiátrico.

PEDRO: “Eu ando muito parado aqui no CAPS, pois não está tendo atividades. Não tem uma T.O., não tem nada. Eu fico parado, e o corpo só quer dormir, né?”

A implantação das atividades ocupacionais dos internos nos hospícios do século XIX foi vista como um benefício na recuperação do indivíduo portador de transtorno mental (FOUCAULT, 1987). Assim, observou-se que a representação da atividade como um benefício mantém-se presente no universo cotidiano. Pedro acredita que as atividades exercidas no CAPS podem melhorar o estado clínico, favorecendo a recuperação.

Segundo ALMEIDA (1997), o objeto atual da terapia ocupacional abrange o ser humano em seu fazer cotidiano. Atuando desde a prevenção até a reabilitação, a terapia ocupacional passa a se incumbir da amplitude de questões relacionadas ao ser humano em seu fazer cotidiano.

Pode-se verificar que, nas falas dos entrevistados, as atividades ocupacionais proporcionam não só a descoberta de potencialidades, mas também a conquista da reinserção na sociedade.

NANCIRA: “Aqui no CAPS, eles dão mais de uma opção para você conseguir se reintegrar na sociedade (...) Tem a T.O., que também é uma outra alternativa; a ginástica harmônica, que para mim foi essencial. Eu até hoje procuro fazer a ginástica harmônica em outros lugares (...) No CAPS, o tratamento que se tem trata o paciente com integridade, né? Conseguindo realçar as suas habilidades e introduzindo essa pessoa novamente na sociedade.”

ALCEU: "Eu me sinto uma pessoa normal. Quando eu não falava com ninguém, era porque as palavras, a voz, não saía. Aqui, eu consigo falar. Eu me sinto muito bem aqui no CAPS."

A cidadania plena e a saúde mental são condições estreitamente ligadas entre si. SARACENO (1999) afirma que um indivíduo que não goza plenamente da cidadania é um risco para a própria saúde mental, assim como um indivíduo que não goza plenamente de saúde mental está em perigo com relação à sua plena cidadania social. A estreita relação entre cidadania e saúde implica que cada ação para a saúde deve ainda ser ação para a cidadania.

Como se constata nos depoimentos dos entrevistados, o fato de estar inserido em um programa de tratamento que lhe assegure o direito a atividades terapêuticas, ao lazer, ao esporte e de ser ouvido permite estabelecer uma imagem diferenciada de tratamento, visto que a constituição das representações exclusivamente medicamentosas de tratamento psiquiátrico é substituída por representações onde a cidadania social torna-se consequência do tratamento psiquiátrico.

Para PITTA; DALLARI (1992), é necessário, portanto, desenvolver interfaces entre saúde e sociedade, estabelecendo trocas criativas e suficientemente amplas, capazes de inverter a lógica da exclusão.

b. O tratamento psiquiátrico e o trabalho

No final do século XVIII, as soluções para aqueles que perturbavam a paz social nas cidades brasileiras foi a remoção e a reeducação para o trabalho, remoções que se destinavam à exclusão em hospitais e também à reeducação por laborterapias, com o intuito de manter o doente ocupado com algumas atividades para evitar perturbações na rotina do ambiente hospitalar. Assim, o trabalho tornou-se uma imposição terapêutica (RESENDE, 1992).

As atividades ocupacionais nas falas dos entrevistados perdem seu caráter terapêutico e avançam em uma representação de produção. O trabalho não apenas traz bem-estar, mas também a remuneração e a recolocação do usuário do CAPS no mercado de trabalho, o que é identificado nas falas a seguir:

ALMIR: “Eu trabalhei lá no Cândido e me senti bem. Quando eu recebi o dinheiro, eu fiquei contente, alegre, me fez bem. Já trabalhei de servente de pedreiro e me fez bem.”

MARILDA: “Eu queria tá boa já, trabalhando aqui, com eles, fazendo uma atividade séria e trabalhando junto, né? Já não é uma atividade da T.O., né? Já é uma outra atividade que nem a deles. Se eu já tivesse boa, eu já estaria trabalhando aqui, como funcionária, porque eu tenho esse sonho.”

GETÚLIO: “Aqui eu faço meu trabalho, ajudo o pessoal e converso com as pessoas, e com isso eu me sinto muito bem.”

PEDRO: “Eu fui encaminhado pelo Marcelo, o terapeuta ocupacional do hospital. Então, ele disse que iria encaminhar para eu falar com o Augusto, que ele me colocaria para trabalhar, pois eu pinto quadro e vendo. Eu desenho muito, até cansar minha mão (...) Devia ter atividades para os pacientes, e não tem atividades. Precisa pegar uma T.O. boa para que ela descubra o valor das pessoas, para ela colocar a gente no trabalho. A gente precisa trabalhar.”

