



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CURSO DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**RAIMUNDA FÉLIX DE OLIVEIRA**

**DESVELANDO AS COMPREENSÕES DOS USUÁRIOS DOS CAPS DE  
FORTALEZA SOBRE A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**FORTALEZA**

**2011**

**RAIMUNDA FÉLIX DE OLIVEIRA**

**DESVELANDO AS COMPREENSÕES DOS USUÁRIOS DOS CAPS DE  
FORTALEZA SOBRE A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Professor Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

**FORTALEZA**

**2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- O51c      Oliveira, Raimunda Félix de.  
            As compreensões dos usuários dos CAPS de Fortaleza sobre a atenção em saúde mental. /  
Raimunda Félix de Oliveira. – 2011.  
            105 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,  
Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.  
            Área de Concentração: Saúde Mental.  
            Orientação: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.
1. Saúde Mental. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Serviços de Saúde Mental. I. Título.

RAIMUNDA FÉLIX DE OLIVEIRA

AS COMPREENSÕES DOS USUÁRIOS DOS CAPS DE FORTALEZA SOBRE  
A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Dissertação Em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 06 /09/2011

BANCA EXAMINADORA

---

Profº Drº. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

---

Profº Drº. César Wagner de Lima Góis

---

Profª Drª. Maria Socorro de Araújo Dias

---

Profª Drª. Maria Valdelice Mota

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AD	Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCSM	Coordenação Colegiada de Saúde Mental
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional das Doenças
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Coordenação Nacional de Saúde Mental
COOPCAPS	Cooperativa do Centro de Atenção Psicossocial Ltda.
CRSM	Coordenação Regional de Saúde Mental
CT	Comunidades Terapêuticas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HD	Hospital-dia
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Psiquiátrico
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MSMCBJ	Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSC	Oca de Saúde Comunitária
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza.
RA	Redes Assistenciais
RAH	Rede Assistencial Hospitalar
RASM	Rede Assistencial em Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
RT	Residências Terapêuticas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SER	Secretarias Executivas Regionais
SER III	Secretaria Executiva Regional III
SHRAD	Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

Ao meu pai, Vicente Félix Sobrinho,  
*in memoriam*, que me faz lembrar sempre da  
mesa grande da minha vó. Uma lembrança que  
o tempo sempre faz eternizar.

## AGRADECIMENTOS

Toda caminhada só foi possível porque contei com os passos de cada um, com o tempo, com as idas e vindas.

Aos meus filhos, Lucas, Marília e Cristiano, por aceitar, mesmo sem compreender, o tempo roubado de cada um.

A minha mãe, minha amiga, sempre presente em todos meus desafios.

Ao Christiano Fiúza, meu companheiro, com quem compartilhei as alegrias destas descobertas, os momentos poéticos, assim como as incompletudes percorridas

As minhas irmãs Cleo, Eli e meu irmão William, que sempre estiveram presentes na minha caminhada, meus laços mais fortes. Ainda sinto a linha imaginária que nos unia ao pé da mesa.

Ao meu orientador, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, com quem aprendi muito e quero continuar aprendendo.

Aos usuários, com quem aprendi o verdadeiro sentido da integralidade. Por descortinar minhas incertezas, me ajudar a entender os “tempos quebrados”.

Aos mestres Doutor Cesar Wagner, Doutora Maria Valdelice, Doutora Socorro Dias que não hesitaram em contribuir quando convidado para participar da defesa desta dissertação

As minhas amigas Maria das Dores, Lílian Mascarenhas, meu amigo João Urânio, que as significações das minhas falas, desde os primeiros encantos com os lados psi.

As minhas amigas Anna Vicente, Juliana de Paula, meu amigo Reginaldo, que me ensinaram a ser mais racional frente ao SUS.

A minha pequena Neusa Goia, sempre com sua aproximação amorosa, sua vertente intelectual, que sempre soube ponderar minhas inquietações.

A minha amiga e companheira Débora Mendonça, por sempre responder as minhas demandas, por todas as conjunturas políticas que refletimos.

Aos gestores, profissionais que fazem parte da Rede Assistencial de Saúde Mental, por todos os momentos de trocas que partilhamos que estiveram implicados comigo em todo este caminhar.

Aos meus colegas de mestrado, pela caminhada acadêmica repleta de luz, pelos momentos de poesia e diálogos calorosos e instigantes.

As bibliotecárias, por disponibilizarem seus conhecimentos técnicos quanto à revisão de normalização e elaboração da ficha catalográfica desta dissertação.

“...a loucura é uma condição humana. A loucura está presente dentro de nós como razão. Quando alguém está louco e vai para uma instituição mental, deixa de ser louco para ser considerado doente. A questão é: como superar este nó, esta loucura institucional, por assim dizer, reconhecer a loucura desde que ela surge na vida.”

Franco Basaglia



## RESUMO

A presente dissertação analisa as compreensões dos usuários dos centros de atenção psicossocial – CAPS sobre atenção em saúde mental, no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará, no período de 2005 a 2010. Delineia as compreensões dos usuários dos centros de atenção psicossocial sobre a atenção em saúde mental, as trajetórias no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, assim como a articulação entre os vários pontos dos sistemas e das redes de apoio comunitária. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que tem como referencial de análise os pontos de vista da Hermenêutica, de Paul Ricoeur, balizada por meio dos quatro ensaios evidenciados pela Teoria de Interpretação: a linguagem como discurso, a fala e a escrita, a metáfora e o símbolo, a explicação e a compreensão; os teóricos do campo da saúde mental, especialmente os implicados com o movimento da Reforma Psiquiátrica. Os conteúdos para constituição das unidades temáticas foram escolhidos após as entrevistas, em forma de textos narrativos. Aplicou-se, também, a técnica do Círculo Hermenêutico Dialético (CHD), do método pluralista construtivista ou de quarta geração, de Guba e Lincoln (1989), do que participaram 12 entrevistados que se entrelaçam à medida que transcorre a circularidade do procedimento. As categorias temáticas trabalhadas foram: percursos para temática da atenção em saúde mental; os tempos quebrados: conflitos entre as ofertas e as necessidades subjetivas de receber; aproximações e distanciamentos, entre a tutela e a autonomia; ausência e pertença – CAPS aberto e não comunitário; entre o estigma e a humanização do cuidado. Os principais achados: os CAPS são vistos como espaço de convivência capaz de estabelecer redes afetivas e sociais; estigmas, preconceitos e tutela estão presentes nos serviços, nas famílias e na comunidade; as práticas manicomialistas persistem nos serviços substitutivos; a humanização do cuidado amplia o acesso e o vínculo com os serviços; a trajetória dos usuários no SUS ocorre devido às suas necessidades sociais e de saúde; ocorre um distanciamento entre a compreensão dos usuários sobre a atenção em saúde mental e política de saúde mental proposta pelo o município de Fortaleza.

**Palavras-chave:** Atenção em Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Compreensão de Usuários. Hermenêutica, Redes Sociais e Comunitárias.

## ABSTRACT

This dissertation analyzes the understandings of psychosocial care centers (CAPS) users on mental health care, in Fortaleza Ceará, Municipality Health System, between 2005 and 2010. It outlines the understandings of psychosocial care centers users on mental health care, their trajectories in the Municipality Health System of Fortaleza, as well as the relationship among several points of the system and networks of community support. This study is based on the qualitative approach, in which the analytical framework, are the points of view of Paul Ricoeur's Hermeneutics, grounded by the four essays evidenced in the Theory of Interpretation: the language as a discourse, the speech and the writing, metaphor and symbol, the explanation and understanding. It is grounded also on the mental health field theorists especially those implicated on mental health reform movement. The contents for the constitution of thematic units were chosen after the interviews, in the form of narrative texts. Were applied as well the Dialectical Hermeneutic Circle technique from the pluralistic constructivist method or the fourth generation; Guba e Lincoln (1989) with 12 respondents who participated in that intertwined as the circularity of the procedure takes place. The thematic categories used were: pathways to the theme of mental health care; the broken times, conflicts between offerings and subjective needs of receiving, approximations and distances, between the tutelage and autonomy, absence and belonging – Opened and community closed CAPS; between stigma and care humanization. The main findings: CAPS are seen as living space able to establish emotional and social networks; stigma, prejudice and tutelage are still present in the services, families and the community; asylum based practices persist in the substitutives services; humanization of care increases access and connection to services; the trajectory of users in the SUS is due to their social and health needs; There is a distance between the understanding of users on mental health care and the mental health policy proposed by the city of Fortaleza.

**Keywords:** Mental Health Care. Mental Health Reform. Users understanding. Hermeneutics, Social and Community Networks.

APRESENTAÇÃO.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Pressupostos Teóricos: percurso para a atenção em saúde mental.....	19
1.2. Percursos para temática da atenção em saúde mental.....	21
1.3. Tecendo o percurso para a atenção em saúde mental no Ceará.....	26
1.4. Trilhas sobre a atenção em saúde mental em Fortaleza.....	27
1.5. Descrevendo o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza - Rede Assistencial de Saúde Mental.....	30
1.6. Dialogando sobre a relevância da investigação.....	36
2. OBJETIVOS.....	40
2.1. Objetivos Gerais.....	40
2.2. Objetivos Específicos.....	40
3. METODOLOGIA.....	41
3.1. Porque realizar uma pesquisa ancorada na hermenêutica ricoeuriana, tendo como foco a compreensão dos usuários sobre a atenção em saúde mental.....	43
3.2. Fontes de pesquisa.....	48
3.2.1. Sujeitos convidados para a pesquisa.....	49
3.2.2. Períodos do estudo.....	50
3.2.3. Questões de natureza ética.....	50
3.3. O caminho percorrido durante o círculo hermenêutico dialético – CHD.....	51
4. COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	60
4.1. As compreensões sobre atenção em saúde mental.....	62
4.2. Os tempos quebrados: conflitos entre as ofertas e as necessidades subjetivas de receber.....	65
4.3. Aproximações e distanciamentos, entre a tutela e autonomia.....	68
4.4. Ausência e pertencimento - CAPS aberto e não comunitário.....	70
4.5. Entre o estigma e humanização do cuidado.....	74

4.6. Apontamentos decorrentes das compreensões dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial sobre a atenção em saúde mental, para fortalecer o campo da saúde mental no sus em Fortaleza.....	76
5. TRAJETÓRIAS E OS TEMPOS DOS USÁRIOS DOS CAPS, NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA.....	78
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	81
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	83
8. APÊNDICES .....	92
9. ANEXOS .....	95

## APRESENTAÇÃO

### TEMPOS E NARRATIVAS: CRUZANDO AS TRAJETÓRIAS.

Marchar se faz necessário  
 Para espantar os abutres desta estrada  
 E construir sem medo o amanhecer.  
 Pois, se eternos são os sonhos  
 Eterna também é a certeza de vencer.  
 Ademar Bogo

Este texto é uma produção muito significativa para nós. Esta criação, embora inconclusa, reflete um quadro repleto de inteireza, que agora pertence a todos os leitores. Vemo-nos perpassando nesta obra, que não é nossa, mas de todos os que aqui falam, sejam no sentido presencial, seja no caminho da historicidade. Como disse Ricouer (2009), *‘o que o texto significa interessa agora mais do que o autor quis dizer, quando escreveu’*. Esperamos que assim seja este percurso.

Partilhar inquietações sobre o tema atenção em saúde mental, necessariamente, nos faz passar por diferentes tempos e lugares, que agora se entrelaçam e se juntam a outras vozes. Referimo-nos uma trajetória como profissional da área da educação, do campo da saúde mental, militante da luta antimanicomial e gestora do SUS.

A passagem pelo campo da educação foi muito importante, pois, trabalhamos com crianças e adolescentes que tinham necessidades educacionais especiais, na Escola de Ensino Fundamental Maria Regiana da Silva., Horizonte/CE e na rede particular de Fortaleza, no Instituto Pedagógico Regina Pacis, já na perspectiva inclusão dos alunos especiais na rede regular de ensino. Era um tempo que nos situava vigilante na defesa desses direitos, devido ao estigma em torno da questão.

Ao mesmo tempo fomos fazendo a imersão no SUS, na cidade Cascavel /CE, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Tipo II., com uma equipe interdisciplinar, tivemos a oportunidade de debater as possibilidades de atuação na perspectiva da reforma psiquiátrica, vivenciando na prática as ideias que diferenciamos militante do Movimento da Luta Antimanicomial do Estado do Ceará. Sempre acreditamos na forças das ideias , quando associada as práticas, que, juntas, podem potencializar mudanças

As ideias em torno da reforma psiquiátrica viviam momentos de efervescência, pois, para o campo da saúde mental no Ceará, o período de 1991 a 1996 demarcou a aprovação da Lei Mário Mamede e a criação dos primeiros projetos pilotos alternativos, que

foram os centros de atenção psicossocial – CAPS de Iguatu, Canindé, Quixadá, Cascavel e Aracati. Assim, seguimos participando de vários eventos, com as temáticas da saúde mental, reforma psiquiátrica, direitos humanos e afins.

Foi um tempo de “revolução subjetiva”, pois precisamos desconstituir paradigmas, reescrever nossa trajetória naquele lugar, com aqueles sujeitos que então passaram a fazer parte da minha história. Era uma sensação de estranheza, dúvida, e, ao mesmo tempo, muita disponibilidade para penetrar nesses novos universos. Na qualidade de profissional do campo da Psicologia, ter um olhar sobre a loucura, fora dos hospitais psiquiátricos, trabalhando em serviços abertos e comunitários, onde todos estavam na condição de aprendizes, foi uma vivência marcante que delineou outros percursos. E, como o tempo não pode ser significado apenas pela razão cronológica, estamos agora na linha do tempo, vivendo as mesmas inquietudes e desafios de antes.

Então, notamos que nossas aproximações com os usuários nestes tempos e lugares nos fazem refletir sobre o atendimento da atenção em saúde mental e o lugar que ocupam como protagonistas da reforma psiquiátrica. Assim como sobre a ‘ parte que me cabe deste latifúndio; ‘ hoje, como gestora da Rede Assistencial de Saúde Mental, como membro da Coordenação Colegiada de Saúde Mental de Fortaleza, temos o desafio de investigar o próprio campo de prática, atuação, enquanto sujeito implicado no processo a ser desvelado.

As práticas cotidianas na gestão a saúde mental, acompanhado os usuários nos espaços institucionais dos serviços de saúde, participando de reuniões temáticas, assembleias de usuários e familiares, rodas de gestão, eventos culturais da cidade com usuários, familiares e profissionais de saúde mental, clarificam a necessidade de compreendermos os avanços dessa trajetória embutida nas trocas vivenciadas com os usuários.

Em face das interrogações correntes no campo da atenção em saúde mental, e do fato de as pesquisas nesse tema ainda refletirem pouca participação dos usuários, consideramos importante abrir caminhos, por ora da pesquisa científica, para compreender, revelar as decorrentes desse processo, tendo como base encontrar aproximações para este ponto: quais as compreensões dos usuários dos CAPS de Fortaleza sobre a atenção em saúde mental

Pretendemos dar sentido, realizar aproximações com esta indagação no decorrer de seis capítulos.

No primeiro, a Introdução faz um relato sobre o contexto da saúde mental brasileira, no que se referem aos marcos políticos, teóricos e práticos no campo da saúde mental, apresentando os pressupostos teóricos; relatamos sobre o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, aprofundando sobre a Rede Assistencial de Saúde Mental, e

apresentamos as principais ideias da Hermenêutica ricoeuriana como mediadora deste processo e nos reportamos a relevância deste estudo.

No segundo, indicamos os objetivos do estudo. E, no terceiro capítulo, delineamos a metodologia e o caminho trilhado no trabalho de campo deste estudo.

O segmento quarto refere-se aos resultados, reflexões e discussões em torno do delineamento das compreensões sobre atenção em saúde mental; as compreensões dos usuários sobre atenção em saúde mental. O quinto transcreve as trajetórias e os tempos dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. No sexto procedemos a articular entre o entendimento dos usuários sobre a atenção em saúde mental, com a proposta de atenção em saúde mental da Rede Assistencial de Saúde Mental - RASM. No sétimo módulo, indicamos as aproximações possíveis nas considerações finais. Seguem-se as referências bibliográficas, apêndices e anexos.

## 1. INTRODUÇÃO

A presença da lógica manicomial nos serviços substitutivos, que atravessa saberes e práticas cotidianas em saúde mental, estando presentes em diversos espaços sociais, trazendo a cena como lembra Pelbart (1993), as barreiras para libertação dos manicômios mentais, em si já justifica abrir qualquer possibilidade de diálogo com os usuários no campo da saúde mental.

Na construção da atenção em saúde mental a lógica manicomial ainda está presente na forma de atenção e cuidado no campo da saúde mental, mesmo nos serviços abertos e comunitários, constituindo-se uma barreira para a própria efetivação da atenção em saúde mental. Fato que justifica a necessidade dos usuários se apropriarem, de compreenderem as dimensões das políticas que lhe são ofertadas, ou reivindicadas por eles mesmos. Nesta questão é preciso que a participação seja aliada à compreensão dos processos de atenção em saúde mental, pois caso contrário as participações podem ficar limitada a eventos pontuais, sem de fato contribuir para novas práticas horizontalizadas.

Os espaços de trocas horizontalizadas se dão quando os usuários dos serviços de saúde mental são chamados a falar do seu cotidiano, a pensar junto com os profissionais sua forma de cuidado, que vai do saber dito científico ao saber trazido por eles mesmos e pela comunidade, visando a possibilidade de apropriar-se do lugar de sujeito da comunidade<sup>1</sup>, problematizado por Goís (2008).

A historicidade no campo da saúde mental no Brasil, traz algumas constatações, que podem estar sendo repetidas em Fortaleza, ou recriadas, reinventadas. É desafio desta pesquisa, também, articular estes temas com as compreensões dos usuários. As novas relações horizontalizadas, sob a égide de novos saberes e práticas, como potencializador de uma lógica voltada para a atenção psicossocial, é uma das possibilidades importante, à medida que asseguram:

Livre trânsito do usuário e da população, e não interdição e clausura; participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão, e não heterogestão e ainda que: no limite das possibilidades do modo psicossocial deveremos pautar-nos por uma postura que pode ser melhor designada pelo conceito de transdisciplinaridade<sup>2</sup> (AMARANTE, 2003, p.37-38).

---

<sup>1</sup> O que distingue o sujeito da comunidade do indivíduo submisso e dependente que ali vive é que o primeiro tem uma consciência transitiva que lhe permite melhor compreender o modo de vida de sua comunidade e de si mesmo, além de reconhecer seu valor e poder para desenvolvê-la e desenvolver-se como sujeito comunitário. (Goís, 2008, p.96).

<sup>2</sup> O conceito de transdisciplinaridade que seria caracterizada por uma extrema ampliação do conceito de interdisciplinaridade, do qual decorreria o surgimento de um novo campo de atuação, possuidor de sistema de saberes mais ampliado. (VASCONVELOS, 2002).



Ainda precisa ser reafirmado que o paradigma psicossocial <sup>3</sup>não pode ficar limitado à implantação de serviços substitutivos de saúde mental, mas deve construir significações que discutam concepções a partir dos saberes trazidos pelos usuários, rompendo com o saber psiquiátrico tradicional, conforme adverte Amarante (2003). Assim como não podemos negar o entrelaçamento entre os saberes e práticas relacionados à saúde mental e saúde coletiva, (Onocko, 2009), além de outros campos de saberes e práticas, entendo que as demandas do campo da saúde mental, não pode ser esgotada dentro da saúde, mas necessariamente precisa considerar outras saberes de natureza interdisciplinar. Estando extremamente coerente a argumentação de Campos, (2008), ao afirmar que a reforma da atenção em saúde mental, além de incorporar as diretrizes gerais do SUS, tem realizado a reforma da reforma, o que “demarca um diferencial em relação às demais políticas”, (Campos, 2008, p. 97).

Digamos que a atenção em saúde mental, venha exigir processos horizontalizados, articulação comunitária , participação nos serviços de saúde mental, como por exemplo, nos CAPS, podendo ser visibilizados através das falas e discursos dos usuários, a partir do momento que começam a atuar nos processos dentro dos serviços.

E para seguir nesta direção da reforma da atenção em saúde mental é preciso considerar em lugar primeiro pensar as possibilidades de ocorrência da loucura no decorrer da história da humanidade (Foucault 1993); o poder psiquiátrico (Foucault 2006); pensar uma trajetória capaz de recomplexificar a loucura (Amarante, 2008), buscando construir uma “clínica antimanicomial”(Lobosque, 1997,2001), e procurar horizontalizar as relações sociais e intersubjetivas (Costa, 2008, p.147), onde o processo de construção de uma saúde comunitária (Góis, 2008), possa ser uma das via para possibilitar espaços de cidadania.

Digamos, que de posse de todos estes olhares teóricos, políticos possamos nos autorizar a falar da compreensão dos usuários sobre a atenção em saúde mental, enquanto ferramenta subjetiva ,capaz de dar visibilidade as mudanças no campo da atenção e na afirmação da reforma psiquiátrica, enquanto movimento.

Principalmente quando se entende que a reforma psiquiátrica que se faz no cotidiano <sup>4</sup> implica mudanças nas políticas e também nas concepções sobre loucura,

---

<sup>3</sup> Para mudança de paradigma torna necessário que sejam rompidos pelo menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental como tachativo de erro ou desrazão e sua arbitrária correlação com a periculosidade; o princípio pineliano de isolamento terapêutico; e o tratamento moral que permeia os métodos de cuidado hegemônicos, além de uma clínica ampliada, que priorize o sujeito, (Onocko,2008 ).