O trabalho foi visto, portanto, como algo em si mesmo terapêutico nos manicômios do século XIX, ocupando assim uma posição central no tratamento. A norma do trabalho imperou e se materializou em oficinas diversas, jardinagem, trabalho como servente nas obras, refeitórios, enfermarias, etc. (MACHADO, 1978).

Segundo SOARES (1987), o homem, diferentemente das outras espécies, é um ser em constante transformação, decorrente fundamentalmente do trabalho humano, da produção material de sua existência. As transformações promovidas pelo homem e sobre o próprio homem se realizam a partir do e no processo do trabalho humano.

Verifica-se, nas falas dos entrevistados, que a necessidade de estar inserido em um processo de produção por meio do trabalho vem proporcionar representações que se concretizam na realização pessoal e no bem-estar clínico.

A preparação e a ambição para o trabalho parecem ser os objetivos a serem alcançados. O trabalho passa a simbolizar o rompimento final com o tratamento

psiquiátrico e o início da socialização e da retomada da cidadania, como pode-se identificar nos relatos abaixo:

MARILDA: “Sabe, eu acho que meu problema não tá tão difícil de chegar onde eu quero, para fazer o que eu quero aqui no CAPS, trabalhar.”

NANCIRA: “Hoje, eu estou fazendo auxiliar de enfermagem. Não é à toa que eu estou fazendo este curso. É porque eu quero trabalhar na saúde mental.”

ALMIR: “Às vezes, eu trabalho aqui. Ajudo uma enfermeira com uma paciente no hospital. Eu trabalhei como supervisor do hospital. Tirava as coisas, as toalhas. Cuidava do hospital. Mantinha a casa funcionando (...) Eu preciso arrumar um trabalho e cuidar da minha vida quanto mais cedo, mais cedo. Eu arrumo minhas coisas e vou agradecer as pessoas que me assistem direito.”

Deve-se atentar que por meio do trabalho os homens produzem o seu meio de vida, a sua existência, a sua consciência, a sua história e a própria superação destas condições. É pelo trabalho que o homem historicamente transmite a sua produção anterior e engendra elementos para sua criação do novo (SOARES, 1987).

A importância do trabalho nas falas dos entrevistados se mantém presente como um projeto que cada um estabelece para sua própria vida. O desejo de ter um trabalho se torna uma meta a ser alcançada em um momento de suas vidas.

Para um dos entrevistados, a possibilidade da cura vem permitir a aptidão para o trabalho, pois a importância do trabalho passa a ter um papel de destaque em sua vida, tornando-se primordial para sua realização pessoal. A fala a seguir revela essa questão:

ALMIR: “Eu me sinto animado por minha cura. Espero não tomar mais remédio um dia, pegar meu carro, morar com minha família. Espero trabalhar, mesmo se não der para trabalhar, faça alguma coisa, como limpar, cozinhar. Tudo é trabalho hoje em

dia. Todas as pessoas têm que trabalhar, porque têm férias e descanso (...) Têm três coisas na vida, trabalho, tratamento, felicidade e oportunidade. O trabalho faz bem para as pessoas.”

Como salienta BEZERRA (1992), a idéia de saúde para a classe trabalhadora está fortemente ligada à chance de trabalhar. O corpo é efetivamente um instrumento de trabalho. Esta parece ser uma função primordial e que determina, por assim dizer, o que é doença ou não, na medida em que esteja ou não ameaçada. Isto vai fazer com que a noção de saúde esteja bastante vinculada à possibilidade de retomada do trabalho.

As representações de trabalho no tratamento psiquiátrico são expressivas nos depoimentos, pois, para o entrevistado, a condição de estar inserido no mercado de trabalho é uma consequência da eficácia do tratamento psiquiátrico, que pode trazer a cura e, por conseguinte, proporcionar a possibilidade de trabalhar. Como refere BEZERRA (1992), a idéia de saúde está fortemente ligada à condição de trabalho, visto que o ser humano está bem quando se mantém apto para o trabalho.

As atividades terapêuticas e o trabalho se constituem em representações de tratamento psiquiátrico pelos entrevistados, elaborações estas que se consolidaram por meio de um realidade trazida pelos próprios sujeitos, mediante a sua história e o seu contexto social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento revelado pelos sujeitos entrevistados trouxe a constatação de que as representações sociais de tratamento psiquiátrico são resultados de interpretações e simbolizações de saberes científicos, culturais e históricos. Esses saberes estão vinculados ao momento vivenciado por cada indivíduo em uma dimensão psicossocial, na qual sujeito e objeto se mantêm interligados, mas apoderando-se de uma especificidade (ROLIM, 1993).