<sup>4</sup>No cotidiano precisam estar presentes: assembléias de usuários e familiares, construção de projetos terapêuticos com a participação dos usuários, projetos institucionais construídos coletivamente e com a participação dos usuários. (Brasil, 2005).

requerendo algumas desconstruções e algumas incursões novas que serão fortalecidas pelas possibilidades de compreensão dos usuários sobre atenção em saúde mental, pode vir a se materializar numa perspectiva ampliada de vida (LANCETTI, 2006). Claro que a busca deve ser no sentido de olhar para os sujeitos em relação, e não atuar como objetos, enquadrados numa dada definição de CID-10,<sup>5</sup>, despossuídas de um lugar, de um nome, sem possibilidade de troca. O sujeito que buscamos protagonizar é um cidadão que têm direitos e deveres, que busca conquistar sua autonomia e sua singularidade, numa via de mão dupla com outros sujeitos.

Estes fatos delineiam o cenário para argumentar que a compreensão dos usuários sobre a atenção em saúde mental está diretamente relacionada com a apropriação da reforma psiquiátrica que, por ser um processo social complexo<sup>6</sup>, precisa ampliar seus matizes em torno de diretrizes onde os usuários atuem como protagonistas, visto que embora a Reforma Psiquiátrica enquanto movimento tenha se iniciado por profissionais de saúde, efetivamente se fortaleceu com a imersão de familiares, usuários e sociedade civil, ampliando seus espaços de debate nos fóruns do campo da saúde mental, reafirmando a importância do protagonismo dos usuários do SUS, em especial no campo da saúde mental.

Nesta perspectiva, uma das grandes dificuldades diz respeito ao emergir autônomo dos usuários nos serviços substitutivos, pois ainda prevalecem os modelos<sup>7</sup> de atenção focada na compreensão orgânica de saúde-doença, onde todas as intervenções levam ao caminho da remissão dos sintomas, sem mergulhar nas entranhas da subjetividade dos sujeitos. Alinhando com Costa (2008), quando diz que as práticas de saúde mental contemporânea têm sido demarcadas em duas esferas: a político-ideológica e a teórico-técnica, indissolúveis em sua inter-relação, mas distintas em sua especificidade, que se organizam a partir de quatro parâmetros:

[...] a definição de 'seu objeto' e dos 'meios' teórico-técnicos de intervenção ( o que inclui formas da divisão do trabalho interprofissional); as formas da organização dos dispositivos institucionais ; as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos". (COSTA, 2008, p.143).

---

<sup>5</sup>CID-10- Classificação Internacional de Doenças.

<sup>6</sup> Processo social complexo, pois se configura na e pela articulação de várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transferência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria pode captar e compreender em sua complexidade e totalidade. (AMARANTE, 2003).

<sup>7</sup>Estamos considerando conceitualmente modelos de atenção ou modelos assistenciais como "combinações técnicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços/populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade." (Paim, 2003, p. 567).

Acontece que as referidas práticas no contexto atual, conforme Costa (2008) organizam-se no modo asilar<sup>8</sup> e no modo psicossocial, sendo que a lógica manicomial ainda permeia os serviços substitutivos, ou seja, o modo asilar sobrevive em vários processos instituídos no SUS, assim como está capilarizada na sociedade de várias formas. De forma que, apesar de todos os avanços na esfera político-ideológica e também de várias inovações teórico-técnicas efetivadas para superar o modo asilar, ainda é persistente sua marca. Que um dos pontos refere sobre o distanciamento dos usuários de participação efetiva.

Enfim, na questão da participação dos usuários e na compreensão da atenção em saúde mental a maioria dos teóricos e profissionais no campo da saúde mental concordam que precisa ser superada a idéia de cura da doença mental, partindo em direção de um sujeito cuja “existência-sofrimento” e suas formas de ser e estar no mundo passem a ser o feixe de atenção que se abre (ROTELLI, 1990).

O novo paradigma de promoção em saúde mental pressupõe uma maior participação dos usuários no cotidiano dos serviços, principalmente nas ações de bases comunitárias, visto que a circularidade do usuário, em sua grande maioria, ainda está restrita aos espaços protegidos dos serviços, com reivindicações pontuais, com pouca capilaridade social. Sendo fundamental, evitar que os as associações de usuários sejam tuteladas por profissionais de saúde, sociedade civil, pois isso impossibilita as estratégias que favoreçam a autonomia dos usuários.

Embora exista um consenso sobre a importância do protagonismo dos usuários no SUS, materializada nos aspectos legais e documentos publicados via decretos e portarias<sup>9</sup> que reafirmam estes direitos, a exemplo da Carta dos Direitos dos Usuários no SUS<sup>10</sup>, na prática cotidiana o protagonismo é pouco evidente e empoderado por gestores, profissionais e usuários.

Conforme lembra Backes, et all, (2009), não basta garantir o acesso ao sistema público de saúde, é preciso criar uma consciência política para que os usuários não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais. A organização por meio de associações de usuários, é um primeiro passo na direção de uma participação mais ampliada que envolva usuários, familiares e comunidade da população. Articular a participação com a compreensão dos usuários, a partir do surgimento de um saber sobre as concepções e práticas no campo da saúde mental, constitui outra razão que justifica este estudo.

---

8 Modo asilar se refere a toda forma de tratamento realizada em Hospital Psiquiátrico, cuja principal característica é o foco na doença mental e no tratamento baseado no isolamento (COSTA, 2008, p.152).

9 Todos os documentos mencionados podem ser encontrados no site: [www.saude.mental.gov.br](http://www.saude.mental.gov.br).

10 Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006, que regulamentou a Carta dos Direitos dos Usuários no SUS. Além de vários documentos oficiais (relatórios de conferências, leis, portarias), adotadas nas últimas décadas.

A participação nos processos e a valorização da compreensão demandada pelos usuários do campo da saúde mental de fato podem possibilitar um lugar social para um sujeito de direitos que pode avançar para além dos vários arranjos e dispositivos institucionais na saúde mental.

Podemos evidenciar isto na forma como são desenvolvidos os projetos institucionais dos serviços, os projetos terapêuticos singulares<sup>11</sup>, que na maioria dos casos não privilegiam essa participação, mesmo considerando que deve ocorrer uma co-responsabilização sobre o tratamento no SUS. E ainda, o exercício legítimo do controle social é fundamental para as diversas maneiras de cuidado na saúde mental. (GRADELLA, 2002)

Para alguns seguimentos, ainda se perpetua as ideias de que as pessoas com transtorno mental não são capazes de “elaborar” suas próprias ideias, gerando uma tutela subjetiva de um saber que não exige a aprendizagem de conteúdos de saber acadêmico e sim, de experiências vivenciadas dia a dia.

Na gestão cotidiana da Saúde no SUS é muito importante compreender os processos cotidianos dos serviços a partir da perspectiva dos usuários, pois isso pode possibilitar espaço para atuação dos sujeitos reflexivos e operativos, dotados da capacidade de compreender o mundo e a si mesmo (CAMPOS, 2006, p.53-92).

Para o campo da gestão, pesquisas que revelem a compreensão dos usuários constituem ferramentas que podem nortear a tomada de decisões. E, ainda, segundo KANTORSKI et,all (2009), influencia o processo de decisão dos usuários.

Os direitos de cidadania correspondem, sobretudo, a uma mudança de posição dos usuários, que deixam de ser um objeto dessas tecnologias e passam a ter respeitados seus desejos, sua palavra, sua liberdade de ir e vir, de posicionar-se e de participar das decisões sobre sua própria vida. (KANTORSKI, 2009).

A participação nos processos decisórios implica a afirmação da luta pelo direito à cidadania (Amarante, 2008):

É a palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão da natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a

---

<sup>11</sup>Projetos Terapêuticos Singulares é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de um sujeito singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade. (OLIVIERA, G..N, 2010, p. 99). É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas no plano biológico, psicológico e social para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos. (AMARANTE, 2008, p.14).

A defesa da imersão e escuta dos usuários nos tira da zona de conforto e coloca em cena o questionamento dos nossos saberes. Conviver com a renovação permanente no campo das idéias exige quebra de paradigmas conservados na nossa cultura.

Na maioria dos serviços de saúde mental a participação de usuários nos próprios projetos terapêuticos singulares, nos projetos institucionais, nos diversos dispositivos criados e nas estratégias de articulação com as redes sociais de apoio ainda não se evidenciam. Sabemos que nas diversas narrativas que acontecem nesse campo os projetos de intervenção deixam lacunas nos lugares de trocas entre os usuários e entre estes e a sociedade civil.

Estamos, então, partindo da premissa de que as compreensões advindas dessas trocas com os usuários podem demarcar passos mais firmes para o processo de inversão do “modelo” de atenção em saúde mental em curso em Fortaleza, assim como pensar alternativas e formas de organização que respondam às necessidades dos usuários.

No momento em que nos aproximamos da compreensão dos usuários vamos desenhado suas trajetórias no sistema de saúde, partilhando e aprendendo sobre as práticas e saberes inventadas no cotidiano. Considerando que há uma realidade a ser desvelada, é necessária a participação dos usuários em todos os processos do quais fazem parte e que se ampliam à medida da compreensão da atenção em saúde mental.

Em princípio, qualquer forma de atenção em saúde mental deve levar em consideração o direito dos usuários de compreender os processos a que estão submetidos. Neste texto há uma clareza da necessidade de dar visibilidade ao paradigma psicossocial, que ainda não está consolidado, para que o projeto de “desintitucionalização” de fato aconteça.

A reinvenção da vida nos processos de desintitucionalização implica construirmos alternativas de sociabilidades, trabalho, moradia, lazer, educação etc., substitutivo à redução dessas “esferas de vida” dentro dos asilos e instituições psiquiátricas convencionais, e dispositivos legais e institucionais capazes de oferecer positivamente alternativas para uma política de saúde mental nacional e internacional. (COSTA, 2008, p.181).

Como já foi mencionado, em decorrência dos avanços materializados com a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde, modelos de gestão em saúde foram sendo propostos, assim como vários arranjos, dispositivos e concepções no campo da saúde mental. Paradigmas foram sendo pensados, reivindicados, trazendo uma demanda para o campo das pesquisas em saúde mental, conforme lembra Minayo (2000), que: “são pouco presentes os estudos que, a partir dos sujeitos sociais e de suas representações, avaliam e questionam o sistema, os serviços e as práticas”.

## 1.1. Pressupostos Teóricos: percurso para a atenção em saúde mental.

“Faz-se necessário repetir algo para nós óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio, mas a loucura”.(NICÁCIO,F. (org.),1990, p. 89).

Articular os contextos históricos onde nascem as fontes destas vertentes do campo da saúde mental, clareia os passos em torno das compreensões dos usuários sobre a atenção em saúde mental. Espero fazer o entrelaçamento em torno dos pressupostos teóricos que ora apresento:

1. A afirmação do paradigma psicossocial ainda é um desafio do campo da saúde mental no SUS. A implementação e consolidação da Política Nacional da Saúde Mental, do Sistema Único de Saúde – SUS – balizada pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, precisa passar por um processo de ruptura com as concepções historicamente construídas em torno da loucura.

Um dos atores sociais importante para a afirmação dessas novas políticas de saúde mental, ainda permanece, as representações do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, desencadeado por profissionais de saúde, na cidade de Bauru, em 1987, que faziam severas críticas ao modelo asilar e indicavam novos rumos para a saúde mental. As críticas eram feitas não apenas aos aspectos conjunturais do subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995). O debate continua atual, onde se milita em torno dos direitos humanos dos ditos “loucos” e as possíveis novas formas de assistência aos usuários, enfim a questão da desinstitucionalização<sup>12</sup>.

Desinstitucionalizar a psiquiatria significa para nós abrir à políticas e práticas que combatam qualquer forma de abandono e a solidão produzida por um modelo de desenvolvimento social excludor e individualista. Nós precisamos de culturas e serviços que construam e re-construam laços sociais. A boa psiquiatria não requer ambulatorios, mas laboratórios de cooperação entre as pessoas para uma nova engenharia social. (ROTELLI, 2010).

2. A Reforma psiquiátrica é um processo histórico, que precisa protagonizar a participação de usuários. A história da saúde mental no Brasil e a implementação das políticas de saúde mental permitiram uma rede de relações entre os movimentos de reforma psiquiátrica e

---

<sup>12</sup> A desinstitucionalização é um processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. (Amarante, 1995).

reforma sanitária. Dessas interfaces foram sendo apontadas necessidades de reformulações no sistema de saúde.

A reforma sanitária brasileira, definida como uma reforma social centrada nas idéias de democratização da saúde, do Estado e da sociedade, concretizou-se como um aliado importante, principalmente quando se alinhou a vertentes críticas do movimento sanitário, pensando a possibilidade de um projeto civilizatório, conforme destaca Paim (2008):

O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira. (PAIM, 2008, p.155).

A reforma psiquiátrica, na definição de Tenório (2002), é um processo histórico de reformulação de saberes e práticas, com elaboração de estratégias para reorientação do modelo tradicional psiquiátrico, tendo como objetivo principal transformar esse modelo tradicional questionando e elaborando criticamente sua prática. Assim, constitui em sua essência a necessidade de (re) construir serviços que vislumbrem de fato o protagonismo dos usuários. A não participação dos usuários nos processos desenvolvidos em torno da atenção em saúde mental fragiliza o desencadear dos processos de organização e autonomia, que precisa ser fortalecida através da compreensão dos usuários no campo da saúde mental. Entendo os usuários como um dos atores que precisam estar sempre presente no cenário, de acordo com Tenório (2001, p. 21):

A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si. (TENÓRIO, 2001, p. 21):

3. Ampliam-se as possibilidades de afirmação da Reforma Psiquiátrica quando os usuários se apropriam dos saberes, compreendem os processos que envolvem atenção em saúde mental. As organizações dos movimentos de usuários fortalecem ideário encorpado pelo arcabouço técnico-político-jurídico-institucional do SUS, especialmente, no que refere as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Estamos então, demarcando os saberes, as compreensões dos usuários, enquanto possibilidade de afirmação da Reforma Psiquiátrica.

4. A compreensão é uma questão de interpretação. Estamos falando a partir dos referenciais da hermenêutica, onde falamos das compreensões visto que não existe apenas uma forma de

compreender, pois não existe uma realidade única, uma verdade única. Estamos falando de uma perspectiva que desencadeia vários olhares.

È hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese. O objetivo é alcançar um consenso, quando possível; quando não, expor e esclarecer as diferentes visões. (GUBA, LINCOLN, 1988, ).

## 1.2 Percursos para temática da atenção em saúde mental

Durante a Idade Média a loucura não era praticamente percebida como doença e, quando notada, era vista como fato cotidiano ou como dádiva divina por meio de significações religiosas e mágicas. A loucura tinha, na sociedade, certa razão, um ingrediente natural que habitava as casas, os povoados e os castelos (FOUCAULT, 1993). Era, ainda, objeto de estudo da Filosofia, que remetia a doença ao excesso de sentimentos e emoções. A percepção social da loucura, representada pela ética do internamento<sup>13</sup>, não se cruza com a elaboração de conhecimentos sobre o tema. (AMARANTE, 1995, p.24).

Foucault vai mostrar que a apropriação da loucura pela medicina é recente, datada historicamente entre o final do século XVIII e o início do século XIX, com o surgimento da Psiquiatria enquanto ciência na Modernidade e a consequente transformação do louco em doente mental. No momento de ascensão da loucura<sup>14</sup> à categoria de doença mental, um dos determinantes foi o estreitamento dos limites de tolerância com as expressões de singularidade das emoções.

À medida que foram diminuindo os espaços de desrazão, a loucura tornou-se objeto de estudo do saber científico, adquirindo a denominação de doença mental e passando a ser tratada na perspectiva do paradigma asilar, focada na intervenção médica, que se tornaria progressivamente o modelo hegemônico no trato da loucura, que deixou de ser uma questão moral para se tornar um ramo da ciência.

Aparecem no cenário os hospitais que tinham o intuito, primeiramente, de “higienizar” o espaço urbano público, retirando das ruas prostitutas, doentes, bêbados, mendigos, loucos e qualquer pessoa que fosse considerada uma ameaça à ordem social. Eles eram depositados em abrigos superlotados e insalubres, sem condições mínimas de higiene. A essa estrutura institucional Foucault (1993) denominou “grande internação” ou “grande

---

<sup>13</sup>O internamento na Idade Clássica era baseado numa prática de “proteção” e “guarda”, como um jardim das espécies; diferentemente do século XVIII, marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características médicas e terapêuticas. (AMARANTE, 1995,p.24).

<sup>14</sup> Loucura aqui será visto enquanto desrazão, entendendo uma dimensão essencial da nossa cultura: a estranheza, a ameaça, alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além. (PELBART, 1993, p.133).



enclausuramento”, que representava a institucionalização oficial de práticas de exclusão e segregação social, antes de ser um lugar de tratamento.

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, não houve assistência médica específica aos doentes mentais. A inauguração do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro. O Hospício D. Pedro II foi dirigido pelos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Em 1886, um médico psiquiatra, pela primeira vez, ocupou a direção do hospício. (COSTA, 1980). Toda assistência prestada tinha intervenção de tratamento com o isolamento dos usuários, orientado a partir de saber psiquiátrico, cujo objeto era a doença mental, e o local privilegiado para tratar era o hospital psiquiátrico, uma das instituições totais,<sup>15</sup> como definiu Goffman (1974), onde o louco era visto como totalmente incapacitado, perigoso, devendo permanecer excluído da sociedade.

O cenário começou a mudar depois da Segunda Guerra Mundial. Com o processo de democratização surgiu a possibilidade de reforma psiquiátrica fundamentada nos direitos humanos. Para Basaglia (2001), os prejuízos causados pela incapacidade dos manicômios quanto à assistência psiquiátrica tornaram-se evidentes e as respostas estariam nas experiências alternativas.

Para tanto, houve influência de diversos processos reformistas, em vários momentos históricos, com diferentes campos teóricos que foram se concretizando, tais como: o processo inglês focado na comunidade terapêutica e antipsiquiátrico; o modelo proposto pelo norte-americano, a psiquiatria na comunidade; a proposta francesa, que defendia a psiquiatria institucional e a psiquiatria de setor, e, por fim, a psiquiatria italiana, que influenciou o percurso da reforma psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1995). Todos esses movimentos em torno da reforma psiquiátrica surgiram para questionar os saberes e práticas profissionais propostas pelo paradigma asilar, pautado na tutela, na segregação e na exclusão social.

De todas as experiências no campo da psiquiatria descritas anteriormente, a que mais influenciou o Brasil foi a experiência italiana de reforma psiquiátrica, que surgiu em 1961, a partir de Franco Basaglia<sup>16</sup>, no hospital psiquiátrico em Gorizia, e se intensificou com a Lei italiana nº. 180 de 1978. Esta tinha como objetivo romper com o paradigma clínico e

---

<sup>15</sup> Goffman (1961) denominou instituição total “o local de residência e/ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada.” (p.11). Nessas instituições, segundo o autor, todos os aspectos da vida e tarefas cotidianas, bem como as necessidades básicas de dormir e se alimentar, são realizadas no mesmo local por todas as pessoas e sob uma única autoridade, devendo obedecer rigorosamente a critérios e horários estabelecidos para atender aos objetivos oficiais da instituição, não levando em consideração as diferenças pessoais.

<sup>16</sup> Franco Basaglia (Veneza, 1924-1980). Promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano. Em 1973, o Serviço Hospitalar de Trieste, dirigido por Basaglia, foi considerado pela Organização Mundial de Saúde como referência mundial para reformulação da assistência à saúde mental. A Lei nº 180, ano de 1978 (*Lei Basaglia*) estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos na Itália e está vigente até o presente momento.

psiquiátrico ao buscar a desconstrução dos aparatos científicos, legislativos, culturais e políticos que os sustentavam.

As reivindicações vindas de todos os campos, com foco na atenção em saúde mental, foram demarcadas em 2001, durante a realização da III Conferência, quando com uma ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares foi deliberado que os princípios da reforma psiquiátrica passariam a orientar a política de Governo, sendo pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. (Relatório Final da III Conferência, 2001)

As experiências vividas no Brasil, a partir de então, foram na perspectiva de desconstrução das formas de assistência instituídas, defendendo a criação de novos dispositivos de atenção e cuidado para atender as necessidades dos usuários do SUS na esfera da saúde mental. Foram pensados diversos arranjos institucionais, de acordo com os contextos políticos e históricos de cada cidade, articulados para a implementação do Serviço Único de Saúde (SUS). A trajetória foi se desenhando no campo da saúde mental através do modo asilar, modo psicossocial<sup>17</sup> ou das interfases dos dois modos de atenção em saúde mental.

As políticas públicas no campo da saúde mental<sup>18</sup> foram impulsionadas na década de 90, decorrentes do documento lançado pela Organização das Nações Unidas (ONU), que defendia a proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental. Em novembro de 1999 foi publicado na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a declaração de Caracas, que questionava o modelo manicomial vigente a partir dos eixos ético-jurídico, clínico, institucional e sanitário.

Na avaliação de Delgado et.all (2007), a partir da aprovação da Lei Federal 10.216 de 2001<sup>19</sup>, a rede de atenção diária à saúde mental experimentou uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

O Ministério da Saúde assumiu oficialmente a política pública para o campo da saúde mental. Foram criados, no início dos anos 90, os primeiros serviços extra-hospitalares, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), simultaneamente a outros dispositivos que foram incluídos na rede de saúde mental que hoje

---

<sup>17</sup> O modo psicossocial como paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar tem como características a interdisciplinaridade; a relação com o usuário e suas implicações subjetivas e socioculturais; a consideração deste como o participante principal de seu tratamento; o incentivo a que a família e a sociedade assumam a parte do seu compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico; a ênfase à sua reinserção social e na cidadania (COSTA, 2008, p141-142).

<sup>18</sup> Ministério da Saúde, Secretária-Executiva, Secretária de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004.5. ed. Brasília: 2004.