Desde a implantação dos primeiros asilos para loucos, passando pela Reforma Psiquiátrica até os dias de hoje, o indivíduo portador de transtorno mental está assujeitado aos contextos históricos, sociais e políticos, ou seja, o conhecimento que se estrutura a partir das representações de tratamento psiquiátrico reproduz uma compreensão historicamente construída.

Entre as representações de tratamento psiquiátrico reveladas pelos entrevistados, a que mais se destacou foi o tema do consumo de medicação como fator fundamental da assistência psiquiátrica. Há que se considerar a influência da publicidade exercida pela indústria farmacêutica sobre os profissionais de saúde e a população em geral, vinculando as informações que ancoram crenças e valores atribuindo à medicação o poder mágico de curar. Desta forma todo tratamento psiquiátrico se vê limitado à ação de medicar, isto apesar dos avanços do campo teórico da psiquiatria atual e do conhecimento de que os psicotrópicos atuam no alívio dos sintomas e não nas causas das doenças mentais (KAPLAN, 1997).

Contudo, para os entrevistados a possibilidade de cura só é possível por meio da medicação. Mas, paradoxalmente, a cura é percebida ao mesmo tempo como a situação em que se pode prescindir do uso da medicação, ou seja, o momento em que usuário será liberado desta através do procedimento da alta médica.

Apesar do discurso institucional e dos planos governamentais destacarem a importância do trabalho em equipe, as representações atribuídas pelos usuários acerca da equipe de profissionais vinculados ao tratamento psiquiátrico se consolidam na figura do médico que se mantém no topo da hierarquia, por ser aquele que tem a função e o

poder de medicar, e, conseqüentemente, dispõe de condição que propicia a cura por meio da medicação.

A imagem dos outros profissionais de saúde – a equipe de enfermagem – aparecem em um segundo plano ao médico, e sua presença é representada por meio de qualificações pessoais como simpatia e bondade, negligenciando justamente suas características profissionais. Desta forma, suas funções se limitam ao cuidado e a um vínculo estabelecido pela proximidade pessoal, além da manutenção do bem-estar físico. Nesta hierarquia, a figura do psicólogo, apesar de ser reconhecida no tratamento, também é secundária e seu papel quase sempre é visto como alguém que se restringe a ouvir e conversar.

Outra representação bastante significativa é a necessidade do usuário de ser cuidado, de ser tutelado no tratamento, na busca de alguém que se encarregue dele. Já o que se espera do corpo médico é um tratamento tradicional com a ministração do medicamento. Contudo, percebe-se também que a condição de autonomia no cuidado vem aos poucos tomando algum espaço na vida prática e cotidiana dos usuários, por exemplo, quando estes assumem a responsabilidade de cuidar de sua própria medicação.

Instituições fechadas e violência no tratamento psiquiátrico também são descritas nas representações dos entrevistados como ações constituídas na história e que são revividas a cada depoimento, mantendo-se como um fator aberrante na atenção psiquiátrica.

Por fim, as representações das atividades ocupacionais e de trabalho são vistas como facilitadoras das relações interpessoais, possibilitando aos sujeitos uma maior perspectiva na interlocução social, reintegrando o indivíduo portador de transtorno mental ao seu meio. Desta forma, o trabalho estende-se ao bem estar pessoal e clínico, salientando a identificação e integração do indivíduo com uma sociedade de produção. Mas não se pode deixar de ressaltar os aspectos normatizadores desta representação, na qual o estar apto para o trabalho simboliza quase sempre o grau com que será medida a sanidade do usuário e sua capacidade de reinserção social.

O objetivo deste estudo, identificar e analisar as representações de tratamento psiquiátrico entre usuários de um centro de atenção psicossocial, permitiu delinear a história social e cultural da doença mental por meio de um emaranhado de

representações que se desvendaram na fala de cada sujeito entrevistado. Espera-se que este estudo traga contribuições a todos aqueles que, direta ou indiretamente, estão mobilizados na luta por mudanças efetivas na assistência à saúde mental.

Ainda que vigorem representações ligadas às formas tradicionais de tratamento psiquiátrico, espaços diferenciados têm se estruturado por meio da reformulação do modelo de atendimento que busca instalar uma nova cultura psiquiátrica, para assim possibilitar a capacitação de novos profissionais e o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde mental. Um dos exemplos tem sido vivenciado pelo Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira.” Este espaço tem como princípio a reabilitação e a reinserção social do tratamento psiquiátrico, aspectos que estão relacionados diretamente ao resgate ético e de cidadania. Como refere PITTA; DALLARI (1992; p. 23), “a cidadania é, entretanto, um direito a ser diariamente conquistado e o poder local é a única arena onde tal conquista pode efetuar.” Assim, acredita-se que é de fundamental importância ouvir os próprios indivíduos portadores de transtorno mental para que faça valer uma verdadeira reforma na assistência psiquiátrica, visto que a reinserção dos mesmos só se dará a partir de uma permanente interlocução entre usuários e equipe.

Nesse sentido VENANCIO et al. (1997) ressalta que se deve estar alerta ao que estes sujeitos podem dizer, exercício de extrema relevância para a construção do cuidado que se pretende na atenção psicossocial.

6. SUMMARY

The purpose of this study is to identify and analyze individual representations at a psychosocial care center regarding psychiatric treatment. Interviews were held with 11 individuals at the Psychosocial Care Center. The data was analyzed according to Bardin using the Moscoviscian social representation theory as a methodological –theoretical reference. The data analysis helped define three categories. The first category- **to be treated is to be medicated-** was based on understanding psychiatric medication, the effects of the treatment, the various professionals involved and their participation in the treatment. The second category - **to be treated is to be cared for/or not** - was outlined on the care attributed to psychiatric treatment such as care in psychiatric treatment, violence and closed institutions. The third category- **to be treated is to be active-** was based on the feelings expressed by the subjects about occupational therapy and work in psychiatric treatment.

KEYWORDS: mental health; social psychology; nursing; deinstitutionalization.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. H. M. **Instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o auto cuidado**. São Paulo, 1997. 194f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE / ENSP, 1995.

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

AMARAL, M. **Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas 1992/1993**, Campinas, 1995. 103f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas.

BANDEIRA, M. et al. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 47, nº 12, p.627-640, agosto 1998.

BANDEIRA, M.; TREMBLAY, L. Competência social de psicótico: parâmetro do treinamento para programas de reabilitação psicossocial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro. v.48, nº3, p.95-99, abril 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEAUCHESNE, H. **História da Psicopatologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BASAGLIA, F. (Org) **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BEZERRA Jr., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In:____. **Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1994.

_____ Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: _____. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1992. cap.IV. p. 133-170.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. 2. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: _____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. cap.2. p. 41-72.

BRASIL: banco de dados. Disponível em: <http://www.saudental.gov>. Acesso em: 25 out. 2001.

BRUM, M. F. A. et al. A equipe de reabilitação. In: _____. **Psiquiatria e Saúde Mental**, São Paulo: Autores Associados, 1983. cap. 6, p.397- 403.

CAMPOS, B. C. F. **O modelo as reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas, 2000. 177f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

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

CAMPOS, P. C. T. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: E.P.U., 1995.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 6. ed., São Paulo: Cutrix, 1982.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. 3. ed., Rio de Janeiro: Campos, 1980.

_____, J. F. Apresentação In: _____. **Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998. p. 11-14.

DUPUY, J. P.; KARSENTY, S. **A invasão farmacêutica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DURKHEIM, E. Representações individuais e representações coletivas. In:____. **Sociologia e Filosofia**. 2. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970. cap. 1, p. 13-42.

FILHO, S. F. J. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In:____. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1992. cap.1. p. 75-102.

FRANCISCO, R. B. **Terapia ocupacional**. 2. ed., Campinas: Papyrus, 2001.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 2. ed., São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____ **Microfísica do Poder**. 10. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FURTADO, P. J.; PACHECO, A. R. Moradias extra-hospitalares em Campinas: Reflexões sobre uma experiência. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 1, 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia. 1997. p.85-94.

HERRMANN, F. **O que é psicanálise**. 8. ed., São Paulo: Brasiliense, 1988.

JODELET, D. **Representação Social : Fenômenos, Conceitos e Teoria**. Rio de Janeiro: 1988. (mimeografado).

KAPLAN, H. et al. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KARNIOL, G. I. Quimioterapia em psiquiatria. In:____. **Psiquiatria e Saúde Mental**. São Paulo; Autores Associados, 1983. cap.3. p. 211-216.

KIRSCHBAUM, D.I.R. As possibilidades de integração ensino-serviço. In: CICLO DE DEBATES EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 4., 1998, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, Centro de Extensão da Escola de Enfermagem da UFMG, 1998. p. 29-44.