<sup>19</sup> Lei Federal 10.216, de 6 de abril 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

advogamos. Os CAPS surgiram nesse cenário como porta de entrada do sistema para o acesso à atenção e ao cuidado em saúde mental que, na lógica do território, deveriam funcionar articulados com a comunidade.

Os CAPS devem articular instâncias de cuidado em saúde mental desenvolvidas na atenção básica em saúde, no Programa de Saúde da Família, na rede de ambulatórios, nos hospitais, bem como nas atividades de suporte social, como trabalho protegido, lazer, lares abrigados e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos (BRASIL, 2002). Esses novos dispositivos defendidos pela reforma psiquiátrica devem tirar o foco da doença mental e o objeto deve ser a existência-sofrimento dos pacientes (Rottelli et al. 1990).

Os serviços CAPS foram os equipamentos mais cadastrados pelo o MS, pois são os que têm financiamento para ajudar no custeio, enquanto os demais só possuem financiamento para implantação. Este fato dificultou a implantação dos demais serviços substitutivos. Segundo dados do MS, até dezembro de 2010 foram cadastrados 1.620 CAPS, enquanto até 2008 foram implantados 51 Centros de Convivência e Cultura. A partir de dezembro de 2010 começaram a funcionar 570 Residências Terapêuticas, totalizando 3091 moradores e os beneficiários do Programa de Volta para Casa somam 3.574. Este cenário revela que os demais serviços substitutivos têm ainda uma cobertura baixa devida, principalmente, a mecanismos insuficientes de financiamento e dificuldades políticas na desinstitucionalização. (BRASIL, 2010).

Com a expansão da rede de atenção comunitária iniciou-se a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, com cerca de 16.000 leitos fechados através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria)<sup>20</sup> e do PRH<sup>21</sup>. Desde 2002 os hospitais psiquiátricos vêm diminuindo de tamanho, estando em funcionamento cerca de 35.735 leitos psiquiátricos no Brasil, sendo que 44% funcionam em hospitais de pequenos porte.<sup>22</sup>

Estes dados denunciam as limitações na garantia de direitos de usuários da saúde mental, mesmo com deliberações de todas as conferências da saúde e da saúde mental. Há, ainda, a urgência em ampliar a rede substitutiva devido ao perigo de transformar a reforma

---

<sup>20</sup> Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), PT GM251, de 31 de janeiro de 2002, realiza vistoria em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS. (BRASIL, 2010).

<sup>21</sup> Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) – PT GM, 52, de 20 de janeiro de 2004 - A principal estratégia desse Programa é promover a redução progressiva e pactuada de leitos psiquiátricos, através da pactuação entre os gestores do SUS, os hospitais e as instâncias de controle social, da redução planejada de leitos, evitando a desassistência. (BRASIL, 2010).

<sup>22</sup> Os hospitais de pequeno porte estão na faixa de até 160 leitos psiquiátricos e são melhor remunerados. (BRASIL, 2010)

psiquiátrica em um processo de “capsização do modelo assistencial”, e/ou “capsização da reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 2003).

Precisamos avançar no sentido da ampliação da atenção em saúde mental, de modo que ultrapasse a implantação de serviços na lógica apenas da assistência em saúde mental, mas que possam dar conta de ações de promoção em saúde mental, paralelo a conquista da cidadania. Para tanto algumas decisões elementares precisam acontecer:

“Eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais” (ROTELLI; LEONARDES; MAURI, 2001, p.32-33)”.

Nesse diálogo estamos aproximando a concepção de atenção em saúde mental da atenção psicossocial, vista como um processo social complexo que se desenvolve no bojo do processo de transição paradigmático da ciência da modernidade e supõe a articulação de mudanças em várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas referentes aos campos epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (ROTELLI, 1990; AMARANTE, 2003,p.37-38).

Compartilhamos com o pensamento de Amarante (2003), que afirma que no campo da Reforma Psiquiátrica estão sendo produzidos movimentos e transformações em quatro dimensões que se relacionam entre si. A dimensão teórico-conceitual , que vêm discutindo a concepção de loucura ,doença mental, desinstitucionalização, formas de existir no mundo em face da existência de sofrimento psíquico.

Em decorrência da relação que desenvolvemos a partir das concepções, passamos a materializar a dimensão técnico-assistencial, que discute as possibilidades de modelos de atenção em saúde mental capazes de dar conta da loucura na perspectiva da assistência em saúde mental. Com a demarcação jurídico - política “legalizamos” a construção da cidadania através da aprovação de leis e decretos, que, contudo, não garantem mudanças de mentalidades, atitudes, crenças. E, por fim, a dimensão sociocultural, uma das dimensões que menos avançaram, devido a necessidade de transformar o imaginário social em torno da loucura.

### 1.3. Tecendo o percurso para a atenção em saúde mental no Ceará

A trajetória da saúde mental no Ceará seguiu a mesma lógica do restante do País, expressivamente marcada pela assistência ofertada pelas congregações religiosas. A institucionalização da assistência ao doente mental foi delegada a estruturas fechadas, chamadas asilos que, para Fraga (1993), funcionavam como um lugar para recolher os doentes que perambulavam pelas ruas da cidade e tinham a assistência prestada pelas ordens religiosas, médicos, enfermeiros, e funcionava em condições precárias, fato que se repetiu em todo o Brasil.

O primeiro serviço de assistência psiquiátrica do Ceará foi inaugurado em 1886, ainda no século XIX, o asilo dos alienados de São Vicente de Paula, que funcionava como anexo da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Em 1935, na cidade de Fortaleza, foi fundado o primeiro serviço privado do Norte-Nordeste, a Casa de Saúde São Gerardo – que foi descredenciado em 2007<sup>23</sup>. O fato é que na década de 70 estavam em funcionamento 12 hospitais psiquiátricos, dos quais um era situado no Interior, na cidade de Crato (ROSA, 2006), evidenciando um aumento de repasse de recursos do setor público para a compra de serviços privados (Cohn 2005), tendência que foi acompanhada também pelo o Estado do Ceará.

O movimento de reforma psiquiátrica no Ceará se iniciou no Interior e depois veio para a Capital. Uma das razões a ser considerada é que devido à grande concentração de hospitais psiquiátricos em Fortaleza, o movimento da reforma psiquiátrica se iniciou no Interior, dificultando a reversão do modelo de atenção em saúde mental na Capital, visto que na Capital havia bastante resistência devido aos interesses dos donos de hospitais psiquiátricos. (SAMPAIO; SANTOS, 1996).

De 1993 até dezembro de 2010 foram cadastrados 99 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Estado, o que reflete na cobertura 0,93 CAPS/100.000 habitantes, conforme dados do MS. Destes, 44 são CAPS Tipo I, 29 são do Tipo II, 03 são CAPS Tipo III, 17 são CAPS ad e 06 são CAPSi. (DATASUS, 2010).

O Estado tem 1.056 leitos de internação integral em 07 Hospitais Psiquiátricos e 01 Manicômio Judiciário. Sendo que um dos hospitais psiquiátricos é público e dispõe de serviço de pronto atendimento funcionando 24 horas, 02 Hospitais-dia que somam 60 leitos, distribuídos no atendimento a pessoas com transtornos psicóticos e com dependência química, um Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência (NAIA), uma Unidade de Desintoxicação

---

<sup>23</sup>

Descredenciada em 2007, conforme Relatório de Gestão da Secretária Municipal de Saúde- 2007.

(UD), com 20 leitos masculinos e 04 unidades de internação integral, duas masculinas e duas femininas, com 40 leitos cada. É ainda campo de estudo, pesquisa e formação para profissionais da área de saúde mental (CEARÁ, 2010).

No Ceará, a quantidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais é insignificante (76 leitos em 31 hospitais) para as necessidades da população, embora, os leitos situados no interior do estado sejam bastante resolutivos e estejam fortemente ligados ao CAPS do município (DATASUS, 2010).

Algumas mudanças são visíveis nas cidades que implantaram serviços de atenção psicossocial, dentre eles destacam-se: diminuição de gastos com internação psiquiátrica, surgimento de movimentos sociais organizados com a criação de núcleos do Movimento da Luta Antimanicomial, Comissões Municipais de Saúde Mental e aprovação de Leis Orgânicas Municipais com introdução de princípios da Reforma Psiquiátrica (SAMPAIO et.all, 1998).

Desde a criação do primeiro CAPS até hoje vários municípios foram protagonistas da Reforma Psiquiátrica no Ceará, dentre eles o município de Sobral, que se destacou pela implementação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM), e ficou conhecido internacionalmente por ter realizado o descredenciamento e fechamento da Casa de Repouso Guararapes<sup>24</sup>, onde ocorreu a morte de Damião Ximenes<sup>25</sup>, em 1999, nome dado ao CAPS II da cidade.

#### **1.4. Trilhas sobre a atenção em saúde mental em Fortaleza**

Conforme relatado anteriormente, a reforma psiquiátrica teve início no Interior do Estado do Ceará, chegando a Fortaleza em 1998, simbolizada pela inauguração do primeiro CAPS de Fortaleza<sup>26</sup>, que seria credenciado no CNES, em 2003, fruto de uma parceria entre a Prefeitura de Fortaleza e a Universidade Federal do Ceará – UFC. Em 2001 foram implantados o CAPS GERAL da Secretaria Executiva Regional IV e o CAPS GERAL da

---

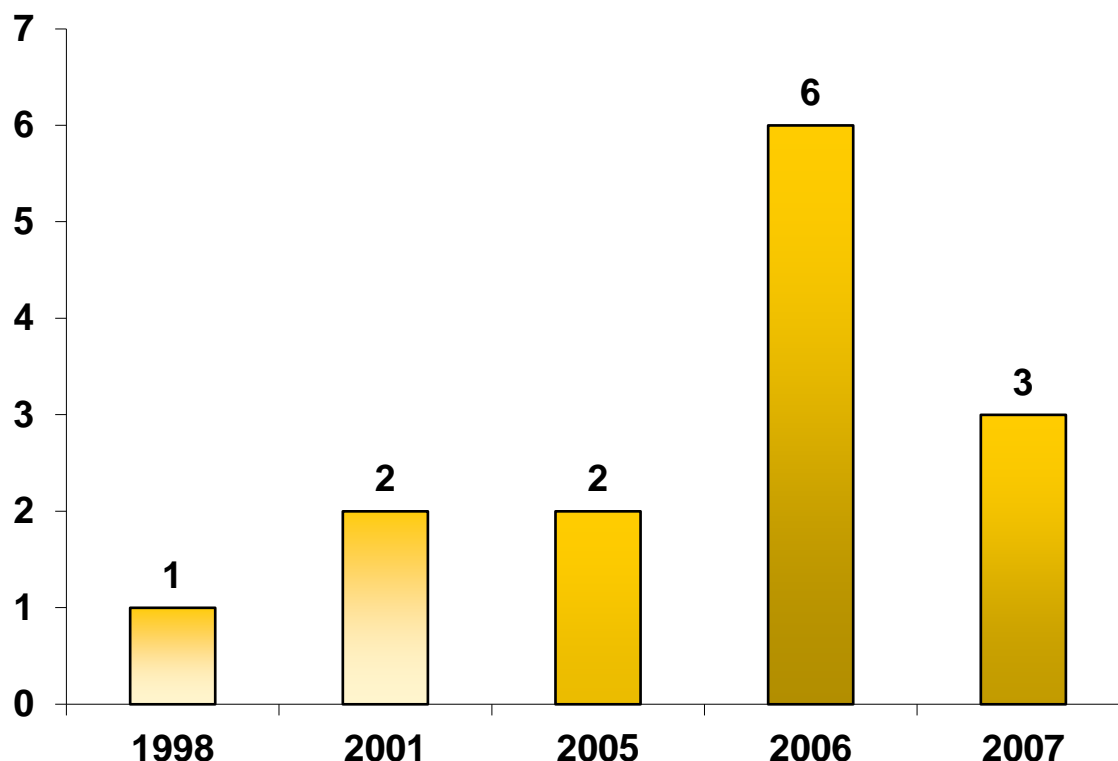
<sup>24</sup> Em 1974, foi criada a Casa de Repouso Guararapes, que atendia a microrregião de Sobral e dispunha de 80 leitos de internação. Foi descredenciada como prestadora de serviço ao SUS, em 10 de julho de 2000 de acordo com a portaria/CCA nº 113, que descredenciava a referida instituição para a prestação de serviços ao SUS no setor hospitalar em psiquiatria (Pereira, 2001). Diante de constantes denúncias de maus-tratos e torturas à Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Unidos (OEA), condenou o Brasil pela morte de Damião Ximenes Lopes, em 1999. Foram desrespeitados quatro artigos da Convenção Americana: o direito à vida, à integridade física, às garantias judiciais e à proteção judicial.

<sup>25</sup> Damião Ximenes, um paciente portador de transtorno mental, foi imobilizado, espancado e morto em uma clínica psiquiátrica situada em Sobral-CE, em 4 de outubro de 1999.

<sup>26</sup> O primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS foi reinaugurado em 2006, passando a ser chamado CAPS Geral da SER III Professor Frota Pinto numa homenagem ao médico e professor da UFC precursor da Psiquiatria no Ceará.

SER VI. A partir de 2005, com a implementação da política municipal de saúde mental houve um impulso significativo na implantação de novos serviços.

**Gráfico 1** – Série histórica da expansão de CAPS em Fortaleza (1998 a 30 de novembro de 2010), da Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza – 2010.



**Fonte:** Coordenação Colegiada de Saúde Mental do Município de Fortaleza-CE

A Política Municipal de Saúde Mental nascia com os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica, comprometida em criar uma rede de atenção e cuidado em saúde mental, visto que até 2005 a atenção à saúde mental era basicamente ambulatorial e realizada pelos três CAPS implantados até 2001 e os sete hospitais psiquiátricos existentes em Fortaleza<sup>27</sup>. Nos primeiros meses da gestão foram realizados vários encontros com participantes de entidades e movimentos sociais<sup>28</sup>, profissionais do campo da saúde mental, pesquisadores de

<sup>27</sup> Hospital de Saúde Mental de Messejana, Instituto de Psiquiatria do Ceará- IPC, Hospital Myra y Lopes, Hospital Nosso Lar, Hospital São Vicente de Paula, Hospital Suliano e Casa de Saúde São Gerardo. Fortaleza descredenciou a Casa de Saúde São Gerardo em 2007, embora ainda não tenha sido dada baixa no CNES. Descredenciou o Hospital Suliano em 2010.

<sup>28</sup> Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim, Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária-MISMEC, Instituto Águila, Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, Associação Cearense de Psiquiatria – ACP, Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura –FCPC, Núcleo de Psicologia Comunitária da UFC-NUCOM, dentre outros.

universidades, representantes de conselhos de categorias, usuários e sociedade civil, que passaram a discutir os documentos propostas por esses segmentos para a gestão. A primeira parceria com os movimentos sociais, foi com o Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim para o funcionamento do CAPS GERAL do Bom Jardim.

Nesse percurso de diálogos intensos, com amplos debates, foram se alinhando concepções sobre as teorias e práticas em saúde mental que fundamentaram o documento da política de saúde mental<sup>29</sup> alinhada com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica<sup>30</sup>, balizadora dos projetos institucionais dos serviços.

Em agosto de 2005, o município contava com nove equipes de saúde mental distribuídas no território da cidade, que tinham como prioridade visitar os egressos de internação psiquiátrica<sup>31</sup> e ofertar uma nova proposta de intervenção em saúde mental, principalmente o dispositivo CAPS. As equipes de saúde mental foram lotadas inicialmente nas Unidades Básicas de Saúde, articuladas com as equipes da Estratégia da Saúde da Família, que realizavam visitas conjuntas à comunidade.

Durante os primeiros meses de 2006, os serviços foram implantados nas referidas sedes, novas relações cotidianas foram construídas, outras formas de sociabilidades inventadas, os novos lugares foram sendo apropriados pela comunidade. A proposta era envolver todos os sujeitos, sejam usuários, profissionais, familiares, comunidades, numa perspectiva de desencadear mudanças culturais através de novas práticas geridas nos serviços. O objetivo transcende a humanização das relações entre sujeito, sociedade e instituição, *mas, sobretudo, construir outro lugar social para a “loucura”, a diferença, a diversidade e a divergência.*(BASAGLIA, 2001).

Nos Relatórios de Gestão (2005 a 2010)<sup>32</sup> da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, especificamente nos relatórios da Rede Assistencial de Saúde Mental, vamos encontrar alguns percursos mais quantitativos, descritivos importantes para reafirmar a política de saúde mental de Fortaleza.

---

29Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em 21 de junho de 2010.

30Os princípios e diretrizes estão descritos no documento Política Municipal de Saúde Mental de Fortaleza, disponível em [www.saude.fortaleza.ce.gov.br](http://www.saude.fortaleza.ce.gov.br).

<sup>31</sup> Além das visitas domiciliares aos pacientes egressos de internações psiquiátricas, é feito atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou em situação de sofrimento psíquico; atendimento à demanda de usuários encaminhados pela Promotoria de Defesa da Saúde Pública; atendimento às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas que apresentam transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool ou outras drogas, assim como atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico. (FORTALEZA, 2005).

<sup>32</sup> Para acessar relatórios de 2010, solicitar para Coordenação Colegiada de Saúde Mental.

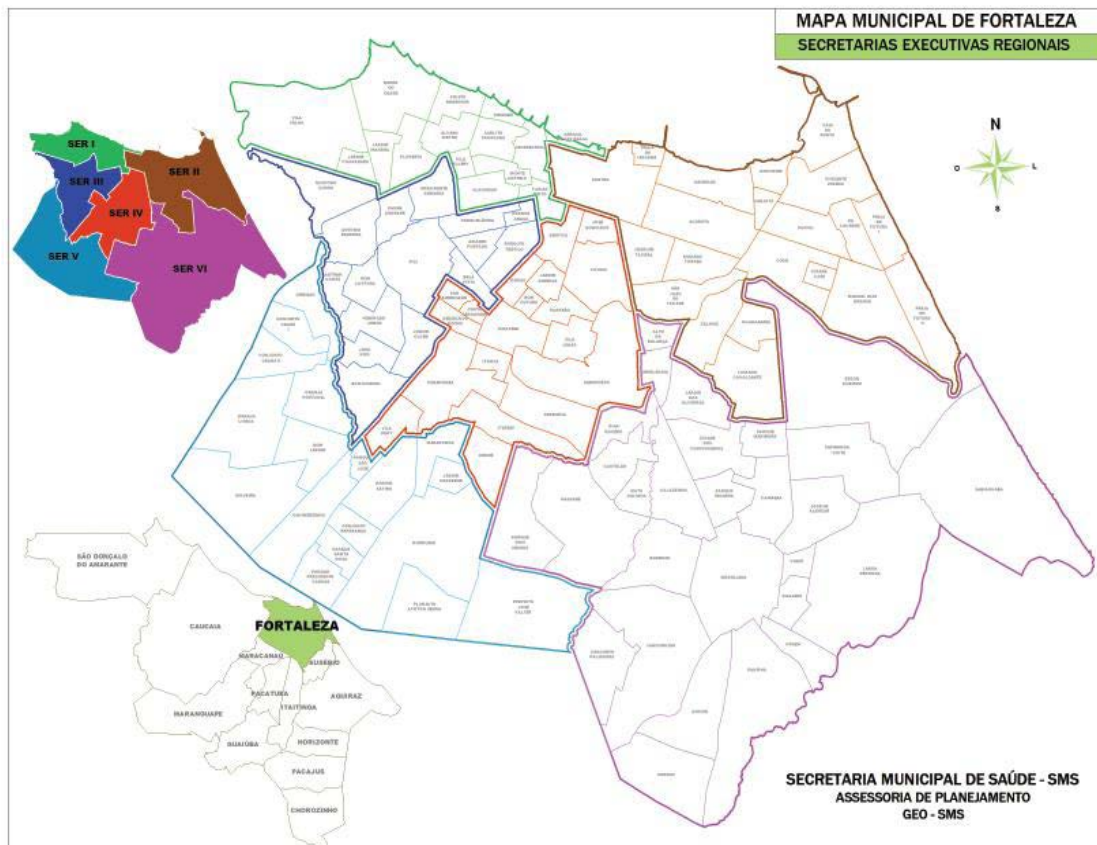


### 1.5. Descrevendo o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza - Rede Assistencial de Saúde Mental.

O município de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, possui atualmente uma população de 2.416.920 habitantes, sendo a quarta maior capital do Brasil, segundo dados do ano de 2006 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Andrade *et. al.* 2007).

O município é subdividido em regiões administrativas, caracterizadas em seis secretarias, compostas por distritos de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e infraestrutura. Encontra-se habilitada na gestão plena do sistema municipal, cabendo à secretaria municipal de saúde a responsabilidade de gestão do sistema de saúde. Segundo Andrade (2006), cada SER “*representa a divisão da cidade em seis regiões administrativas, criando assim secretarias executoras*”, que tem a o papel de executar as políticas setoriais , prestando serviços em uma rede de proteção social.

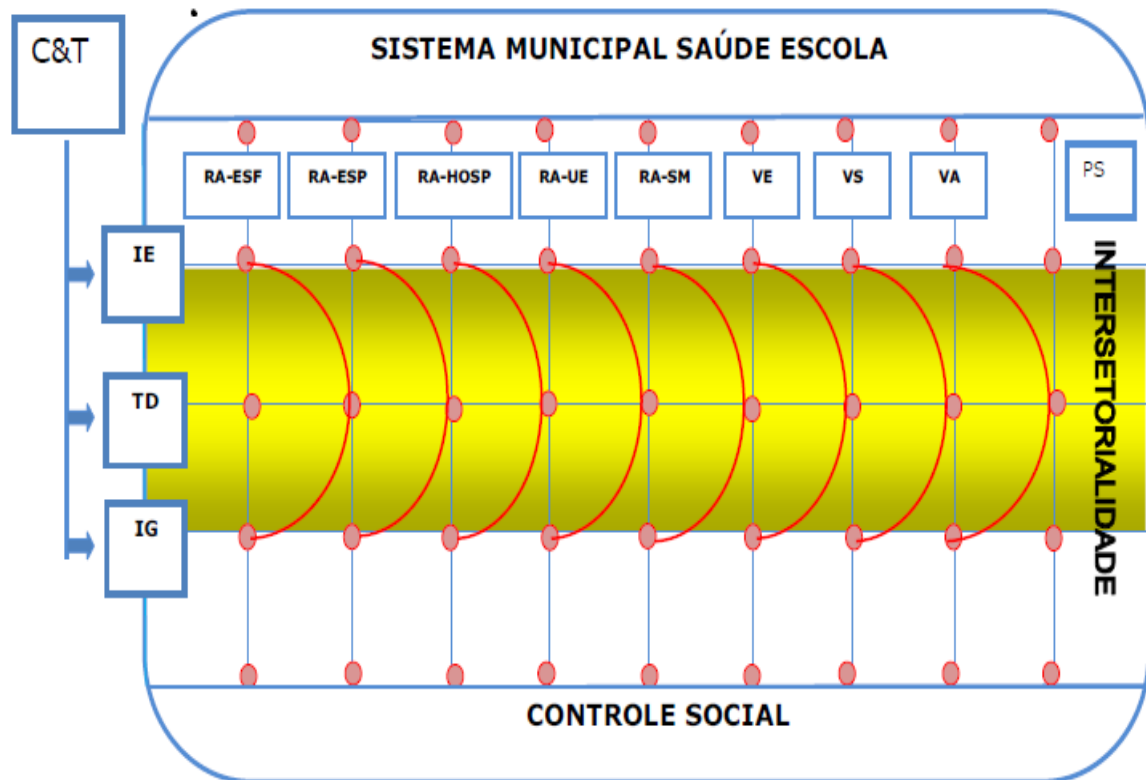
**Figura1: Distribuição territorial por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza,**



Conforme descrito nos relatórios de gestão (2005-2008), o modelo assistencial do sistema municipal de saúde de Fortaleza, conforme a Figura 2 apresenta uma proposta de estruturação do sistema representada pelo desenho de cinco Redes Assistenciais (RAs):

Estratégia Saúde da Família, Ambulatorial Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Saúde Mental.

Figura 4.- Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.



Fonte: Andrade & Poland, 2006. In: Fortaleza, 2006.

A Secretaria de Saúde de Fortaleza adota um conjunto de políticas e estratégias estruturantes do seu sistema municipal de saúde, pautada nas seguintes diretrizes: Ética do Cuidado e Humanização, Participação Social e Gestão Compartilhada, Estratégia Saúde da Família, Sistema Municipal de Saúde Escola e Gestão do Trabalho. (FORTALEZA, 2006, 2007, 2008).

Até 2004, a rede de atenção e cuidados em saúde mental em Fortaleza constituía-se de apenas três CAPS Geral e sete hospitais psiquiátricos, sendo um público e seis conveniados com o SUS, prevalecendo uma assistência mais focada em ações ambulatoriais, com prevalência do modelo hospitalocêntrico.

Em 2004 os CAPS existentes contavam com 54 profissionais em suas equipes, com infraestrutura precária para realização de atendimentos e visitas domiciliares e institucionais, não havendo articulação com o território e pouca articulação com as redes sociais de apoio. A partir de 2005, importantes ações foram realizadas, tais como ampliação e recuperação dos CAPS já existentes e implantação de novos serviços (ANDRADE, et.all,

2007).De 2004 para 2010, houve uma ampliação para 482 profissionais de saúde, correspondendo a mais de 90% de ampliação. (FORTALEZA, 2010)

Na divisão de competências das redes assistenciais, a Rede Ambulatorial Especializada a função de acompanhar os dois hospitais-dia, as duas emergências psiquiátricas especializadas, uma privada que funciona no Instituto de Psiquiatria do Ceará-IPC, e outra pública, no Hospital de Saúde Mental de Messejana, vinculada à Secretária de Saúde do Estado do Ceará, e os quatro hospitais psiquiátricos<sup>33</sup> vinculados a Fortaleza, com apoio da Rede Assistencial de Saúde Mental. O município de Fortaleza tem 686 leitos psiquiátricos conveniados pelo o SUS<sup>34</sup>, 150 leitos em Hospital Dia<sup>35</sup>. No município de Fortaleza, os investimentos nos serviços substitutivos abertos e comunitários já superaram os investimentos nos Hospitais Psiquiátricos. (FORTALEZA, 2010).

A Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza tem está composta, atualmente, dos seguintes serviços:

14 CAPS, sendo seis CAPS Gerais, para transtornos mentais de um modo geral, seis CAPSad para pessoas que apresentam uso ou abuso de álcool ou outras drogas, e dois CAPSi, que tratam de transtornos mentais referentes à infância e à adolescência.

Uma residência terapêutica e uma em processo de implantação<sup>36</sup>, em parceria com o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.

18 equipes de apoio matricial<sup>37</sup> em saúde mental apoiando ações de saúde mental na atenção básica.

Quatro Ocas de Saúde Comunitária<sup>38</sup> que realizam atividades de promoção de saúde com grupos de resgate da autoestima, terapia comunitária<sup>39</sup> e massoterapia<sup>40</sup>, funcionando nas

---

<sup>33</sup> A Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano, foi descredenciado em março de 2011.

<sup>34</sup> Hospital de Saúde Mental de Messejana, Instituto de Psiquiátrica do Ceará, Hospital Nosso Lar, Hospital são Vicente de Paula, Hospital Myra y Lopes, Santa Casa de Misericórdia, Hospital das Clínicas.

<sup>35</sup> Os Leitos de Hospital Dia estão distribuídos no Instituto Vandic Pontes, antigo São Gerardo, Hospital de Saúde Mental de Messejana, Instituto de Psiquiátrica do Ceará

<sup>36</sup> A implantação da Residência Terapêutica contribuiu para o desencadeamento do processo de desinstitucionalização com o acolhimento de oito usuários advindos de hospitais psiquiátricos, favorecendo a adesão regular dos moradores aos projetos terapêuticos formulados em conjunto com os técnicos de referência do CAPS. (FORTALEZA, 2009).

<sup>37</sup> “O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população” (Saúde Mental e Atenção Básica – o diálogo e o vínculo necessário, DAPES/SAS/MS, nº 1, Brasília: 2003). O matriciamento é realizado através de momentos programados com atividades definidas previamente e conjuntamente pela equipe de referência (UBS) e equipe de matriciamento/apoio matricial (CAPS). As atividades podem ser de estudo de caso, atendimentos conjuntos, interconsultas, grupos, etc. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

<sup>38</sup> As Ocas de Saúde Comunitária são equipamentos essencialmente comunitários, pensados para a realização de um trabalho de saúde preventivo e curativo, agregam as mais diversas atividades sociais e culturais da comunidade e oferecem serviços de massoterapia, grupos de resgate de autoestima e terapias comunitárias. (FORTALEZA, 2010).

SER's V e VI, e duas Ocas de Saúde Comunitária, que são parcerias entre os movimentos sociais Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim - MSMCBJ, e Movimento de Saúde Mental Comunitária do Pirambu - Projeto Quatro Varas.

Um consultório de rua<sup>41</sup> e dois contemplados pelo MS e em processo de implantação; Um Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad<sup>42</sup> em processo de implantação. (FORTALEZA, 2010).

E ainda conta com serviços coordenados por outras redes assistenciais que são:

Duas emergências Psiquiátricas Especializadas<sup>43</sup>, nove emergências clínicas em hospitais municipais<sup>44</sup>, que estão iniciando atendimento às situações de crise psicótica e alterações pelo uso ou abuso de álcool ou outras drogas.

Uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU específica para saúde mental.

A Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM) estabeleceu parcerias<sup>45</sup> com movimentos comunitários de saúde mental, 06 Comunidades Terapêuticas<sup>46</sup>, onde serão acompanhadas 120 vagas de acolhimento, universidades, institutos e outros serviços para fortalecer e dar

<sup>39</sup> Proposta terapêutica caracterizada pela constituição de um grupo de ajuda mútua. “A Terapia Comunitária é um espaço onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam co-responsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso” (BARRETO, 2005).

<sup>40</sup> Atendimento realizado por profissional habilitado que consiste na aplicação de massagem como técnica para integração corpo-mente, promoção de bem estar e melhoria da qualidade de vida das pessoas. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

<sup>41</sup> O Projeto Consultório de Rua tem como meta desenvolver ações de saúde no próprio espaço da rua, local de moradia de muitos usuários de álcool e outras drogas. Além de disponibilizar cuidados clínicos básicos, o projeto oferece oficinas de prevenção e redução de danos. (FORTALEZA, 2010)

<sup>42</sup> Conforme Portaria 1.612/GM, de 9 de setembro de 2005, o referido serviço tem como objetivo oferecer retaguarda à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, observando o território, a lógica de redução de danos e outras premissas e princípios do SUS, advindas dos CAPSad, da rede básica (CSFs) e de serviços ambulatoriais e não-especializados, especializados e não-especializados.

<sup>43</sup> Uma funciona no Instituto de Psiquiatria do Ceará – IPC, e outra, estadual, funcionam no Hospital de Saúde Mental de Messejana.

<sup>44</sup> Disponível em [www.saude.fortaleza.gov.br/2007](http://www.saude.fortaleza.gov.br/2007)

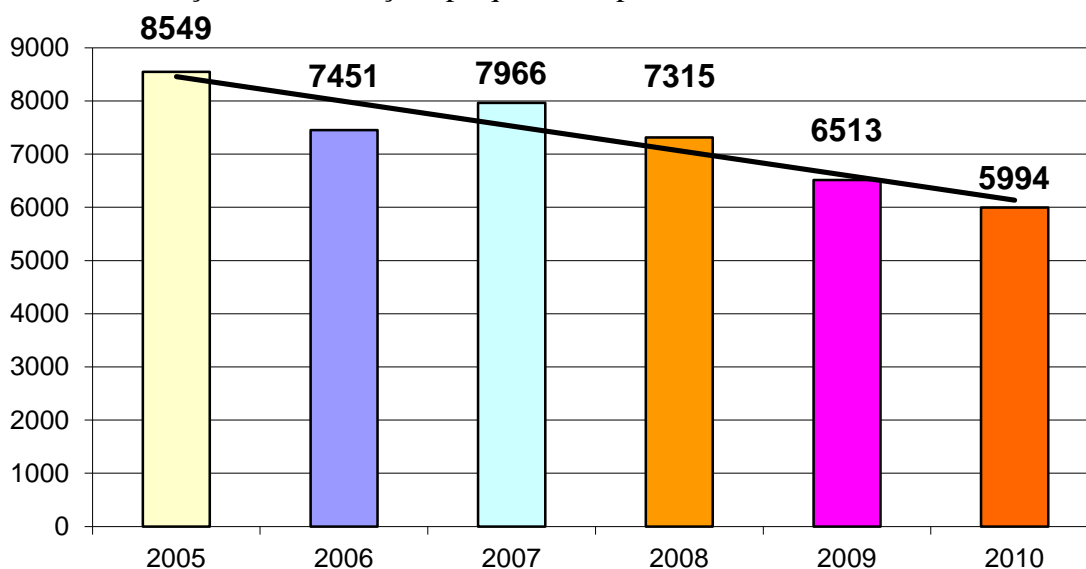
<sup>45</sup> Núcleo de Psicologia Comunitária da UFC-NUCOM, Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim – MSMCBJ, e Movimento de Saúde Mental Comunitária do Pirambu - Projeto Quatro Varas. Secretaria de Desenvolvimento Econômico/Célula de Economia Solidária: Projeto DIFERENCIARTE, SERPRO/ONG Ceará em Foco, Secretaria Municipal de Meio Ambiente – SEMAM, Fundação Habitacional de Fortaleza – HABITAFOR, Núcleo de Atendimento à Pessoa Idosa Vitimizada – NAPIV, da Coordenadoria da Proteção Especial da Secretaria Municipal de Assistência Social, Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC); Instituto Aquilae: Projeto Arte-Saúde; Fundação Silvestre Gomes, dentre outros.

<sup>46</sup> São casas de acolhimento para pessoas com uso problemático de drogas. Para a RASM devem preencher os seguintes critérios de inclusão: preencher critérios de uso problemático (abuso/dependência) de álcool e outras drogas; ter histórico de tentativas em outras estratégias terapêuticas menos reclusivas que não tenham sido exitosas ou eficazes para os objetivos definidos; necessidade de afastamento temporário do meio social em que iniciou, desenvolveu ou estabeleceu o uso; adesão voluntária; ausência de co-morbidades clínicas e psíquicas agudas. (FORTALEZA, 2010)

capilaridade à política municipal de saúde mental na lógica do território, articulando as iniciativas comunitárias existentes. A partir deste cenário vem realizando a ampliação da rede de atenção em saúde mental para pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, gradualmente estruturando espaços acolhedores, com oferta de atendimentos individuais e grupais, atividades comunitárias<sup>47</sup>, visitas domiciliares, institucionais<sup>48</sup>, priorizando as articulações intersetoriais.

A RASM ampliou o acesso ao atendimento em saúde mental e reduziu em 29,9% as internações psiquiátricas ao longo dos anos de 2005 a 2010. Verificou-se redução de internação de usuários, conforme descrição no CID-10, de diagnosticados como transtornos mentais esquizotípicos e delirantes e transtornos do humor (afetivo), redução das internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao álcool, redução das internações decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, definindo uma tendência à redução ao longo da implantação da RASM, conforme se pode analisar no Gráfico 2.

**Gráfico 2** – Redução das internações psiquiátricas por ano em Fortaleza – 2005- 2010.



**Fonte:** DATASUS, 2010.

<sup>47</sup> Atividade desenvolvida em espaço público ou privado/ extra ou intra institucional, com circulação e participação de pessoas que compartilham as referências culturais, sociais e territoriais de um lugar. O objetivo da atividade comunitária é, através de uma atuação política, ética e estética de produção de subjetividade, operar uma transformação social em relação a uma prática, conceito ou valor, modificando as relações sociais instituídas no sentido de um novo projeto social e de uma nova sociabilidade marcada pela solidariedade, pela inclusão social, pela convivência com a diferença e com a diversidade e pela igualdade no acesso às condições objetivas de sobrevivência e existência. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

<sup>48</sup> Ida pré-agendada de um ou mais profissionais da equipe técnica do CAPS a outra instituição (governamental ou não-governamental) com a finalidade de conhecer o serviço ofertado, objetivo do trabalho, público-alvo atingido com o serviço, os recursos humanos existentes, metodologia de trabalho, recursos e infra-estrutura disponível. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

Considerando os anos de 2005 a 2009 em relação às atividades nos CAPS pode-se perceber um incremento em todos os tipos de atendimentos. Houve cerca de 280% de aumento das visitas domiciliares e institucionais; um acréscimo de aproximadamente 590% no número de atendimentos individuais<sup>49</sup>, possibilitando maior acessibilidade dos usuários aos serviços. Em relação ao número de atendimentos grupais<sup>50</sup>/atividades comunitárias<sup>51</sup> houve um aumento de cerca de 390%, comparando-se os anos de 2006 a 2008 (FORTALEZA, 2009).

**Quadro 1 - Comparação e variação do número de visitas domiciliares/institucionais, atendimentos individuais diversos, grupais e atividades comunitárias em Saúde Mental, Fortaleza, 2005-2010.**

<b>Ano</b>	<b>Visitas Domiciliares/Institucionais</b>	<b>Atendimentos (Individuais)*</b>	<b>Atendimentos em Grupos /Atividades Comunitárias</b>
2005	1.438	44.187	-
2006	3.195	136.035	21.166
2007	3.200	282.967	55.098
2008	4.068	261.927	82.583
2009	3.611	150.103	70.464
2010	3.700	165.000	81.000
<b>TOTAL</b>	<b>19.212</b>	<b>1.040.213</b>	<b>310.311</b>

\*Quantitativo incluindo atendimentos individuais de assistência farmacêutica, psiquiatria, neurologia, clínico, psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, avaliação individual / triagem, acolhimento e massoterapia.

Os resultados alcançados demonstram o tensionamento na busca da reversão do modelo hospitalocêntrico para um modo de atenção psicossocial, com assistência direcionada não apenas à promoção de saúde, prevenção de doenças, reabilitação, mas também à mudança cultural necessária para a desconstrução do estigma que ainda recai sobre a loucura.

<sup>49</sup> Atendimento realizado a uma pessoa com uma demanda para alcançar um ou mais objetivo(s) através de uma proposta metodológica específica (por ex., aliança terapêutica, análise e interpretação de dados, técnicas aplicáveis, conduta terapêutica, etc.) de uma determinada profissão. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

<sup>50</sup> Atendimento realizado a um grupo de pessoas para alcançar um ou mais objetivo(s) através de uma proposta metodológica específica de uma determinada profissão. O atendimento em grupo pressupõe o conhecimento da técnica de práticas grupais e do modo como se organizam e se processam os grupos. Os grupos devem ser criados, discutidos, planejados e avaliados pela equipe nas rodas dos CAPS, considerando a demanda apontada pelos usuários, necessidade do serviço, a clínica psicossocial, articulação entre os grupos, etc. . Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

<sup>51</sup> Atividade desenvolvida em espaço público ou privado/ extra ou intra institucional, com circulação e participação de pessoas que compartilham as referências culturais, sociais e territoriais de um lugar. O objetivo da atividade comunitária é, através de uma atuação política, ética e estética de produção de subjetividade, operar uma transformação social em relação a uma prática, conceito ou valor, modificando as relações sociais instituídas no sentido de um novo projeto social e de uma nova sociabilidade marcada pela solidariedade, pela inclusão social, pela convivência com a diferença e com a diversidade e pela igualdade no acesso às condições objetivas de sobrevivência e existência. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

## 1.6. Dialogando sobre a relevância da investigação.

Possibilitar que a atenção em saúde mental não deve ficar limitada a implantação de serviços, mas levar a mudanças significativas nas concepções sobre a loucura, o louco, o dependente de drogas, a partir dos saberes trazidos pelos usuários.

Acreditando ser possível reverter a onda da lógica manicomial que ainda está presente no campo da saúde mental, e que algumas vezes faz entorpecimento e reaparece com uma nova roupagem, mas com as mesmas funções de conservadora, excludente. Reconhecer a condição de cidadania dos usuários da saúde mental no/do SUS, enfatizando que a reforma psiquiátrica ainda é um projeto político em construção, onde os direitos jurídicos, políticos e civis, do cidadão ainda é uma bandeira cotidiana.

E por fim, ampliar as pesquisas no campo da saúde mental com a participação de usuários no SUS, para que as compreensões dos processos fortaleçam a efetivação dos processos instituídos no SUS de Fortaleza, no campo da saúde mental, pois ainda são poucas pesquisas com foco na análise de sua implantação e concepção, principalmente no que refere à compreensão de usuários sobre a atenção em saúde na RASM. Ainda, mesmo considerando as várias experiências bem sucedidas no SUS, no campo da Saúde Mental, proporcionar subsídios a partir da compreensão dos usuários, sobre atenção em saúde mental, aqui, transitando da promoção de saúde a assistência propriamente.

Articulei alguns artigos que relatam experiências bem-sucedidas relatadas no levantamento anterior e em outras fontes, destacamos aqueles mostram lugares em que foi possível visualizar as diretrizes da reforma psiquiátrica se delineando, tais como: Belo Horizonte (NILO, 2008); Campinas, (CAMPOS, 2003) e (MERHY, 2007); Aracaju, (CARVALHO, 2006); e especificamente no Ceará destacamos, respectivamente, a descrição da Rede de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, o Centro de Atenção Psicossocial e as equipes do Programa Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará relatando a cidade de Quixadá (PEREIRA; ANDRADE, 2007) e (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007), O modelo de Atenção Psicossocial no município de Sobral-CE (QUINDERÉ; JORGE, 2010), a Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, descrita nos artigos: Saúde mental & cidadania: a resposta de Fortaleza. (ANDRADE, et.all 2007), Reforma Psiquiátrica: em Fortaleza acontece. (SILVA, et.all, 2010), além do protagonismo de vários municípios nas políticas públicas no campo da saúde mental descritos por FAGUNDES (2010).

As pesquisas escolhidas para destaque foram realizadas em CAPS, hospitais psiquiátricos, hospitais-dia, rede básica de saúde e hospitais gerais e serviços residenciais

terapêuticos, buscando potencializar as pesquisas que envolvam gestores, profissionais, usuários e familiares de usuários.

No Sistema de Saúde de Fortaleza poucas pesquisas foram realizadas com foco na análise de sua implantação e concepção, principalmente no que refere à compreensão de usuários<sup>52</sup> sobre a atenção em saúde mental, conforme descrito anteriormente. Descrevo algumas pesquisas, pretendendo articular com os achados com compreensão dos usuários dos CAPS de Fortaleza, tentando a maior aproximação possível da significação das suas falas.

No campo da gestão, algumas pesquisas têm realizadas em Centros de Atenção Psicossocial - CAPS tem considerado a participação de usuários nos processos de levantamentos dos dados, e na análise dos resultados através. (NASCIMENTO; COSTA; 2009). Assim como, ao serem avaliados modelos assistenciais, de gestão e formação de trabalhadores, avaliação de implantação de CAPS III<sup>53</sup>, foi considerada a participação e compreensão dos usuários e familiares no processo. (ONOCKO. et. all, 2009).