_____ **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50**. Campinas, 1994. 369f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

_____ Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, número especial, p.19-30, maio, 1997.

MACHADO, L. A. **Espaço de Representação da loucura: Religião e Psiquiatria**. São Paulo, 1999. 127f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MACHADO, R. et al. **Da (n)ação da norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEDEIROS, R. H. M. **A Reforma da Atenção ao Doente Mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional**. Campinas, 1994. 201f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

MIRANDA, L. M. C. Enfermagem essa prática (des) conhecida. **Revista Saúde em Foco**. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Saúde Mental e Ética do cuidar. Rio de Janeiro, ano VI, Nº 16, 1997. p.5-6.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NETO, L. R. M. **Convivendo com a Esquizofrenia: um guia para pacientes e familiares**. 4. ed. São Paulo: Lemos, 1996.

ONOCKO, T. R. **O planejamento no divã: ou análise de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional (o caso do Cândido Ferreira/ Campinas/SP)**. Campinas, 1998, 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

ONOCKO, R. AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: _____. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.353-373.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991, p.117-144.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Campinas, 1998, 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

PEIXOTO, M. R. B., Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado em Orem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** V.30, n.1, p.1-13, abril 1996.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** São Paulo: Ed. 34, 1996.

PITTA, A. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In:____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo, Hucitec, p. 18-26,1996.

PITTA, A.; DALLARI, G. S. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. **Revista Saúde em Debate,** v. 10, nº 36, p. 19-29, 1992.

QUEIROZ, S. M. **Representações Sociais: uma perspectiva crítica a partir da teoria da ação comunicativa de Habermas.** Campinas, 1988. 37p. (mimeografado).

_____ **Um enfoque alternativo sobre saúde e doença: uma perspectiva antropológica.** Campinas, Unicamp, p.12-21,1998, (mimeografado).

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In:____. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1992. cap. I, p. 16-69.

ROLIM, M. A. **As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergência psiquiátrica.** São Paulo, 1993. 137f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ROLIM, M. A. et al. Os cuidados de enfermagem no tratamento farmacológico dos transtornos mentais no Brasil. In:____. **O uso racional de medicamentos psiquiátricos.** Rio de Janeiro: Divisão de saúde mental e prevenção de toxicomanias. Organização Mundial da Saúde, 1997, cap. 11, p. 93-110.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In:____. **Psiquiatria sem hospício.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, cap. II, p.41-57.

RODRIGUES, et al. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.7-12, janeiro 2001.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representação social**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SANTOS, A. Movimentos de Saúde Mental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47., 1995, Bahia. **Anais...** Bahia. UFBA. 1995. p.167-173.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossociais à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

_____ Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In: _____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 13-18, 1996.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Projeto do Hospital-dia**. Campinas; 1991. 10p. (mimeografado).

SERVIÇO DE SAÚDE "DR. CÂNDIDO FERREIRA." **Manual de Organização**. Campinas: 1993. 12p. (mimeografado).

SERVIÇO DE SAÚDE "DR. CÂNDIDO FERREIRA." **Missão do Centro de Atenção Psicossocial CAPS- Estação**. Campinas: 2000. 1p. (mimeografado).

SERVIÇO DE SAÚDE "DR. CÂNDIDO FERREIRA" **Programa de Formação dos Profissionais do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira**. Campinas: 1992. (mimeografado).

SCHERER, A. E.; CAMPOS, A. M. O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. In: _____. **Estudo em Saúde Mental**. Ed: Curso de Pós-graduação em Saúde Mental. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto, 1997, cap. 7, p. 264-279.

SILVA, D. P. A. M. **As representações sociais e as dimensões éticas**. Taubaté, Cabral editora universitária, 1998.

- SILVA, E. **Atendimento de Crise em Serviço Substitutivo de Saúde Mental**. Belo Horizonte, 1999, 12 p. (mimeografado).
- SOARES, T. B. L. **Terapia Ocupacional: Lógica do Capital ou do Trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980**. São Carlos, 1987. 240f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos.
- SPINK, J. M. O estudo empírico das representações sociais. In: _____. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. cap. 5, p. 85-108.
- SZASZ, S. T. **O mito da doença mental**. São Paulo: Círculo do livro, 1974.
- _____ **A escravidão psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- TELLES, S.L.M. **O que é psicologia**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- TORREY, E. F. **A morte da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- TUNDIS, A. S.; COSTA, R. N. Cidadania, classes populares e doente mental. In: _____. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1992. Introdução. p. 9-13.
- VENANCIO, T. A. et al., (Orgs) Apresentação. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1, 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia, 1997. p. VII-IX.
- VICHI, M. T. et al. Refletindo sobre o processo de construção/reconstrução de um Hospital-Dia: Avaliação dos cinco anos de funcionamento do H.D. do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1, 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 325-332.
- ZANINI, A. C. ; OGA S. **Farmacologia aplicada**. 5. ed., São Paulo: Atheneu, 1994.

8. Anexos

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- Iniciais
- Sexo
- Idade
- Estado Civil
- Escolaridade

1. Você já fez tratamento psiquiátrico anteriormente? Onde?
2. Fale-me sobre o tratamento neste (s) local (s)?
3. Como você se sentia neste (s) local (s)? Como percebia o tratamento recebido?
4. Como você foi encaminhado para o CAPS?
5. Fale-me sobre o CAPS?
6. Fale-me sobre o seu tratamento no CAPS. Como você se sente?
7. Você percebe alguma diferença entre a forma de tratamento recebido em hospital psiquiátrico e o recebido no CAPS?

Termo de consentimento

Projeto: As representações sociais sobre tratamento psiquiátrico entre usuários de um centro de atenção psicossocial

Responsável: Prof^a Dr^a Débora Isane R. Kirschbaum

Pesquisadora: Rubiane Rodrigues Mostazo

Eu _____ Idade _____

RG _____ morador no endereço _____

_____ autorizo a participação de _____

_____, Idade _____, RG _____

morador no endereço _____

_____ para a pesquisa em questão, que tem como objetivo estudar as representações sociais que os usuários do CAPS-Estação constitui acerca de tratamento psiquiátrico e, dessa forma, contribuir para uma maior compreensão do fenômeno tratamento psiquiátrico para estes. Além disso, estou ciente de que:

1. será submetido à uma entrevista oral, que será registrada (gravada) pela pesquisadora;
2. recebi e receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
3. tenho a garantia do sigilo e do caráter confidencial;
4. estou ciente do número de telefone da responsável pela pesquisa (0xx19-37888822), para proceder eventuais explicações ou reclamações.
5. estou ciente do número de telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (0xx19-788.8936), para eventuais explicações ou reclamações.

Data ____/____/____

Assinatura do familiar ou do responsável
da instituição

Assinatura do Pesquisador

Termo de consentimento

Projeto: As representações sociais sobre tratamento psiquiátrico entre usuários de um centro de atenção psicossocial

Responsável: Prof^a Dr^a Débora Isane R. Kirschbaum

Pesquisadora: Rubiane Rodrigues Mostazo

Eu _____, Idade _____

RG: _____ endereço: _____,

concordo em participar da pesquisa em questão, que tem como objetivo estudar as representações sociais que usuários do CAPS-Estação constitui acerca de tratamento psiquiátrico, dessa forma, contribuir para uma maior compreensão das representações sociais do fenômeno tratamento psiquiátrico para estes. Além disso, estou ciente de que:

1. serei submetido à uma entrevista oral, que será registrada (gravada) pela pesquisadora;
2. recebi e receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
3. tenho a garantia do sigilo e do caráter confidencial;
4. estou ciente do número de telefone da responsável pela pesquisa (0xx19-3788 8823), para proceder eventuais explicações ou reclamações. Também poderei recorrer à secretaria do Comitê de Ética (0xx19-3788 8936).

Data ____/____/____

ASSINATURA DO USUÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 611
13083-970 Campinas, SP
O 19 78882336
Fax 0 19 7888923
www.cep@unicamp.br

CEP: 05/03/0

PARECER PROJETO: N° 433/200

IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "UM ESTUDO SOBRE A INSERÇÃO DO PACIENTE EM UM SERVIÇO DIA".
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ricardo Rodrigues Moraes
INSTITUIÇÃO: E-terragenet/FCM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 30/01/200

I - OBJETIVOS

Fornecer subsídios aos profissionais da área de saúde mental para melhor compreensão dos aspectos relacionados a inserção do paciente psiquiátrico em um serviço dia.

II - SUMÁRIO

Participarão 10 sujeitos do CAPS, de ambos os sexos, sem limite etário e de idade, com condições físicas e psicológicas de participação de entrevistas. As entrevistas serão sem restrições e serão gravadas.

III - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um projeto onde serão realizadas entrevistas com indivíduos portadores de transtornos mentais. O tema de discussão é pertinente, nos adequados. Segue o Relatório 136/96.

IV - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após ouvir as pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovados os anexos relativos à Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

V - DATA DA REUNIÃO

Homologado na 1ª Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 30 de março de 200

Sebastião Araújo
Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA

<http://www.candido.org.br>

Memorando: _____ Data: 02/02/01

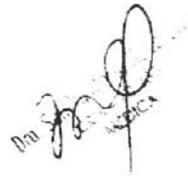
Assunto: CEM

De: Dr. IVAMARA

Para: _____

Sobre o Projeto de Dissertação da
Mestranda Rubiane Rodrigues Mostozo
com título: "Um estudo sobre a reinser-
ção do paciente psiquiátrico em um
serviço - dia", encontra-se dentro dos
Critérios de Ética Médica.