Nas pesquisas que tiveram como foco o modelo de atenção à saúde de usuários de drogas, revelou que os mesmos são vistos como doentes, tratamento centrado na medicação, na cultura do preconceito e com forte referência ao modelo hospitalocêntrico, sendo as dificuldades de reinserção social foram percebidas como os maiores obstáculos para atenção integral à saúde.(MORAES, 2008). Com presença marcante do modelo psiquiátrico nos serviços substitutivos. (LEÃO; BARROS, 2008), o tratamento tem um enfoque organicista do cuidado centrado no médico, sendo que o CAPS visto como um espaço propiciador de trocas sociais, mostrando a urgência de possibilitar processos terapêuticos voltados à vida cotidiana dos usuários.( SOARES; SAEKI,2006).

E ainda que a concepção de serviços de saúde mental, no âmbito hospitalar, ambulatorial, unidade básica de saúde, revelam uma concepção de saúde e doença é multifatorial, centrada no indivíduo doente, enquanto que nos Centro de Atenção

---

<sup>52</sup>O campo da saúde mental tem substituído as terminologias “pacientes” por usuários. Os usuários não são apenas pessoas doentes, mas cidadãos que utilizam recursos públicos. (LANCETTI, A; AMARANTE, 2006, p.623). Ainda de acordo com a carta de direitos dos usuários e familiares de serviços de saúde mental, utilizam a “expressão usuário, assim como a expressão “técnica” para designar situações específicas. na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais e integrais, acima das condições apenas circunstanciais da comunidade dos serviços de saúde mental. queremos ser autores do nosso próprio destino. desejamos a verdadeira integração na sociedade, com os chamados normais. entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam umas às outras de usuários, mas de companheiros, participantes e amigos.”(CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL).

<sup>53</sup>Entende-se por CAPS III aquele estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos mentais, com funcionamento 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana. (Portaria nº 336/ GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002).



Psicossocial- CAPS começam a ser visualizado o usuário dentro da rede social. (CAMPOS; SOARES, 2003).

Análises feitas em relação aos sistemas de signos, significados e práticas em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, em Salvador, Bahia, identificou a coexistência de três modelos de cuidados nesses serviços: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial com ênfase na instituição, o psicossocial com ênfase no território, revelando conflitos entre os profissionais sobre a forma de compreender as concepções da reforma psiquiátrica. (NUNES; TORRENTÉ, 2009). Resultados aproximados foram encontrados nos estudos realizados por Koda (2003), através de um estudo com oito usuários e nove trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial do município de Santos<sup>54</sup>.

Analisando os processos de estigmatização e modalidades de violência vividos por portadores de transtornos mentais, indicaram que variadas formas de expressão do estigma denotam uma situação sociocultural de violência contra portadores de transtornos mentais. (NUNES;TORRENTÉ;2009). Paralelamente sofrem rejeição de membros da família e da comunidade; mesmo quando os familiares de portadores de transtorno mental que têm são acolhidos nos serviços de saúde mental. E mesmo recebendo um atendimento singular, não conseguem operar mecanismos para a sua participação social, o que aponta para uma deficiência do serviço, à medida que este deve estimular formas de inserção na comunidade, ampliando os direitos de cidadania dos usuários. (MORENO; 2009).Na mesma direção estudos realizados com as famílias e usuários de dois hospitais-dia em Fortaleza-CE, revelaram que o apoio familiar essencial para o progresso no tratamento de pessoas com transtorno mental. (JORGE, 2009)

Quando perguntado aos usuários sobre a representação social acerca de associações de usuários de um CAPS foi revelado uma diversidade de significados: espaços de informações, formação, autonomia, pertencimento, instrumento político e de empoderamento. Reafirmando que as mesmas são ferramentas importantes para políticas públicas de saúde mental que efetivamente priorizem a participação dos usuários, sendo fundamental o fortalecimento de associações de usuários no campo da saúde mental. (RODRIGUES, el. all,2006), assim como a ruptura com o isolamento físico e social, o acolhimento de suas demandas e a ajuda para organizar a vida. (KANTORSKI, et.all. 2009).

Em relação aos usuários, um estudo muito interessante relacionado com o foco desta pesquisa foi realizado em 2001, no CAPS Geral da Secretária Executiva Regional III,

---

<sup>54</sup> A cidade de Santos, um dos marcos da reforma psiquiátrica, em 1989 iniciou a implantação de uma rede de saúde mental.

onde participaram 13 usuários vinculados a COOPCAPS<sup>55</sup>, com o objetivo de compreender e interpretar o lugar social dos sujeitos que utilizam serviços de saúde mental em Fortaleza, partindo de suas narrativas acerca do processo da reforma psiquiátrica. O estudo mostrou que a maioria dos usuários afirma desconhecer o processo de reforma psiquiátrica e aqueles que puderam falar a respeito destacaram apenas o aspecto do tratamento. O estudo fez o indicativo de que a oportunidade à palavra – como argumento e ação – aos usuários dos serviços de saúde mental é condição fundamental para que se possa pensar em uma efetiva reforma psiquiátrica no Brasil ou, particularmente, em Fortaleza. (ACIOLY, 2006). Quando este estudo foi realizado Fortaleza tinha apenas três CAPS e o movimento da reforma psiquiátrica se fortalecia no Interior do Estado do Ceará. Na rede de serviços da atenção básica a relação dos usuários com os serviços recebidos e sua relação com os direitos tem revelado que os aspectos subjetivos precisam ser considerados e ampliados, pois podem potencializar as possibilidades de reflexão e construção de cidadania e participação crítica (YEPEZ; MORAES, 2004).

Pesquisa realizada com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e capacidade verbal preservada em hospitais psiquiátricos sobre a questão da recusa à desospitalização revelou que os pacientes internados no HP o compreendem como um lugar de proteção concreta, associado à sensação de liberdade, embora vivendo no modo tratamento asilar (MACHADO, 2005). Os egressos das internações psiquiátricas precisam continuar o tratamento, do suporte profissional e da elaboração de intervenções, no momento que buscam os serviços substitutivos (CARDOSO; GALERA, 2009), devendo ser dada a continuidade do o processo saúde-doença mental no cotidiano do serviço hospitalar, com a rede substitutiva. (SALLES; BARROS, 2007).

As pesquisas descritas anteriormente que foram realizadas em CAPS, hospitais psiquiátricos, hospitais-dia, rede básica de saúde e hospitais gerais e serviços residenciais terapêuticos, que envolveram gestores, profissionais, usuários e familiares de usuários, demonstraram que precisa ser ampliada a participação de usuários, que a atenção em saúde mental continua marcada pela lógica manicomial, com forte referência ao modelo hospitalocentrico, mesmo nos serviços abertos e comunitários. Então a compreensão dos usuários dos CAPS de Fortaleza, sobre a atenção em saúde mental, abre caminhos para o fortalecimento de políticas de saúde mental, balizados pelo os princípios da reforma Psiquiátrica, mediada por usuários sujeitos de direitos.

---

<sup>55</sup>COOPCAPS – Cooperativa de Usuários e Familiares do Centro de Atenção Psicossocial da SER III, que de 2003 a 2005 foi sendo constituída e em 09 de maio de 2005 foi fundada oficialmente, e hoje funciona numa casa, situada na rua Delmiro de Farias 1765, no bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza –Ceará.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos Gerais**

- Desvelar a compreensão dos usuários dos CAPS de Fortaleza sobre a atenção em saúde mental no âmbito do sistema municipal de saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Delinear, a partir da compreensão dos usuários sobre atenção em saúde mental, a trajetória dos usuários no sistema municipal de saúde de Fortaleza;
- Articular a compreensão dos usuários sobre a atenção em saúde mental, com a proposta de atenção em saúde mental da RASM;

### 3. METODOLOGIA .

Este estudo tornar-se importante, inicialmente por necessidade de ampliação do campo da saúde mental, no universo das pesquisas acadêmicas. Especialmente nas pesquisas qualitativas, que envolvam participação de usuários.

Estudos realizados pelo O Globo Forum for Health Research revelaram que a contribuição latino-americana em termos de pesquisas específicas da saúde mental está focada em temas específicos da saúde mental como depressão/ansiedade, consumo abusivo de substâncias e psicoses, com ênfase nos aspectos clínicos. O estudo também revelou carência em pesquisas que avaliem a eficiência das intervenções clínicas e a qualidade dos serviços na America Latina. Pesquisas feitas com a participação de usuários sobre a atenção em saúde mental não foram citadas. (ZORZETO ,et.all, 2007).

Conforme levantamento relatado a seguir no banco de dados do Scientific Eletronic Library Online - SCIELO no período 1998- 2010, demonstraram que existem poucas pesquisas com usuários de saúde mental, especialmente avaliando sua participação efetiva na construção dos modelos de atenção em saúde mental ou indagando sobre o seu compreender. As pesquisas e estudos estão entrelaçados dentro dos focos anteriormente descritos, sendo que a maioria destaca os aspectos técnico-assistenciais, com mais participação de profissionais, usuários do SUS em geral, quando comparado aos usuários, familiares da saúde mental.

No contexto da saúde mental brasileira, no que refere aos marcos políticos, teóricos e práticos, as pesquisas no campo da saúde mental, em sua maioria, estão focadas no tratamento e reabilitação psicossocial, concepção de saúde-doença, modelo de gestão em saúde mental, avaliação dos serviços de saúde mental. O público pesquisado tem sido trabalhadores, gestores e usuários em geral, sendo ainda bem tímidas as pesquisas com a participação de gestores, familiares e usuários da saúde mental, especialmente em relação à compreensão de usuários da saúde mental. (Conforme Quadro1).

Quadro 1 : Levantamento de 470 artigos publicados do Scientific Eletronic Library Online - SCIELO no período 1998- 2010<sup>56</sup>, a partir dos descritores saúde mental

<b>Descritor: Saúde Mental</b>				<b>Total de Artigos</b>
<b>Artigos Encontrados</b>				<b>470</b>
Usuário de diversos campos	Profissional de diversas áreas	Gestor da Saúde	Familiares do campo da saúde mental	Artigos com temas diversos.
141	140	11	35	154
Usuário da Saúde Mental	Profissional da Saúde Mental	Gestor da Saúde	Familiares do campo da saúde mental	Artigos com temas diversos.
43	138	11	35	154

A análise do quadro anterior mostra que cerca de 30% das pesquisas envolvem profissionais de diversas áreas, 30% das pesquisas envolvem usuários de diversos campos, e 3% envolvem gestores e 7% envolvem famílias nos estudos. Quando analisamos a participação de usuários de saúde mental, temos 9% do total das pesquisas realizadas neste período, nos serviços substitutivos de saúde mental<sup>57</sup> e nos Hospitais Psiquiátricos.

Portanto, nesta pesquisa trabalhamos com o pano de fundo destas indagações sobre a questão da atenção em saúde mental a partir da compreensão de usuários de CAPS, desenvolvida na modalidade de investigação qualitativa por sua aceitação na área da saúde, das ciências humanas e sociais, como assinala Bosi (2004), e por acreditar numa postura ontológica relativista que considera a realidade nas suas múltiplas faces, socialmente construídas, portanto não governadas por leis naturais. (FURTADO, 2008, p.199), ancorando os fundamentos epistemológicos na hermenêutica ricoeuriana enquanto referencial de análise dos processos a serem desvelados.

Nosso objeto se orienta, pela vertente das abordagens qualitativas, pois partimos do pressuposto de que o mundo está permeado de significados e símbolos, e que a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais (Minayo, 2000):

<sup>56</sup> Levantamento realizado via internet pelo o site : [www.scielo.com](http://www.scielo.com), no dia 20-12-2010.

<sup>57</sup> Os serviços substitutivos são suporte para a invenção de modos de atenção que incluam a construção de cidadania, a acolhida às pessoas em sofrimento psíquico, a diversidade de modalidades terapêuticas e a provocação de novos entrelaçamentos sociais. (FAGUNDES, 2010, p. 203).

“A abordagem qualitativa se aplica aos estudos da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam constituem seus artefatos e a si mesmos.” (MINAYO, 2008).

Além destas considerações sobre as abordagens qualitativas, seja no campo avaliativo ou na pesquisa de campo, consideram-se alguns pressupostos: envolvem a intersubjetividade, a compreensão, a racionalidade e a internacionalidade dos sujeitos. (Onocko, 2008), reiteram a necessidade de se elaborar e validar novas metodologias de produção de conhecimentos, conforme Minayo (2000) e Bosi (2004), dentre outros.

Seguimos dialogando com as ideias de continuidade sem descartar a descontinuidade como parte dessa trajetória, visto que as subjetividades são inerentes às relações. Aqui nos aproximamos das ideias de Uchimura e Bosi (2004, p.75-95), ao argumentar que para fundamentar e instrumentalizar o processo de desvelamento da singularidade e do sentido presente no vivido dos usuários junto a determinado programa de saúde, a melhor trajetória seria a tradição qualitativa. Lembramos, ainda, que estudos de avaliação voltados à dimensão subjetiva da qualidade de programas necessariamente incluem os atores das ações em saúde, envolvendo demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos e admitindo a experiência, o vivido, as emoções, enfim, os afetos.

A dimensão da compreensão dos usuários é, também, uma dimensão subjetiva que não pode ser desconsiderada em nenhuma pesquisa, principalmente se considerarmos que qualquer forma de avaliação é pesquisa por ser um olhar sobre uma forma de colocar entre aspas a realidade.

### **3.1. Por que realizar uma pesquisa ancorada na hermenêutica ricoeuriana, tendo como foco a compreensão dos usuários sobre a atenção em saúde mental?**

Os caminhos de investigação, nessa perspectiva, se pautaram em referenciais teóricos que questionam o marco positivista de fazer ciência. Delineando e concebendo a avaliação como um processo participativo e inclusivo, visando à detecção e à consideração das percepções, valores e questões dos grupos de interesse envolvidos com um dado programa, bem como incluindo o maior número de atores no processo, sejam usuários, familiares, gestores e outros que tenham interesse na utilização efetiva dos resultados do processo avaliativo. Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989).

Estas pesquisas de Avaliação de Quarta Geração, tem a vantagem do seu caráter participativo e a sua dimensão formativa, possibilitando aos grupos de interesse uma capacidade de análise e de intervenção mais qualificada para a melhoria do serviço. Pode ser

colocado como desvantagem a grande quantidade de dados obtidos durante o processo, que apresenta a necessidade de priorização de questões mediante a negociação com os grupos de interesse.

Reafirmamos a perspectiva ontológica, demarcando que existem várias formas de existir, que somos atravessadas por múltiplas existências. Epistemologicamente, qualquer resposta a ser partilhada envolve a noção de subjetividade, pois é preciso estabelecer relações de trocas para uma possível aproximação de “verdades”. A categoria de compreender é, aqui, delimitada enquanto lugar de troca, de traduzir, de mediação entre sujeitos que visam a equacionar distância e aproximar diferenças. Para além de compreender, é preciso esclarecer como a compreensão acontece, o que faz com que se compreenda de determinada maneira. (GADEMAR, 2008).

Para tentar compreender, vamos alinhado com Ricoeur (1978), quando diz que não há neutralidade em hermenêutica e que sempre há pressuposições. *Toda hermenêutica é assim, explícita ou implicitamente, compreensão de si mesmo através do desvio da compreensão do outro.* É sempre um grande desafio transitar nos referenciais de análise da hermenêutica ricoeuriana, que procura refletir o processo de compreensão subjacente a todo interpretar.

Pontuamos que nesse processo, nos conduzimos com a idéia de que toda compreensão e apropriação do sujeito devem ser mediadas por uma interpretação dos signos e símbolos nos quais o ser se diz em toda a sua complexidade. Enfatiza o caráter circular da compreensão de que a nossa pertença ao mundo é, desde sempre, simbolicamente mediada. A realidade constitui-se simbolicamente na plurivocidade; e entre nós e o mundo, entre nós e nós mesmos coloca-se sempre a qualidade interpretativa dos símbolos que marcam o nosso enraizamento, a nossa pertença ao mundo, a uma cultura e a uma tradição. Este desvelar da realidade aparece na análise e interpretação do discurso, que transita por fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação. (RICOUER,1978).Os limites deste projeto são os do próprio círculo hermenêutico: a conciliação dialética entre pertença e distância. Compreensão-explicação que Ricoeur identifica como a própria condição humana. O termo interpretação deve ,pois, aplicar-se não a um caso particular de compreensão , a das expressões escritas da vida, mas a todo o processo que abarca a explicação e a compreensão.

[...] Por conseqüente compreender não é apenas repetir o evento do discurso num evento semelhante , é gerar um novo acontecimento, que começa com o texto em que o evento inicial se objetivou. (RICOUER,2009,p.105-106).

Na tentativa de síntese dos pontos de vista da hermenêutica de Paul Ricoeur, quatro ensaios precisam ser evidenciados quando falarmos da teoria de interpretação: a linguagem como discurso, a fala e a escrita, a metáfora e o símbolo, a explicação e a compreensão. Uma das principais questões a ser clarificada consiste em tentar demonstrar que o conflito entre explicação e compreensão é aparente. Argumentamos que ocorre, na verdade, uma relação dialética entre as duas atitudes que, para o autor, “*é o horizonte de todo este conjunto de ensaios.*”

Quero agora mostrar de que modo a explicação (erklärem) exige a compreensão (verstehen) e como a compreensão suscita de uma nova interpretação enquanto todo. (RICOUER, 2009, p.120).

Para o primeiro ensaio, a linguagem como discurso sustenta a decisão metodológica de fazer a distinção entre semântica e semiótica.

A semiótica, a ciência dos signos, é formal na medida em que se funda na dissociação da língua em partes constitutivas. A semântica, a ciência da frase, diz imediatamente respeito ao conceito de sentido, na medida em que a semântica se define fundamentalmente mediante procedimentos interativos de linguagem. (RICOUER, 2009, p. 20).

Essa distinção é importante, pois o discurso vai ser definido como uma estrutura no sentido sintético, isto é, como o entrelaçamento e o efeito recíproco das funções de identificação e predicação numa só e mesma frase gerando toda possível significação ou sentido do discurso. É, então, fundamental, para o dizer hermenêutico, demarcar: “*Se todo discurso se actualiza como um evento, todo discurso é compreendido como significação.*” (RICOUER, 2009, p.25).

O significado de um texto pode ser visto compreendido por vários ângulos e, tem, portanto várias interpretações.

“Apropriar-se do que antes era estranho permanece o objetivo último de toda a hermenêutica. A interpretação no seu último estágio que igualizar, tornar contemporâneo, assimilar, no sentido de tornar semelhante” (RICOUER, 2009, p.128).

Ainda poderemos inferir que no evento não pode ser considerada apenas a experiência expressa e comunicada, mas devem ser valorizados a intersubjetividade e o diálogo, pois os discursos trazem um saber compartilhado por outros no coletivo, do ponto de vista moral, cognitivo, cultural, dentre outros.

De posse das falas narradas, outra articulação a ser feita é a dialética de sentido e de referência, sendo que a última é o que o locutor faz. Quando aplica as suas palavras à



realidade numa lógica temporal, tem relação com algo acontecido. No que refere ao sentido, acrescenta-se a intenção de referência do locutor, que podemos dizer estar implicado, atravessado pelo sentido, construído em e na relação que pode acontecer quando um texto escrito ou um texto narrado passa a ser olhado como uma forma de discurso. Para Ricoeur, a dialética de sentido e de referência é original e pode se tornar independente. E acrescenta:

Só a dialética diz alguma coisa acerca da relação entre a linguagem e a condição ontológica do ser-no-mundo. A linguagem não é um mundo próprio. Nem sequer é um mundo. Mas porque estamos no mundo, porque somos afetados por situações e porque nos orientamos mediante a compreensão em tais situações, temos algo a dizer, temos a experiência para trazer a linguagem (RICOUER, 2009, p. 36).

Podemos, então, pensar que se o discurso se refere ao seu locutor ao mesmo tempo em que se refere ao mundo, é possível fazer uma analogia e dizer que da mesma forma os sujeitos ao falarem das suas compreensões sobre a atenção em saúde mental falam do mundo que os circula, no qual estão inseridas as suas histórias. As narrativas seriam histórias ainda não narradas. E a medida que narramos uma história, uma ação é porque ocorre a mediação simbólica da realidade. Para dizer como Ricoeur (2010):

“O tempo tornar-se tempo humano na medida em que está articulado de modo narrativo, e a narrativa alcança sua significação plenária quando se torna uma condição da existência temporal.” (RICOUER, 2010, p.93).

A questão da fala e da escrita traz uma complexidade importante. Quando um discurso humano torna-se fixado como escrita, mais do que ser preservado da destruição, passa a ser profundamente afetado na sua função comunicativa. Aqui teríamos a mensagem fixada, assim: “A escrita toma o lugar da fala” (RICOUER, 2009, p.46). Ainda, agora que os discursos foram escritos, o que o texto significa interessa mais do que o que o autor quis dizer quando escreveu. E o discurso não pode deixar de ser acerca de alguma coisa, sempre será sobre alguma coisa. Ao fazer esta afirmação Ricoeur (2009) nega a ideologia dos textos absolutos. Para o autor, a inscrição do discurso é a transcrição do mundo e a transcrição não é reduplicação, mas metamorfose.

Então estes discursos decorrentes das relações com os usuários vão gerar uma escrita que deve:

[...] libertar-se não só do seu autor e do seu auditório originário, mas da estreiteza da situação dialógica, revela este destino do discurso como projectando o mundo.” (RICOUER, 2009, p.56).

Surge, então, uma das categorias centrais de Ricouer (2009): a dialética da distanciação e apropriação, sendo que “apropriar-se é fazer seu o que é alheio, fazer nosso o que nos é estranho.” A distanciação tem relação com as nossas necessidades, interesse em superar a alienação cultural, sendo” um traço dialético , o princípio de uma luta entre alteridade, que transforma distância espacial e temporal em alienação cultural, e a ipseidade , pela qual toda compreensão visa a extensão do autoconhecimento”. (RICOUER, 2009.p.64).