Ivamar Costa
CRM 27.000


Dr. Ivamar Costa

Anexo VI

Quadro : Identificação dos sujeitos segundo sexo, idade, escolaridade, estado civil, com quem reside, número de internações, diagnóstico, tempo de caps. Campinas, 2001.

SUJEITO	DADOS PESSOAIS							
	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	COM QUEM RESIDE	NÚMERO DE INTERNAÇÕES	DIAGNÓSTICO	TEMPO DE CAPS
Ana	F	49	1º grau completo	Separada	Sozinha	Várias ⁹ internações	Transtornos esquizotípico	1,5 meses
Marilda	F	45	Sem escolaridade	Separada	Sozinho	Várias internações	Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento + Retardo mental	1,4 meses
Pedro	M	29	1º grau incompleto	Solteiro	Familiares	20 internações	Retardo mental	1,3 meses
Nancira	M	33	2º grau completo	Casada	Familiares	Nunca foi internada	Transtorno acetivo bipolar, episódio atual maniaco sem sintomas psicóticos	1,6 meses
Orlando	M	52	2º grau completo (magistério)	Solteiro	Familiares	16 internações	Esquizofrenia	1,1 mês
Almir	M	48	Sem escolaridade	Solteiro	Moradia do S.S.C.F., mora com mais dois moradores	Varias internações	Esquizofrenia	11 meses
Alceu	M	39	1º grau completo	Solteiro	Familiares	Varias internações	Esquizofrenia	1,2 meses
Getúlio	M	47	1º grau completo	Solteiro	Familiares	3 internações	Retardo mental	10 meses
Olinda	F	49	1º grau incompleto	Solteira	Familiares	Varias internações	Outros transtornos mentais de correntes de lesão e disfunção cerebrais e de doenças físicas	1,3 meses
Osmar	M	65	1º grau completo	Solteira	Sozinho	Varias internações	Transtornos de humor	1,6 meses
Elineu	M	45	1º grau incompleto	Solteira	Com um irmão	Varias internações	Esquizofrenia	3 meses

⁹ "Várias internações" foi atribuído para aqueles que não tem idéia do número exato de internações.

Pedro - Data da entrevista: 28/11/01

DEPOIMENTO	TEMAS
<p>- Você já fez tratamento psiquiátrico anteriormente? Onde?</p> <p>Já, em vários hospitais, desde o Santa Fé que fiquei dois anos, depois o Saião que fiquei três meses, depois o Cândido o Tibiriça que eu fiquei três meses, acho que foram esses.</p>	<p>Várias internações</p>
<p>- Fale-me sobre o tratamento psiquiátrico nestes locais?</p> <p>O tratamento psiquiátrico na Santa Fé foi bom, eu fiquei dois anos. Tinha que tomar choque na cabeça né? Fiquei lá dois anos, tomei alta e fui embora. Depois eu tive uma outra recaída, tentei suicídio, cortei os pulsos, me joguei no mar aí eu internei no Saião, onde eu fiquei três meses e daí eu sai, entrei em depressão e internei lá no Tibiriça, e do Tibiriça eu vim para cá. Daqui eu fui internado para o Cândido passei uns dias lá. No Tibiriça eu quero fazer uma reclamação do enfermeiro lá, o cara não deixava a gente tomar banho direito, tirava a gente do chuveiro com</p>	<p>Violência no tratamento psiquiátrico hospitalar</p>
	<p>Imposição</p>

<p>sabão e tudo, não deixava a gente tomar banho, implicava com a gente direto, a gente ficava todo com sabão e tudo sujo, não deixavam a gente tomar banho. No Cândido foi ótimo, porque o tratamento psiquiátrico lá é melhor né? Porque eles tratam bem as pessoas.</p> <p>Eu tive uma recaída e eu mesmo me socorri, fui até o hospital Beneficência Portuguesa, me deram um baeta sossega leão e eu fiquei 24hrs dormindo, o médico receitou uma injeção grande e eu tomei e dormi 24hrs, eu desmaiei, eu estava muito nervoso no hospital, porque a minha mãe falava muito comigo, pega no meu pé, fofoca, eu não gosto destas coisas né? Por isso eu fiquei nervoso, pois eu não faço nada, não estou trabalhando, eu fico pedindo as coisas para minha mãe, isso enche o saco, a vizinha liga em casa, pergunta de mim e da Carla, se tá bem, se já casou. A Carla é minha namorada, e essa coisa de perguntar se já casou me perturba a cabeça, as pessoas não precisam saber se eu já casei ou não, pois tá faltando a casa para morar, a aposentadoria já saiu.</p> <p>- Como você se sentia nestes locais?</p> <p>No Tibiriça eu me sentia mal, porque o tratamento psiquiátrico foi ruim, pois eles tratavam mal lá. No Cândido eu me senti</p>	<p>Medicação incisiva</p> <p>Osciosidade</p> <p>Planos futuros</p> <p>Tratamento ruim</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