A metáfora e o símbolo serão importantes para demarcar um campo ampliado para a teoria da interpretação. As metáforas vão dizer algo novo sobre a realidade que precisa ser sentidos por quem escuta, fala, escreve. As metáforas vão trazer aspectos emotivos, subjetivos e informações ainda não percebidas.

A metáfora é o resultado da tensão entre dois termos numa enunciação metafórica. O que chamamos a tensão numa enunciação metafórica não é efetivamente algo que ocorra entre dois termos numa enunciação, mas antes entre duas interpretações opostas da enunciação. É o conflito entre duas interpretações que sustenta a metáfora (RICOUER, 2009, p.73).

Os símbolos pertencem a vários campos de investigação, o que torna difícil o acesso à sua estrutura de duplo sentido. Eles possuem duas dimensões, dois universos de discurso, um de ordem linguística e outro universo não linguístico. Ocorre muitas vezes e em vários tempos e momentos uma busca de compreender o que alguém fala e que fica mais próximo quando se propõe dialogar com os símbolos e a metáfora. Assim, ocorre uma ligação entre os dois conceitos e ao mesmo tempo um distanciamento.

A metáfora é o procedimento lingüístico dentro do qual se deposita o poder simbólico. O símbolo permanece um fenômeno bidimensional na medida em que a fase semântica se refere à não semântica. Os símbolos têm raízes. Os símbolos mergulham na experiência umbrosa do poder. As metáforas são precisamente a superfície lingüística dos símbolos e devem seu poder de relacionar a superfície semântica com a pré-semântica nas profundidades da experiência humana à estrutura bidimensional do símbolo. (RICOUER, 2009, p. 98).

Diante dos textos produzidos pelos usuários tentamos compreender esses discursos que refletidos nas falas narradas. Este de aproximação lança possibilidades de falar de uma possível interpretação a partir do que foi apreendido da realidade sem ter de defender, necessariamente, uma conclusão verdadeira, única, ou, ainda, que essa “verdade” esteja imersa num tempo.

Ricouer (2009) começa esclarecendo que não há uma dicotomia entre explicação e compreensão, sendo possível falar de nova dialética, mostrando que:

“ a explicação (erkläen) exige a compreensão ( verstehen) e como a compreensão suscita uma nova maneira a dialética interna, que constitui a interpretação enquanto todo”(RICOUER, 2009.p.120) .

Assim, a explicação e a compreensão de uma dada realidade, estabelecida na relação entre pares, entre partes, entre diversos, se estrutura como dois momentos diferentes de um complexo hermenêutico único. “*Seria possível localizar a explicação e compreensão em dois estádios diferentes de um arco hermenêutico único.*”(RICOUER, 2009.p.121). O contato com o texto narrado pelos usuários vai possibilitou delinear algumas compreensões, conjecturadas com o que conseguir na relação com o texto. Compreender é “criar um novo modo de ser”. “Aquilo que finalmente me apropriado é uma proposição do mundo”. (RICOUER, 2008.p.58).

O sentido de um texto não está por trás do texto, mas à sua frente. Não é algo de oculto, mas algo descoberto à sua frente. O que importa compreender não é a situação inicial do decurso, mas o que aponta para o mundo possível, graças à referência não ostensiva do texto. A compreensão tem menos do que nunca a ver com o autor e sua situação. Procura apreender as posições do mundo descortinadas pela referência do texto. (RICOUER, 2009, p.122).

### 3.2. Fontes da Pesquisa.

As informações do objeto em estudo foram constituídas por meio de fontes primárias, a saber:

- Primária – os discursos dos usuários dos CAPS, vinculados ao Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza/ Rede Assistencial de Saúde Mental, no período em estudo, por da realização entrevistas e participação nas assembléias de usuários dos referidos serviços, além de rodo o universo subjetivos desencadeados nestas trocas com os usuários entrevistados ou não. As fontes de informações primárias do estudo serão colhidas nas entrevistas com os usuários dos CAPS de Fortaleza, via Círculo Hermenêutico Dialético (CHD), através das impressões tiradas do consenso das Construções Teóricas Narradas feitas com os usuários participantes do processo, incorporando todas as nuances subjetivas enunciadas nas relações.

O trabalho de campo ocorreu entre os meses de março a maio de 2011, sendo que as entrevistas foram realizadas durante dois meses, tempo suficiente para fazer uma interlocução com os serviços e aproximar dos usuários , via assembléias. Considero que o fato de estar mediada pela relação subjetiva com os vários atores participes da Rede Assistencial

de Saúde Mental , facilitou os processos de apropriação da realidade, mesmo com as necessidades emergentes de demanda de gestão direcionada para a pesquisadora, no caso, também , gestora da saúde mental.

Leitura e análise da Política Municipal de Saúde Mental e os relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde dos anos de 2005 a 2010; realização do Circulo Hermenêutico Dialético – CHD com usuários acompanhados pela Rede Assistencial de Saúde Mental, nos serviços CAPS.

### **3.2.1 Sujeitos convidados para a pesquisa.**

Esses autores defendem que os instrumentos de pesquisas e as técnicas a serem utilizadas para coletar os dados devem ser pensados de forma que possam ser socializados os resultados junto aos sujeitos pesquisados na tentativa de aproximá-los o máximo possível da realidade, mesmo com toda a subjetividade que se faz presente durante o processo das entrevistas. Nesta pesquisa entendemos usuários enquanto sujeitos que se destacam de um sistema comunitário fundamentado na noção de saúde mental para além da noção de pacientes que circulam articulados em torno da doença mental (BARRIO, 2004).

As entrevistas com os 12 usuários vinculados aos CAPS tipo II e/ou CAPS Gerais e aos CAPS Ad, devem possibilitar que desenvolvam suas respostas e não se sintam pressionados pelo entrevistador. Para Minayo (2000), a entrevista é uma das técnicas mais importantes para a coleta de dados, podendo ser estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. Neste processo de constituição do CHD optei por trabalhar com uma pergunta geradora aberta, sem nenhuma forma de respostas ou condições estabelecidas.

No presente estudo, consideraram-se fonte para a pesquisa falas, discursos presentes nas histórias de usuários dos CAPS que são acompanhados cotidianamente nos serviços, onde recebem formas de atenção em saúde mental.

A pesquisa será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - do TIPO II ou CAPS GERAIS, CAPS- AD que estão distribuídos na rede assistencial de saúde mental referente a uma população acima de 18 anos, com quadros clínicos associados a intensos sofrimentos psíquicos decorrentes de transtornos mentais e pelo uso abusivo de substâncias psicoativas . Para critérios de inclusão na amostra serão considerados os usuários que estão a pelo menos seis meses sendo acompanhados no serviço.

Os referidos serviços têm como referencial os documentos da política municipal de saúde mental materializada nos projetos institucionais dos serviços. Será explicado para

todos os presentes nas assembleias<sup>58</sup>, que embora atualmente participem usuários, familiares, trabalhadores e comunidade das assembleias, para efeito de escolha dos entrevistados para pesquisa, foram serão considerados apenas os usuários, visto que este foi um critério de inclusão.

Ficou acordado com os usuários que retornaria para apresentar o resultado do final do processo. Foi facultado aos usuários, após as assembleias, manifestarem o interesse de participar da pesquisa. Durante as assembleias de usuários, quando vários manifestaram o desejo de participar da pesquisa, dentro dos critérios previamente adotados, foi discutido com eles a forma de escolha. Conseguimos acordar a escolha de dois usuários pessoas para representar os demais interessados. Depois das escolhas, foram acordadas as etapas seguintes com os entrevistados escolhidos pelo o grupo de usuários presentes.

### **3.2.2. Períodos do Estudo**

O período das entrevistas foram os meses de março e abril de 2011, quando foi apresentada a pesquisa, e as escolhas dos entrevistados. Essa fase propiciará aos avaliadores a vivência e a experiência do contexto do serviço sem ainda estarem engajados nas atividades de avaliação, o que Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989) denominam de etnografia prévia. Conhecer a RASM desde 2005 facilitou este momento inicial.

### **3.2.3. Questões de Natureza Ética**

A pesquisa atendeu aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998) e a aprovação Sistema Municipal de Saúde escola da Prefeitura Municipal de Fortaleza e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC).

---

<sup>58</sup> Reunião com coletivo de pessoas: usuários, familiares, trabalhadores e comunidade com o objetivo de avaliar e discutir os rumos e entraves na assistência prestada no SUS e CAPS no âmbito da saúde mental, bem como outras pautas pertinentes e aprovadas pelo coletivo. Tem caráter consultivo/deliberativo. Deve ser registrada em ata com assinatura dos presentes. A assembléia tem caráter participativo, com decisões compartilhadas, democratização da palavra e consenso ou votação para a tomada de decisão sobre algum ponto. A coordenação e secretaria dos trabalhos devem ser escolhidas no início da reunião e alternadas periodicamente, conforme decisão do coletivo. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

### 3.3 O caminho percorrido durante o Círculo Hermenêutico Dialético – CHD.

Utilizaremos a técnica do Círculo Hermenêutico Dialético (CHD), do método pluralista construtivista ou de quarta geração de Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989), que descrevem o círculo hermenêutico dialético como um método que coloca em ação os autores sociais através de um vaivém constante que permite a captação da realidade em estudo através de uma análise que se configura no encontro entre os grupos pesquisados.

A avaliação de Quarta Geração , desenvolvida por Guba e Lincoln (1989, 1988), adaptada por Wetzel (2005), deverá nortear esta pesquisa Consite numa avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos *a priori* e a avaliação responsiva os determina por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse. Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989).

Kantorski (2009), na leitura dos referidos autores afirmou que nos modelos tradicionais os parâmetros e limites são definidos *a priori* e a avaliação responsiva os determina por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse.

Esses grupos são formados por pessoas com características comuns, que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, e estão, de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989).

Os autores afirmam que a proposta desse processo não é justificar uma determinada construção ou atacar as fraquezas de outras, mas construir uma forma de conexão que leve à exploração mútua de todas as partes. Assim, defendem que o CHD:

É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese. O objetivo é alcançar um consenso, quando possível; quando não, expor e esclarecer as diferentes visões. Caso o processo tenha êxito, é porque todas as partes (incluindo o pesquisador) reconstruíram as construções iniciais, permitindo o desenvolvimento e aprimoramento de todos os envolvidos no processo avaliativo. . Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989).

Para permitir trocas e construir relações que possibilitem compreender precisamos de técnicas que permitam lidar com processos em movimento, de transformações constantes, olhares diversos, sujeitos com incompletudes. Para Oliveira (2008), na sua leitura de Allard (1997), um dos estudiosos do CHD, essa técnica aponta nesta direção:

O círculo hermenêutico-dialético é um processo de construção e de interpretação hermenêutica de um determinado grupo {...} através de um vai-e-vem constante entre as interpretações e re-interpretações sucessivas (dialética) dos indivíduos Oliviera (2008,p.50-51 *apud* ALLARD,1997).

E ainda faz referência aos autores ao afirmar que a técnica não tem nenhum esquema fechado, podendo ser feitas adaptações à realidade. A aproximação com os participantes da pesquisa, no caso os 12 entrevistados, assim como as relações de trocas durante as assembléias dos usuários, possibilitou a aproximação das compreensões sobre o tema em questão, de acordo com a proposta da hermenêutica ricoueuriana. Durante as assembléias dos usuários, os próprios usuários presentes foram definindo as formas de escolha dos entrevistados, em decorrência deste processo participei de 17 assembléias dos usuários, distribuídos em 12 serviços CAPS.(Conforme Quadro 1).

**Quadro 1 – Entrevistado dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza/ Rede Assistencial de Saúde Mental, participantes do Circulo Hermenêutico Dialético - CHD, realizado de março a abril de 2011.**

Entrevistados	Construção Teóricas das Entrevistas	Tipo de CAPS	Tempo no Serviço	Hipótese Diagnóstica	Número das assembleias
Entrevistado 1(E1)	<b>Construção das Entrevistas 1 (C12)</b>	CAPS AD	5 anos	Uso abusivo de Substâncias psicoativas.	02
Entrevistado 1(E2)	<b>Construção das Entrevistas 1 (C1)</b>	CAPS AD	3anos	Uso abusivo de Substâncias psicoativas	01
Entrevistado 1(E3)	<b>Construção das Entrevistas 1 (C2)</b>	CAPS GERAL.	6anos	Esquizofrenia	01
Entrevista do 1 (E4)	<b>Construção das Entrevistas 1 (C3)</b>	CAPS GERAL	4 anos	Depressão	CMS
Entrevistado 1 (E5)	<b>Construção das Entrevistas 1 (C4)</b>	CAPS GERAL	3 anos	Esquizofrenia	03
Entrevistado 1(E6)	<b>Construção das Entrevistas 1 (C5)</b>	CAPS AD	3 anos	Uso abusivo de Substâncias psicoativas	01
Entrevistado 1(E7) Alan A.O.G	<b>Construção das Entrevistas 1 (C6)</b>	CAPS AD	2 anos	Uso abusivo de Substâncias psicoativas	01
Entrevistado 1(E8)	<b>Construção das Entrevistas 1 (C7)</b>	CAPS GERAL	3 anos	Esquizofrenia	01
Entrevistado 1(E9).	<b>Construção das Entrevistas 1 (C8)</b>	CAPS AD	4 anos	Uso abusivo de Substâncias psicoativas	01
Entrevistado 1(E10).	<b>Construção das Entrevistas 1 (C9)</b>	CAPS GERAL	5 anos	Esquizofrenia	03
Entrevistado 1(E11).	<b>Construção das Entrevistas 1 (C10)</b>	CAPS AD	3 anos	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	01
Entrevistado 1(E12)	<b>Construção das Entrevistas 1 (C1)</b>	CAPS GERAL	1 anos	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	01

**Fonte:** “Pesquisa:” Desvelando as compreensões dos usuários<sup>59</sup> dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Fortaleza sobre a atenção em saúde mental”.**Legenda:**1. CAPS – Centros de Atenção Psicossocial 2. SMSE– Sistema Municipal de Saúde Escola.3.RASM - Rede assistencial de Saúde Mental

<sup>59</sup> Nesta pesquisa entendemos usuários enquanto sujeitos que se destacam de um sistema comunitário fundamentado na noção de saúde mental para além da noção de pacientes que circulam articulados em torno da doença mental, que advogam um lugar de direito e cidadania

Em dois dos CAPS, os usuários estavam com demanda ligadas a gestão da saúde mental de Fortaleza, então foi necessário garantir a escuta das demandas de gestão, amenizar as necessidades dos usuários com a gestão, para numa outra assembleia de usuários discutir sobre a pesquisa. Em outros dois serviços CAPS, os usuários sugeriram discutir sobre a atenção em saúde mental e em seguida fariam as escolhas dos representantes para participarem da pesquisa por conta desta proposta do grupo retornei numa outra assembleia. Em outro serviço CAPS, os usuários resolveram que cada interessado em participar da pesquisa, fariam uma fala sobre o “porque” gostariam de participar da pesquisa. Então o tempo da assembleia dos usuários não foi suficiente para a escolha de dois representantes e voltei numa outra assembleia. A aplicação prática do CHD, permite que ao ser apresentada a pesquisa, seja discutida a forma de organização da própria pesquisa.

O círculo hermenêutico dialético é uma relação constante entre pesquisador, entrevistados e comitê de pilotagem ou grupo de apoio, configurando-se como um processo dialético que supõe constantes diálogos, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas. (OLIVEIRA, 2008 p.131).

A aplicação do CHD requer uma forma se socializar os resultados juntos aos sujeitos pesquisados no sentido de clarificar os aspectos subjetivos compartilhados durante os processos por todos os implicados. Delineando e concebendo a avaliação como um processo participativo e inclusivo, visando à detecção e à consideração das percepções, valores e questões dos grupos de interesse envolvidos com um dado programa, bem como incluindo o maior número de atores no processo, sejam usuários, familiares, gestores e outros que tenham interesse na utilização efetiva dos resultados do processo avaliativo. Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989). Durante a seleção dos entrevistados nas assembleias dos usuários foi acordado o compromisso de retornar, em outro momento para apresentar os resultados para os usuários dos serviços.

A proposta de oportunizar as escolhas dos usuários durante as assembleias causou certo estranhamento em alguns profissionais e gestores, que chegaram a sugerir a indicação, pois conheciam os que tinham mais capacidade de elaboração, tempo de serviço, capacidade de comunicação, dentre outras. Foi explicitada a metodologia para os profissionais e gestores e continuei com as etapas das pesquisas. Segundo os gestores, algumas pesquisas realizadas nos serviços, que envolviam usuários, os próprios gestores costumavam indicar os nomes para as entrevistas. Considerando que estava tentando assumir a condição de pesquisadora, procurei não fazer nenhum tipo de intervenção como gestora durante os momentos das entrevistas e também durante as assembleias, a ponto de precisar ir duas vezes antes e somente na terceira vez conseguir falar da pesquisa. Utilizei a estratégia de esgotar todas as



demandas de fala dos usuários para a gestão e somente depois voltar a falar da pesquisa, propriamente dita.

Nos processos avaliativos que envolvem usuários, os mesmos não devem ser vistos apenas como objeto de pesquisa, mas como co-condutores do processo, fontes de informações e de transformação da realidade. (FURTADO, 2006, p.197). Propicia, ainda, que os sujeitos partilhem decisões, exerçam controle sobre o projeto de avaliação, se apropriem dos diferentes passos da avaliação e que tenham honradas suas participações por intermédio da interpretação hermenêutica e da compreensão dialética que busca trabalhar os conflitos e gerar os consensos possíveis. ( KANTORSKI, et.all, 2009).

Os autores percebem como limitações da metodologia o fato de que o processo hermenêutico-dialético, por ser aberto e não definir o foco de avaliação *a priori*, acumula uma grande quantidade de dados, que limitações de tempo e recursos não conseguem avaliar. A participação dos representantes de diferentes segmentos nos processos avaliativos tem sido defendida por Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989).

Nesta pesquisa foram realizadas 18 entrevistas, sendo que foram escolhidas 12 para análise e compreensão dos dados. Considero importante manter um distanciamento, um estranhamento frente aos dados obtidos para poder tentar compreender, mas muito importante também ter internalizado que a subjetividade do pesquisador está presente em todas as escolhas que precisa fazer, portanto uma via de mão dupla entre os envolvidos.

Para esta pesquisa foram escolhidas 12 entrevistas que se entrelaçam à medida que transcorre a dinâmica proposta na técnica do CHD, com 12 usuários <sup>60</sup> acompanhados nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS Gerais e nos Centros de atenção Psicossocial – CAPS Gerais, onde foi construído um Circulo Hermenêutico Dialético - CHD, conforme a Figura 3. Na referida abaixo, o primeiro círculo pontilhado representa o grupo de entrevistados; o segundo círculo simboliza a dinâmica do vaivém das construções e reconstruções teóricas (síntese de cada entrevista e por grupos). Todos os usuários do CAPS ad e/ ou CAPS gerais são representados pela letra E (participante), e a síntese das entrevistas por C (construção teórica narrada). Assim procedendo, teremos na Figura 3 citada: o resultado da primeira entrevista (E1) foi apresentada ao segundo usuário, no caso entrevistado (E2), que após narrar as suas compreensões, recebia a síntese da entrevista anterior (C1), apresentada em forma de narrativa e em seguida fazia seus comentários, juntando novos elementos. No caso citado é representado por (C1), representava já uma Construção Teórica

---

<sup>60</sup> O termo usuário foi introduzido pela legislação do SUS ( leis n.8080/90 e 8.142/90), no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um 'paciente'. A expressão acabou sendo adotada com sentido bastante singular no campo da saúde mental e atenção psicossocial, na medida que significava um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico.(AMARANTE,2007,p.82-83.)

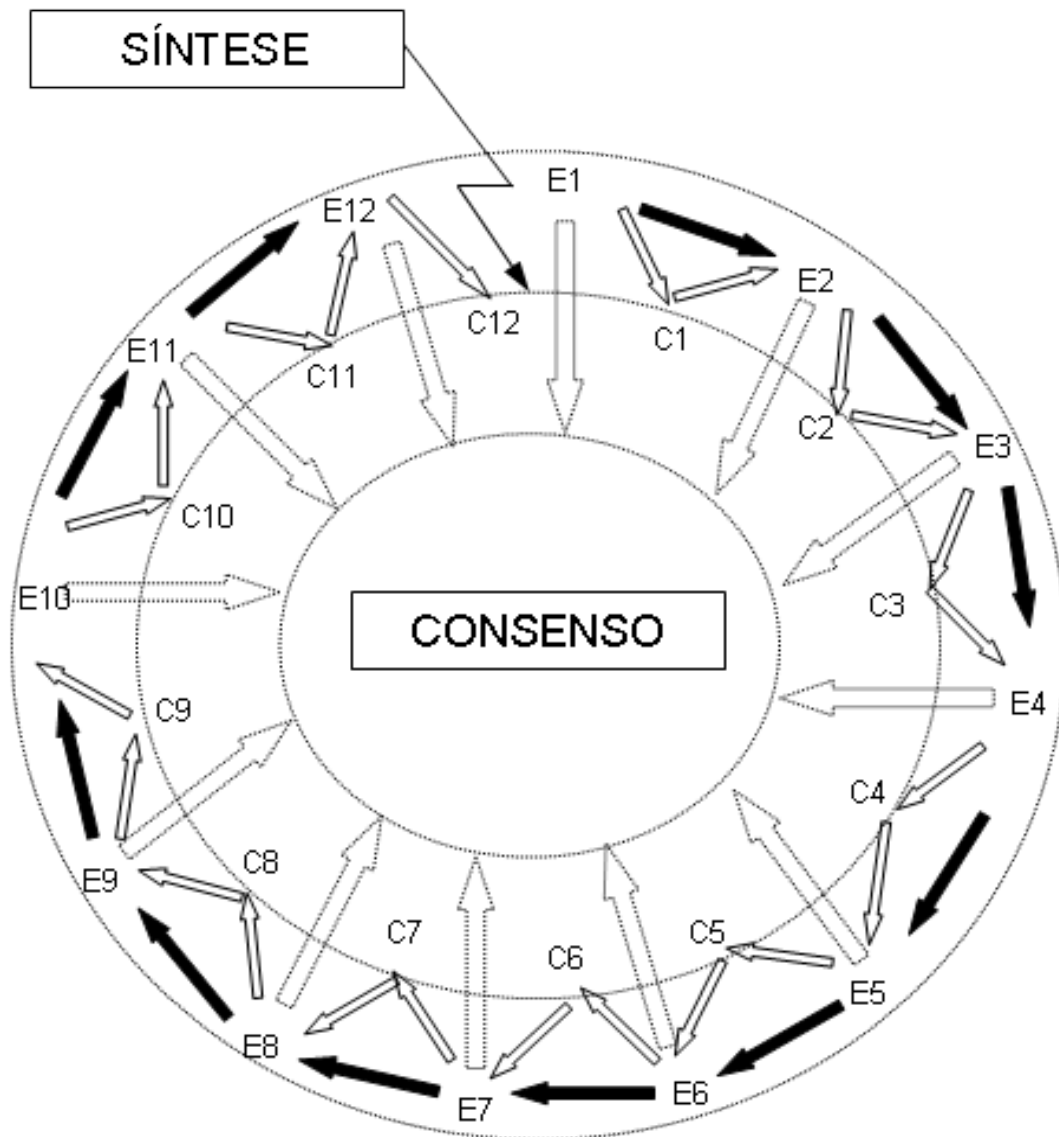
Narrada, já mediada pela as compreensões do pesquisador e assim sucessivamente até o último entrevistado. No terceiro círculo foram condensadas as sínteses das entrevistas, onde foram sendo clarificadas as possibilidades de consensos, ou não. Foi acordado com os entrevistados que será apresentado o resultado global das entrevistas realizadas, para todos os participantes das assembléias. Os autores defendem o consenso como resultado final da aplicação da técnica do Circulo Hermenêutico Dialético – CHD e ainda sugerem que uma das etapas seja reunir os grupos de entrevistados na presença da pesquisadora (moderadora), uma observadora e uma anotadora. Kantorski.et.all (2009 *apud* GUBA ; LINCOLN, 1989). Nesta pesquisa fiquei somente com os resultados da aplicação do Circulo Hermenêutico Dialético – CHD, mas pretendo continuar mais adiante com a continuidade da pesquisa.

Neste momento o texto, que vamos fazer as articulações baseado nas falas trazidas pelo os sujeitos da pesquisa, no caso entrevistados E1 até E12, assim como descrito Circulo Hermenêutico Dialético – CHD. Neste caso estamos seguindo o caminho hermenêutico de passar várias vezes pelo mesmo lugar, onde os entrevistados podem fazer novas reflexões sobre suas falas. No momento das Construções Teóricas Narradas (C), estava presente a subjetividade da pesquisadora que foi parte integrante das escolhas dos fatos a serem narrados. De forma que nas Construções Teóricas Narradas (C), que recebiam estavam presentes as compreensões dos entrevistados e da pesquisadora. Neste momento o texto tornar-se implicação do entrevistado, do pesquisador que passa a ler o texto em forma de narrativa verbal, das questões que vão surgir deste momento de partilha. Em certo sentido o texto não mais pertence ao autor primeiro e assim a narrativa torna tempo atual, o tempo de quem narra e tempo de quem se fala. Seria o texto narrado uma forma de discurso que se torna livre da sua própria criação. Para Ricouer, (2009):

“ O discurso é produzido como um evento compreende-se como significação. [...] Compreender o sentido do locutor e compreender o sentido da enunciação constituem um processo circular. (RICOUER,2009.p.102).

De posse da transcrição do material gravado em cada entrevista, foram transcritas, realizada as Construções Teóricas Narradas (C), seguindo o referencial teórico de Ricouer, para depois serem apresentadas aos entrevistados, na perspectiva de também aproximar do consenso entre as narrativas, agora tornadas textos para os usuários. As Construções Teóricas Narradas (C) são as entrevistas transcritas em forma de narrativa escritas, que eram apresentadas ao E2 após a sua entrevista do E1 e assim sucessivamente.

**Figura 3: Círculo hermenêutico dialético**



Procedimento metodológico - E = entrevistado; C = construção teórica.

**Fonte: Guba e Lincoln 1989**

A ampliação dos entrevistados podem ser ampliados ou reduzidos, em decorrência do processo da pesquisa, corroborando a posição de que na abordagem qualitativa busca-se uma amostragem ideal que possa refletir a totalidade nas suas diversas dimensões (MINAYO, 2000).

A pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS que estão distribuídos na Rede Assistencial de Saúde Mental. Para a escolha dos entrevistados para participarem do Círculo Hermenêutico Dialético – CHD foram considerados os seguintes critérios:

- 1 Estar há mais de meses sendo acompanhado nos serviços, com idade acima de 18 anos, com quadros clínicos<sup>61</sup> decorrentes de transtornos mentais ou quadros clínicos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas;
- 2 Estar presente na Assembléia dos usuários dos CAPS no momento da escolha;
- 3 Ser escolhido pelo os usuários nas Assembléias, sendo a forma de escolha acordada durante as assembléias;
- 4 Nos serviços que não for possível escolher nas Assembléias, escolher um representante do Conselho de Saúde do CAPS;
- 5 Fazer a escolha do entrevistado, independentemente da questão de gênero, idade e condição salarial; e
- 6 Considerar a participação usuários por Secretaria Executiva Regional como forma de garantir representação de todos os serviços;

O uso dos critérios acima explicitados evidencia que a escolha dos participantes do Circulo Hermenêutico Dialético - CHD, orientada pelos objetivos deste estudo.

Nas entrevistas foi apresentada a seguinte questão norteadora: Fale sobre o que você compreende sobre a atenção em saúde mental?

Dependendo das relações estabelecidas outras questões de foram sendo apresentadas mediadas pelo o transcorrer da entrevista. Como por exemplo: Como vocês se sentem aqui? Fale como foi a vinda para o CAPS? O que entendem do atendimento que recebem no CAPS? Como é o dia-a-dia no CAPS? Fale um pouco sobre as formas de atendimentos que já recebeu?

As razões para pesquisa se dão a partir da pergunta primeira sobre o desvelar da compreensão dos usuários sobre a atenção em saúde mental, as interfases da trajetória dos usuários no sistema municipal de saúde, o correlacionando à possível compreensão com os “modelos” de atenção em saúde mental existentes, a partir das falas tornadas textos.

Essa forma de apreender a realidade permite dialogar com concepção de verdade que pretendemos atingir no percurso da pesquisa:

---

<sup>61</sup> Nos serviços CAPS, são considerados para efeito de preenchimento das APACS, os seguintes diagnósticos psiquiátricos atuais conforme Código Internacional das Doenças - CID 10 – Transtornos Mentais e Comportamentais. Os diagnósticos Psiquiátricos são: transtornos mentais orgânicos, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, transtornos de humor ( afetivos), transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao ‘stress’, transtornos somatoformes, transtornos de personalidade e do comportamento do adulto.

[...] a ‘verdade’ é definida a partir de construções individuais e coletivas. A epistemologia, nesta perspectiva é subjetivista, o que significa considerar a interação e reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade. Desaguamos assim em uma metodologia que podemos chamar hermenêutica crítica e narrativa, envolvendo contínua e dialética interação, análise, crítica, intervenções e novas análises dos dados e informações gerados (FURTADO, 2008, p.199).

Ao apresentar a Construções Teóricas Narradas (C) a todos os usuários entrevistados, cujo o objetivo era formar um todo das falas narradas, que se constroem em relação.

“È, pois, um discurso feito por um narrador e um receptor. Mas para análise estrutural, os dois interlocutores não se devem procurar em mais nenhum lugar a não ser no texto. O narrador é designado pelo os seus signos narrativos, os quais pertencem também à genuína constituição da narrativa.” (RICOUER, 2009, p.119).

A perspectiva de transformar as entrevistas em narrativas para serem apreciadas pelos os partícipes da pesquisa, visa a apropriação dos saberes e práticas cotidianas, nas falas dos sujeitos em relação, enfim, compreender as práticas e saberes, considerando a perspectiva dos usuários (BARRIO,2004).

Pretendo para interpretação os dados, articular com os referencias de analise da abordagem hermenêutico ricoeuriana, proposta por Ricouer , segundo posso dizer que as narrativas são construídas a partir dos discursos dos usuários, acessada de foram direta via as entrevistas de campo. Estando com o desafio de conseguir realizar o estudo de conceitos, de práticas e para a elaboração de linhas interpretativas, sobre o meu objetivo primeiro, compreender sobre a atenção em saúde mental. Para Ricouer, as narrativas nada mais são do que “histórias não (ainda) narradas”, cuja vinda à tona explicitaria e tornaria públicas práticas que já estão inseridas no social. A distância necessária entre fato e interpretações seria propiciada pela fixação textual pela escrita. Dessa forma , quando falamos de algo, é porque o fato não mais está situado em sua circunstância de ocorrência, mas em algum lugar do passado.

Para Ricouer podemos falar de três estágios, sucessivos e contínuos, em que pode se basear o movimento reconstrutivo da experiência por meio da mediação do texto. Do emaranhado de intrigas em que está mergulhada a vida real, no senso comum (mimese I) emergem narrativas, cuja construção em forma de tessitura (mimese II) pode ser entendida como intermediária entre a linguagem e a ação. Depois, no ato da leitura a narrativa é devolvida ao tempo da ação (mimese III) e pontua que:

È tarefa da hermenêutica reconstruir o conjunto das operações pelas quais uma obra se destaca do fundo opaco do viver , do agir, do sofrer, para ser dada por um autor a um leitor que a recebe e assim muda seu agir. .” ( RICOUER, 2010,p.94).

Nesse sentido, os textos são processos miméticos que permitem ao pesquisador a aproximação a versões de mundo presentes nas experiências cotidianas. A leitura da primeira narrativa permitiu que os sujeitos da pesquisa reconhecessem seu discurso e refletissem sobre suas ações, de maneira que o círculo metodológico não se tornasse vicioso, já que passou pelo mesmo ponto sempre em uma altitude diferente em termos de entendimento. (RICOUER, 2011).

#### **4. COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.**

Analisar junto com os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza/ Rede Assistencial de Saúde Mental, sobre a compreensão que tem sobre atenção em saúde mental, representou momentos de trocas e aproximações, que reafirmaram a importância da própria pergunta investigativa. Despertou a necessidade de novas construções teóricas no campo da saúde mental, que de fato leve em consideração o saber dos usuários.

Para dialogar sobre a compreensão da atenção em saúde mental, reafirmo os saberes instituídos no campo da saúde, especialmente com foco na saúde mental. Paralelamente, junto e ao mesmo tempo, articulando com a hermenêutica ricœuriana, que julgo apropriado para embasar o caminho metodológico desta pesquisa, pois permite realizar aproximações com as histórias narradas pelo os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS . As principais idéias compreensivo- hermenêuticas decorrentes das significações das falas , decorrentes das narradas, o consenso ou não dos usuários , evidenciados em transcrições, tornadas textos escritos em seguida , recortam suas vidas cotidianas no processo da intersubjetividade.

Espero no decorrer do texto, balizada pela aproximação que tento fazer com as falas narradas, tornar passível a realização de ancoras com os objetivos do estudo, a partir dos usuários entrevistados, desenhar um percurso sobre a compreensão da atenção em saúde mental, fazendo o estranhamento possível, que me permita compreender como compreendem.

Assim, na perspectiva de desvelar estas compreensões, não há a pretensão de encontrar uma verdade única, mas quantas verdades apareçam e sempre que as verdades se encontrarem possa surgir, então, um ponto de apoio e de encontro em torno de uma verdade coletiva, representativa do pensar, do vivenciar de todos.

Então, no momento que me disponho a não querer uma verdade única, me aproximo das possibilidades de “verdades”, uma compreensão única, por isso o título fala das ‘compreensões’ dos usuários.

Vou chamar de verdades em textos, pois no momento da escrita das falas em textos, já não nós pertencemos apenas para nós mesmos, passamos a fazer parte da vida dos leitores. Estamos inscritos de alguma forma, mas em outras dimensões, as dimensões subjetivas. Estamos passando da ação para significação. O texto resignificado pela subjetividade dos entrevistados e do pesquisador tornar-se num novo acontecimento, que agora é de todos ao mesmo tempo, portanto não é de ninguém em especial. Para Ricouer este

momento do percurso interpretativo do discurso hermenêutico pode ser descrito em fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação que descreveria melhor as nossas pretensões.(RICOUER, 1978)

Os discursos dos usuários dos CAPS representam para cada um deles, sua verdade, mas não acham que são as únicas verdades existentes. Desde o início nas Assembléias de usuários, onde foram escolhidos pelo os participantes presentes nas assembleias, para participar da pesquisa, os próprios usuários sugeriram mudanças no percurso de escolha dos futuros entrevistados. Em uma das assembleias, foi acordado que eles primeiro fariam uma discussão sobre a atenção em saúde mental, entre todos os presentes e somente depois fariam a escolha de dois usuários. Em outra, todos os entrevistados interessados tiveram que dizer o que entendia sobre o tema, explicando porque motivo se achava capaz de representar os demais e em outra assembleia fariam as escolhas.

As ferramentas para de controle social da política de saúde mental de Fortaleza, além das assembleias, incluem os de Conselhos Locais de Saúde do CAPS, por isso um dos CAPS não estava realizando assembleia , sendo escolhida um representante do Conselho para a participação na pesquisa. As assembleias dos usuários nos serviços aconteceram de diversas formas: algumas tinham profissionais, usuários, familiares, comunidade: outros somente usuários, onde tinha apenas um profissional acompanhando; outras tinham a presença de conselheiros de saúde; outras se confundiam com as assembleias dos CAPS e um serviço não realizou assembleia.

Embora as assembleias sejam uma diretriz da organização do serviço, ainda não acontece no cotidiano de alguns serviços, tem uma escala para acontecer, mas não é priorizada pelo o serviço. Em alguns serviços a assembleia dos usuários contava com a presença de muitos profissionais do serviço, nestes casos percebi que os usuários ficavam esperando a iniciativas dos profissionais, diferentes dos que tinha apenas um ou dois acompanhando os processos, os usuários demonstravam mais independência nas falas, nas reivindicações, ficando mais a vontade para reclamar dos próprios profissionais e ou das atividades desenvolvidas nos serviços.

Nesse sentido, as assembleias dos usuários durante todo o circulo de entrevistas , não apareceu como dispositivo transversal ,que fizesse parte do cotidiano dos usuários, como esperado pela gestão da saúde mental. Durante as participações nas assembleias nenhum usuário reclamou das irregularidades nas assembleias, este fato não foi problematizado por nenhum dos atores envolvidos. A ausência nos discursos usuários sobre a própria estruturação das assembleias pode ser um reflexo dos processos de compreensão sobre a atenção em saúde mental



No entanto no universo de significação das falas, que moveram estes tempos de intersubjetividade, pretendo dar conta desta aproximação em seis unidades temáticas, que estão separadas por uma questão de clareza metodológica, mas entendendo que todas fazem parte de unidade.

#### **4.1. As compreensões sobre atenção em saúde mental.**

Para os usuários as compreensões sobre a atenção em saúde mental se materializam numa atenção acolhedora, humanizada e de aceitação das condições subjetivas, sociais, espirituais transcritas nas suas histórias de vida. De fato as questões estruturais<sup>62</sup>, a exemplo da falta de alimentação, vales transportes, são importantes e reivindicados, mas não aparece como sendo prioritário, como fundamental, na forma como compreendem a atenção. Para os usuários a questão da liberdade e as possibilidades fazer escolhas, são os aspectos mais significativos nas falas. Assim, todas as formas de manipulação, tutela, estigma, sejam de profissionais, familiares, vizinhos e comunidades são consideradas como não atenção em saúde mental. Foi se construindo nas falas, argumentos que levaram a descrição de algumas características, algumas atitudes, algumas ações que levariam para uma aproximação destas compreensões.

As falas dos usuários reafirmam algumas pesquisas realizadas em outros tempos e lugares, onde os usuários estão empoderados<sup>63</sup> na defesa dos seus direitos sociais especiais<sup>64</sup>, o que de fato tem mais significação, aqui também, é o pertencimento, a aceitação das singularidades, é a posse de um novo lugar sobre a loucura e das diferenças. (VASCONCELOS,2008.)

[...] Aqui não, aqui você é livre, você vem, tem o dia do grupo, vai participa, tem o dia da reunião, tem os passeios que gente faz. Mas a gente tá sempre retornando para casa, porque na realidade é aonde a gente quer tá, a onde a gente se sente segura.(E4)

[...] pra começar o que me pega aqui é a fraternidade, porque eu não reclamo porque não tomo um cafezinho numa mesa. [...] me deram tanta fraternidade e eu chego até

<sup>62</sup> As condições estruturais citadas foram: alimentação, vales transportes, material de oficinas, limpeza das psicinas, carros para visitas domiciliares, falta de profissionais.

<sup>63</sup>“Empoderamento significa “aumento do poder” e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (Vasconcelos, 2008, p. 20).

<sup>64</sup> “Direito ao tratamento específico e suporte previdenciário definitivo e ou provisório; serviços de atenção psicossocial; serviços residenciais; esquemas especiais de trabalho; auxílios específicos (transporte, por exemplo) etc.”(VASCONCELOS, 2008, p.20).

dizer pra doutora que lá fora durante a primeira vida, segunda vida, terceira vida e a atual eu nunca tive tanta fraternidade como tou tendo aqui né, não babando não, é a verdade.”(E6).

[...]– É, mais apoiado do que tando em casa, tando fora daqui né. [...] ainda, é, eu, é assim vamo dizer o CAPS é a minha segunda casa, né...( E5).

[...] o que eu entendo, na questão da saúde mental, é que as pessoas que cuidam da gente, os profissionais eles tem um carinho muito grande por nós e uma atenção muito grande por nós.Eles aceitam a gente com os transtornos que a gente tem, com as crises que a gente tem, eles procuram contornar.(E5)

Quando a busca por direitos fica restrita aos “direitos sociais especiais”, o foco fica mais voltado para a busca de necessidades imediatas de aspectos técnicos assistenciais, distanciando-se da lógica de se tornar parte da história, com potencial de transformação da realidade. Para visualizar a atenção em saúde mental de forma integral, torna-se fundamental articular os direitos sociais coletivos, que estejam atentos com as necessidades dos demais usuários, solicitando participar das atividades na comunidade, buscando atuar enquanto sujeito da comunidade, sujeitos reflexivos e operativos, muito bem lembrado pelo os autores respectivamente. (GOIS, 2008) (CAMPOS, 2006).

[...] – ah você tem que sair daqui, tudo bem tem que sair que a gente não vai ficar a vida toda no CAPS né, mas pra isso, pra motivar o pessoal tinha que ter um curso profissionalizante tipo assim mecânica e principalmente na área de, tipo assim que eu achava legal que o CAPS fizesse uma parceria sabe com quem? Com o SINE. (E7)”.

Todos reconhecem que houve uma maior atenção em saúde mental, principalmente com os CAPS, sendo praticamente o único serviço citado e sempre comparado com as instâncias psiquiátricas tradicionais. Não aparece nos discursos nenhuma problematização sobre as residências terapêuticas, ou leitos em hospitais gerais, o que nos faz pensar usuários não compreendem outros serviços, estão muito focada na atenção centrada no CAPS, há praticamente uma dicotomia entre CAPS e Hospital psiquiátrico e os demais serviços substitutivos não são citados.

[...] o serviço da saúde mental em Fortaleza, ele, tem, melhorado bastante, bastante, né? Porque graças a Deus eu nunca fui internado não, mas pelo o que eu já convivi, com pessoas que foram internadas antigamente, antigamente não ti...era mil vezes pior do que é hoje, né? (E2).

[...]– Eu, eu acho que esse lance foi bom prá tirar a gente do hospital, né, porque o que tá acontecendo ai no hospital, é que muita gente que, pelo tempo que eu fiquei, tinha umas pessoas que ficava amarrado né, ai ficava abandonado, a família não ligava, ficava assim, sujo né, jogado num canto assim, tá feia a coisa pro nego, assim, coisa que acontecesse levar pro CAPS, ai foi até uma boa pra nois, sair do hospital ( E5).

A idéia do CAPS sendo a segunda casa, foi outra temática bastante enfatizada. Enquanto *casa afetiva*, um lugar onde as pessoas recebem ajuda, mas principalmente enquanto lugar de troca de afetos, entre eles mesmos. Para a grande maioria dos usuários os vínculos se restringem as redes de relações aos outros usuários dos CAPS e aos profissionais, a vendedora de café que fica em frente, o motorista do ônibus da sua linha, o motorista do carro das visitas, enfim as pessoas que estão na circularidade dos serviços.

[...] então foi aqui onde eu encontrei pessoas que realmente me ajudaram todas, não tiro nenhuma, do faxineiro até a coordenadora né, onde eu encontrei forças para que eu continuasse sem meus vícios, então um lugar igual a esse aqui porque quando eu encontro pessoas que dizem, que fala que o CAPS não vale nada e não ajuda ninguém, que o CAPS não presta, aquilo ali me doi sabe porque? Porque eu sou testemunha de que tudo que eu passei aqui hoje eu venci né..(E11).

[...] É muito bom essas casa assim de ajuda, CAPS Ad sabe, pra quem quer mesmo é a coisa melhor que tem a pessoa deixar de usar droga é chegar aqui..(E9).

[...] Eu encontrei um local onde eu tou sendo tratado.”(E6).