<p>melhor, o tratamento foi ótimo, sossegado, a gente conversava com os profissionais, é o melhor hospital que eu conheci, eu recebi um ótimo tratamento psiquiátrico, a comida era ótima. Agora no Tibiriça me trataram mal, a comida não era boa, eles faziam uma lavagem, a comida não era boa, o chá era gelado, não tinha consideração pela gente.</p>	<p>Comida ruim</p> <p>Comida – tratamento</p>
<p>-Como você foi encaminhado para o CAPS?</p> <p>Eu fui encaminhado pelo Êucio, o terapeuta ocupacional do Tibiriça, ele dizia que eu desenhava bem, o Êucio que me encaminhou para cá, porque eu desenho bem e faço muitas artes, então ele me disse que iria me encaminhar para eu falar com o Carlos, que ele me colocaria para trabalhar, pois eu pinto quadro e vendo, eu desenho muito até cansar minha mão.</p>	<p>CAPS – ocupação</p> <p>CAPS – trabalho</p>
<p>-Fale-me sobre o CAPS?</p> <p>Agora que tem mais espaço ficou melhor, a comida é boa, eu não gosto do pessoal que fica guardando lugar para outra pessoa na hora de comer, não tem essa, pois tem lugar para todos, o negócio é sentar, comer e pronto, eu não guardo lugar para outras pessoas, eu sento, como e pronto, as outras pessoas ficam guardando lugar.</p> <p>Eu ando muito parado aqui no CAPS, pois</p>	<p>Tratamento – comida</p>

<p>não está tendo atividades, não tem uma T.O. não tem nada, eu fico parado e o corpo só quer dormir né? Eu só fico dormindo, comendo e engordando e assistindo televisão, atividade não tem nenhuma, devia ter atividades para os pacientes e não tem atividades, precisa pegar uma T.O. boa para que ela descubra o valor das pessoas para ela colocar a gente no trabalho, a gente precisa trabalhar, antes tinha culinária, agora não tem mais, eu participava da culinária, agora eu não tô participando mais, eu estava fazendo pintura artística, agora não estou fazendo mais, porque eles não me chamam mais para trabalhar nesta atividade, por eles não me chamarem, eu fico lá fora dormindo, comendo e tomando remédio e fico dopado, como na Beneficência Portuguesa que me deram uma injeção grande e eu dormi 24hrs e depois para acordar é um sacrifício.</p>	<p>CAPS – atividade ocupacional</p> <p>Osciosidade</p> <p>Tratamento – trabalho</p> <p>Remédio</p>
<p>-Fale-me sobre seu tratamento psiquiátrico aqui no CAPS? O tratamento com a Dr^a Telma tá indo mais ou menos, eu não andava bem, com depressão, e a médica me receitou akineton. Às vezes eu me sinto mais ou menos com o tratamento aqui do CAPS, acho que o tratamento aqui no CAPS</p>	<p>Médica – remédio</p>

<p>precisa ser mudado, porque esses remédios que eu estou tomando, não estão sendo muito bom, esses remédios estão sendo que nem água, não estão adiantando nada, me deixam mais depressivo, mais nervoso né? Pois de vez em quando lá em casa minha mãe fala alto comigo e eu fico muito nervoso, eu implico com a vizinha, que reclama muito, a Bete vai lá em casa, come, bebe e não faz nada para minha mãe, minha mãe tá cansada já trabalhou bastante, minha mãe está sendo escrava do trabalho, ninguém ajuda ela, só a Carla minha namorada que ajuda ela.</p>	<p>Medicação com uma ação incisiva</p>
<p>Não sei o que acontece, tem dia que vem remédio tem dia que não vem remédio, teve um final de semana que as medicações estão fazendo eu piorar, pois um dia vem o remédio e outro dia o remédio não vem.</p>	<p>Tratamento – medicação</p>
<p>- Como você se sente com o tratamento aqui do CAPS? Meu tratamento no CAPS tem que ter mais atendimento com o médico, pois tá faltando médico, enfermeiro tem bastante, agora médico não tá tendo para quando a gente não estiver bem, consultar com o médico, a consulta tem que ser médica e pronto. Antes tinha curso de foto agora não está tendo mais né? Nem para eu ir na culinária, não tá tendo mais, começa e para logo, tá</p>	<p>Médico – enfermeiro</p>