[...] de a gente aprender mais as coisas, pra gente parar de se lembrar das coisas do passado, é, tem hora que...que eu penso em desistir, né, quando amanheci o dia ai eu venho pro CAPS, lá tem amigo, dá pra conversar, lá com algumas pessoas, como tem amigo...tá acontecendo isso, né...( E5).

As famílias fazem grande diferença no apoio recebido, nos momentos que precisam de atenção, em especial nas crises. As famílias se constituem enquanto suporte afetivo - terapêutico bastante significativo. O distanciamento, rejeição das famílias para alguns, é compensado pelo afeto recebido nos serviços.

[...]Eu entendo assim que apesar das coisas que eu passei e de nunca ter sido internado se não fosse minha mãe eu acho que teria sido internado pelos meus parentes, se não fosse do meu lado quando eu tava com agressão e não querendo fazer nada e qualquer coisa que eu sentia ela tava lá, ela tentava de tudo, mas apesar de que não se encaixava né e a presença dela ali e eu sabia que tinha alguém do lado.(E8).

[...] Me sinto bem, aqui é uma família, se eu estou mal elas chegam junto. (E11)

[...] O CAPS logo quando eu cheguei, eu cheguei totalmente desorientada né, eu vim inclusive de uma internação com oito dias e essa internação pra mim foram muitos anos da minha vida e que eu jamais vou querer outra internação dessa, foi assim um inferno, porque lá pra mim foi um inferno, uma experiência que eu não desejo pra ninguém, então foi aqui onde eu encontrei pessoas que realmente me ajudaram, logo no começo era a minha casa porque eu estava brigada com o meu marido, aliás, eu vinha de um internamento.(E11)

Dentre as diretrizes da política de saúde mental do município, as reuniões, rodas, grupos de famílias são citados com fazendo parte do cotidiano dos serviços. Há o entendimento de que a atenção inicial possa começar com as famílias, principalmente quando

há uma recusa ao tratamento. A proposta é garantir uma atenção as famílias para que possam paulatinamente chegar aos usuários, que não querem conhecer o serviço dos CAPS. Não aparece diferenças entre os usuários com transtornos mentais, ou usuários de drogas, quando o quesito é recusa ao tratamento.

[...] minha família comigo, desabafando porque lá fora eu não tinha ombro pra chorar e aqui eu tenho ombro pra me apoiar e eu tenho onde me apoiar, aqui é uma ponta de apoio o CAPS pra mim, eu não posso falar pelas outras pessoas, eu sempre falo por mim né.”(E6).

Também compreendem a atenção em saúde mental como algo que assegure experiências de crescimento pessoal, aprendizagem de processos sobre os transtornos, e à medida que passa o tempo, conseguem lidar melhor com suas atitudes, comportamentos.

[...] Eu aprendi muita coisa aqui, eu aprendi a crescer. Porque quando eu entrei aqui, eu totalmente infantil. [...] E aprendi a aceitar as pessoas como elas são, certo? Aqui eu aprendi isso porque antes de entrar aqui, eu não me relacionar com as pessoas, sabe? Eu não entendia as pessoas. Eu não sabia porque eu era desse jeito e as eram de outro ,né?. (E4).

[...] até pra mim conversar mais porque quando você usa muito você fica muito preso né e assim, eu acho legal o CAPS porque eu até me soltei mais, porque antes eu era muito preso, muito tímido e quando cheguei no grupo era muito preso e até pra conversar mais e é bom pra mim porque até eu converso mais e tudo.(E7)”.

[...] Estudando lá em casa, justamente sobre saúde mental, Sabe? Vou na internet ,pesquisei sobre saúde mental, sobre os transtorno que existem, entende? Sobre o meu também eu estudei, até para me aprender a conviver com o que eu tenho, porque se eu não conviver com o que eu tenho, ai vai ser complicado. (E4).

[...] eu mudei muito depois que cheguei aqui eu era uma pessoa, eu era muito arrogante, qualquer hora eu exploda, não agüentava, era brigando, era falando alto, não tinha paciência mas graças a Deus, eu, eu depois que eu to aqui, tá com bocado de tempo que eu no bato, não tive nenhuma recaída, não tive nenhuma recaída, não to, não to mais mexendo nas coisas como eu mexia antigamente tirava dinheiro, de tiragem, não to tirando, não to bebendo, to vivendo normalmente, namoro.(E7).

#### **4.2. Os tempos quebrados: conflitos entre as ofertas e as necessidades subjetivas de receber.**

Estou nomeando de tempos quebrados, os discursos contraditórios entre o que é ofertado como a atenção por parte dos profissionais, e por outro lado como essas ações e atitudes são compreendidas pelo os usuários, que se colocar como interlocutor e não apenas como mero receptor.

Para Ricouer (2010), fala que ocorre o processo ocorre a dialética de sentido e de referência, sendo que o que precisamos tentar compreender são os processos entre os dois, compreender a zona de tempo que dar significado ao discurso, tentando dar visibilidade as

metáforas, os símbolos, a linguagem. As impossibilidades de aproximações vão distanciando cada vez mais os usuários de compreender suas necessidade , é preciso para além das falas, penetrar no mundo vivido e apropriar-se das suas nuances de intersubjetividade. Aparece nas falas uma solicitação de horizontalidade nas relações com os profissionais, que tem tido pouco eco por parte de alguns, levando a relações conflituosas expressadas ou velados.

[...] os profissional às vezes pega muito no pé da gente mesmo e isso sufoca, certo, porque se a gente chega atrasado eles brigam, eles gritam, eles querem saber porque a gente se atrasou e tudo, querem que a gente obrigatoriamente dê satisfação de atraso e quando eles atrasam a gente não pode perguntar porque eles atrasaram, entendeu, porque tem grupo que é marcado pra oito horas da manhã e o profissional vem chegar quase nove horas, e a gente não pode atrasar e eles sim podem, isso é que eu acho errado né. (E4) (Retorno).

[...] É, nada de discriminação, porque eles não tratam a gente com discriminação, tem outros aqui que gostam de jogar as coisas na cara da gente. Tem umas pessoas que passa o dia todo, né, aqui no CAPS, né, ai eu passava o dia todo, só sai porque eu...eu...eu fiquei um pouquinho melhor né, e também tava faltando as coisas, ai falaram pra mim, ai lá eu dou na mão da minha irmã, junto com o papel, ai ela me dá tudo que tem no papel ela me dá... (E5)

Lembrando que as construções feitas em torno dessa participação dos usuários são também discursos contraditórios que não operam em torno de uma suposta verdade absoluta, que precisa ser ponderada (Costa, 2008):

[...] que o aquilo que o discurso procura articular não são os saberes às práticas, mas sim, saberes contraditórios e práticas contraditórias em si. Saberes e práticas são, portanto, necessariamente polissêmicos, o que decorre do fato de serem tentativas de cristalização de visões e interesses diversos (às vezes divergentes), presentes no contexto social em que se origina e atua determinada instituição. (COSTA, 2008, p.145).

Neste sentido a hermenêutica ricoeuriana, sinaliza que a defesa de uma verdade absoluta, não facilita dialogar com estruturas conflitantes. Lembrando que não há neutralidade em hermenêutica e que sempre há pressuposições. Toda hermenêutica é assim, explícita ou implicitamente, compreensão de si mesmo através do desvio da compreensão do outro. (RICOUER ,1978).

[...] A questão da recepção, tem que melhorar a recepção não, eu digo como a forma como elas dever agir, é assinar como as recepcionistas devem tratar o paciente, porque os especialista, psiquiatra, enfermeiro já tem uma base como tratar paciente psiquiátrico, mas a recepcionista não, só bota elas pra ficar ali e escrever, só que tem uma relação muito mais forte do que os outros porque elas tão ali todo tempo tratando os paciente, deveria ter um treinamento maior pras recepcionistas.(E8).

[...] Eu também sou do mesmo jeito, quando eu tou com um profissional e que eu vejo que não ta dando certo, que não tão me tratando bem, que não é o tratamento que eu tava esperando eu procuro ficar no serviço mudando de profissional também. (E4.) (Retorno)

Também foi apontada certa zona de conflito entre os usuários com maior tempo de permanência nos serviços, onde alguns querem ser priorizado, receber alguns privilégios e em serviços, em especial nos CAPS ad, evidencia-se o incômodo dos usuários que se encontram sem fazer uso, em relação aos que ainda permanecem fazendo uso.

[...]– Aqui, eu, atendimento eu acho ótimo, só não acho bom, tiro os usuários, porque mesmo eu sendo usuário, eu percebi que tem usuária que, não é pra tá mais aqui, tipo assim, tem pessoa, tem pessoa que tá aqui a 4, 5 anos, 6 anos, né, e mesmo assim continua errando ainda e, quando vem pra cá chapado, pega e vem desrespeitar os funcionários e , isso extrapola, não sei se é porque é que eu seja, mais consciente dos meus atos, mais eu não concordo, com a forma dos usuários tratar os funcionários(E2)

Aparece nas falas, que também depois se tornaram textos, uma polaridade de discursos que ora afirmam as contradições, ora procuram um alinhamento de idéias, de práticas. Agora, relatam sentimentos de estigmatização das famílias, da comunidade para com os usuários que tem transtornos mentais e ou que fazem uso abusivo de drogas, independente de ser atendido no CAPS, no Hospital Psiquiátrico, nos Hospitais Gerais etc. Antes eram chamados de loucos por se internarem nos Hospitais Psiquiátricos , e agora são também chamados de loucos por serem acompanhados nos CAPS.

[...] porque eu acho que quando a pessoa assume um compromisso de ser terapeuta na área da saúde mental ele tem que saber lidar com os transtornos da gente, porque se a gente procura o CAPS a gente vem em busca de socorro, então é pra gente ter respeito dentro do serviço, entendeu, não é pra gente ser maltratada nem nada. (E4.) (Retorno).

Outra questão levantada, diz respeito à associação da atenção em saúde mental, ao serviço CAPS, visto como alternativa clara ao modelo asilar. Dentro da proposta do modo psicossocial temos como características a interdisciplinaridade; possibilidades de trocas com os usuários e familiares, apropriação dos espaços da comunidade, ser aberto à participação comunitária nos serviços, co-responsabilidade dos usuários nos Projetos Terapêuticos acordados, assim como uma perspectiva de cidadania conquistada.

[...] saúde mental né, eu acredito que os CAPS eles passam assim uma idéia de casa, seja a sua segunda casa onde você possa vim fazer o tratamento e os portões estão abertos pra que você venha, faça o tratamento e volte pra sua casa e tenha aquele horário que você participa dos grupos, das terapias, do atendimento individual com o psicólogo, com as terapeutas ocupacionais e aí você paralelamente com a sua medicação você tem esse acompanhamento e ele dá uma idéia de casa, de ser uma coisa, ela não tem aquela mistificação de que seja aquela coisa fechada, presa e que você fica internado atrás de umas grades fechadas. (E8)

Os usuários de drogas que estão em tratamento, que não estão fazendo uso, são muito rigorosos com os que ainda estão fazendo uso, mesmo quando os serviços têm como proposta trabalhar com a estratégia de redução. Embora tenham passado pela mesma estratégia de redução de danos, tem muita dificuldade de aceitação da diferença dos processos dos outros.

[...] quando ele chegava perto da gente nós se espalhava porque nós queria evitar aquela pessoa, ta coisa, mas entrava no ouvido e saía noutra, não queria se tratar queria só se alimentar. (E8)

### **4.3. Aproximações e distanciamentos, entre a tutela e a autonomia.**

Quais as fronteiras entre dois pontos, com extremos definidos? Tem possibilidades de aproximações? Ficamos realmente com pontos cegos? Para Ricouer ((2009.p.64), uma das articulações possíveis seria as interfases entre apropriação e distância). A questão é que no cotidiano das práticas em saúde mental, principalmente quando se tenta estabelecer relações horizontalizadas com todos os atores envolvidos, precisam ser definidas os tipos de relações a serem estabelecidas. Que categorias explicativas podem tentar articular? Claramente nas falas o entendimento que a atenção não deveria ser de maneira imposta, tutelada, exercida pelo o poder dos profissionais sobre os usuários.

[...] ai a gente chega atrasado, ai não bota o almoço porque a gente não chega na hora... (E1).

[...] eles ficam pressionando ah você tem que fazer isso, você tem que fazer aquilo e não sei o que, também isso eu acho errado porque eu acho que cada coisa é no seu tempo, a gente não pode ser obrigada a fazer nada até porque a gente tem o livre arbítrio de ir e vim né. (E4) (Retorno)

Uma reflexão que precisa ser feita, é que a tutela, o controle, pode ser uma construção já colocada nos projetos terapêuticos que os profissionais acordaram para os usuários, sem de fato ser discutido a co-responsabilização. E mesmo que o profissional acreditando estar fazendo o melhor pelo usuário, no momento que não faz a escuta qualificada<sup>65</sup> dos usuários nos processos, pode levar a conflitos, sentimentos de ser tutelado, ser segregação da participação, enfim ser novamente excluído. Estes são os riscos que os serviços substitutivos, precisam evitar, sob pena de deixar florescer os manicômios mentais, bem lembrado por Pelbart (1993), que ainda distanciam a efetiva atenção em saúde mental, balizadas pelo o ideário da Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>65</sup> Significa a escuta do usuário, buscando esclarecer a demanda trazida, a complexidade de sua situação de saúde, identificando riscos e vulnerabilidades relacionadas.

[...]...você não pode sair no portão sem a ordem deles, você não pode falar alto que meu, que meu jeito de falar alto é esse, falar alto, ficam brigando, fala mais baixo. [...] ninguém pode fazer um tantim assim, que ela fia no pé do ouvido dos outros, ai, ninguém pode sair que ela vai atrás, se vocês forem ali, ela vai atrás, você, você não pode fazer um tantim assim que ela já fica cortando, se fizer um pouquinho ela já corta o almoço, ela, ninguém gosta dela aqui dentro, porque ela é muito ela quer ser muito assim, muito mandona...(E1).

Através das narrativas dos usuários, é possível perceber que os profissionais têm atuado, ainda, nos serviços substitutivos com o saber poder. Foucault já anunciava, que o saber psiquiátrico havia se constituído a partir da institucionalização da psiquiatria, no início do século XIX, sendo o asilo o seu marco.

O que deveria mostrar, na verdade, é que o essencial não é a instituição com sua regularidade, com suas regras, mas sim, precisamente, esses desequilíbrios de poder, sobre os quais tentei lhes mostrar como falseavam e, ao mesmo tempo, faziam funcionar a regularidade do asilo... Em outras palavras, aquilo com que se tem de lidar, antes de lidar com as instituições, são as relações de força nessas disposições táticas que perpassam as instituições. (FOUCAULT, 2006, p. 20).

E ainda adverte que nem sempre a violência se presencia por força física, pode sutilmente estar metamorfoseada, numa espécie de *microfísica dos corpos*.<sup>66</sup> (FOUCAULT, 2006)

Mas o que chama mais atenção, que é o exercício do poder médico, por uma equipe que deveria atuar de forma interdisciplinar. Os usuários não estão reclamando de categorias profissionais, e sim das atitudes dos profissionais que na segurança do lugar de poder que ocupam, não visualiza as possibilidades serem questionados nos seus saberes. Fatos que potencializam nos serviços momentos de conflitos e sofrimentos por parte dos usuários. Foucault vai chamar atenção um poder da instância médica que permeia toda a instituição, seja no modo asilar ou até mesmo nos serviços abertos, como tem sido demonstrado em pesquisas descritas anteriormente. Para Lancetti, (2006), as mudanças nestas relações precisa ser através encontros entre os profissionais vislumbrando processos de mudanças. Preciso que seja levado em consideração, as razões que os usuários a valorizar determinadas ações, tenham determinadas expectativas para com a equipe de profissionais, antes de decidir o que cada um deseja, precisa para sua vida.

---

<sup>66</sup> Ora, parece-me ao contrário que o que há de essencial em todo poder é que seu ponto de aplicação é sempre, em última instância, o corpo. Todo poder é físico, e há entre o corpo e o poder político uma ligação direta...o poder é físico e, por isso mesmo, violento, no sentido de que é perfeitamente irregular, não no sentido de que é desenfreado, mas, ao contrário, no sentido de que obedece a todas as disposições de uma espécie de microfísica dos corpos. (FOUCAULT, 2006, p. 18 e 19)



Psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais ou enfermeiros podem estar investidos de poder médico, vestindo avental, devidamente diplomados, até com curso de pós-graduação, mas sua ação será insignificante ou nada será se não se acharem imbuídos da atração pela loucura e pela impossibilidade e gosto de cuidar e produzir mudança. Da paixão pela diferença. (LANCETTI, 2006, p. 103).

Na mesma direção, será necessário construir mudanças nas comunidades, problematizar os conflitos, visto que ainda permanece pouco visível a condição de cidadania do “louco”:

De fato, pela peculiaridade cientificamente estabelecida quanto à categoria ‘doença mental’, o doente é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não-cidadão. (AMARANTE, 2008, p.15).

Qual seria o lugar da autonomia dentro de um serviço que se propõe aberto e comunitário? Deveria ser um serviço capaz de impulsionar estratégias que ajudasse a florescer autonomia, participação, liberdade de escolhas. Para os usuários dos CAPS, isto ainda não acontece, pois os próprios profissionais de saúde desencadeiam dentro dos serviços atitudes de tutela em relação aos usuários.

[...] Eles tem muita autonomia como ela mesmo relatou a gente é tipo como se a gente ta sendo obrigada a seguir sempre as regra dele como eles querem, entendeu se há um passeio e a gente não quer ir eles ficam comentando que a gente não foi por isso e por aquilo outro sem realmente saber nem o que ta acontecendo (E4.) (Retorno)

Os usuários apontaram dificuldades em entender as singularidades dos Projetos Terapêuticos, alguns não têm clareza dos próprios profissionais de referência. Os usuários relatam que uma boa atenção em saúde mental, é aquela que eles podem escolher dar opinião e não participar quando não estiverem afins. Chegam a relatar que os profissionais reclamam quando não querem participar de uma atividade, de um grupo, de um passeio, dentre outros. Relatam que alguns profissionais são autoritários, expressam sentimentos de raiva, punição, quando contrariado. De forma que as atitudes dos profissionais são causadores de sentimentos conflituosos, enfim, sofrimento psíquico para os usuários.

[...] às vezes eu mim sinto um ping pong, se eu sair do grupo, ela fica com raiva. Já passou uma semana sem falar comigo. (E3). (Retorno).

#### **4.4. Ausência e Pertencimento – CAPS aberto e não comunitário.**

Embora todos os entrevistados tenham acentuado a importância da garantia da atenção em saúde mental, representada aqui pelo os cuidados prestados nos serviços CAPS, a atenção ampliada que venha permear as demais redes do SUS e as redes sociais de apoio de

outros níveis de atenção intersetorial, ainda não aparece de forma transversal nas falas dos usuários, sendo ainda limitado o acesso dentro do campo da saúde. Confluindo com resultados de uma pesquisa realizada por (Goya, 2009), apontando que dentro do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, mesmo a RASM tendo avanços significativos, precisa ampliar as interfases com outras redes do sistema, afirmando que :

“... uma das redes que mais apresentou inovações com o sentido de institucionalização do SUS e dos princípios da Reforma Psiquiátrica, os processos de trabalho da rede assistencial de Saúde Mental necessitam de aprimoramento no tocante ao diálogo com outros serviços”. (Goya, 2009, p.73).

Então, considerando que ainda não são visualizadas as interfases no próprio sistema de saúde, no ponto de vista dos profissionais de saúde, mais distante ainda está dos usuários da saúde mental do SUS de Fortaleza.

Outra face desta questão diz respeito à circularidade pela na cidade, a trajetória do usuário nos sistemas , visto que acontece de forma muito tímida e balizada por uma perspectiva de uma cidadania regulada, institucionalizada, perdendo força uma das principais diretrizes dos serviços substitutivos , que operar na perspectiva da desinstitucionalização, de buscar avançar para além da deshospitalização. Decorrente do fato dos serviços não conseguirem incorporar as ações comunitárias no território , de maneira transversal e ampliada, faz com que a desinstitucionalização de fato não aconteça.

Só faz sentido para eles está transição, quando os mesmos serviços são capazes de propor alternativas de convivência e circularidade. Do contrário está proposta tem causado sofrimento psíquico para os usuários que tem um tempo ampliado no serviço CAPS, quando seus projetos terapêutico indicam a continuidade da atenção e cuidado em outras redes do sistema de saúde e ou nas redes dos demais sistemas.

[...] há convivência, que meu maior medo é de convivência, com a comunidade né, pelo que eu passei, pelo, rola o jeito das pessoas olharem pra gente, isso me deixa com...as vezes eu tô num lugar, as pessoas julga a gente pelo modo da gente se veste né.(E2).

[...] porque lá onde eu morava era um campus que o pessoal ia usar lá e aí livre acesso pra mim [...] Minha tia que cuida de mim desde quando eu era pequeno, ela ficava presa porque festas particulares dela, aí eu chorava em casa dizendo que eu queria sair de lá porque tava ficando só, então foi quando ela soltou, passou oito meses presa e ela se soltou aí ela me chamou pra morar com ela e eu me ofereci.(E6)

Como um lugar que permite troca entre pares, principalmente por as redes sociais de apoio não absorverem estes usuários. Então, sair para onde? Para um usuário com um *‘tempo para não institucionalizar’* na perspectiva dos Projetos Institucionais dos Serviços, ou dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários, com perfil de alta da atenção

psicossocial no CAPS , a saída pode ser um fator de sofrimento psíquico para os mesmos. Estou nominando ‘*tempo não institucional*’, aquele tempo que os profissionais , através dos Projetos Terapêuticos, avaliam como o momento de mudar as modalidades de atenção no serviço, ou fora dos serviços CAPS , ou o tempo que o próprio usuário , de forma partilhada considere o momento da travessia.

[...] – ah você tem que sair daqui, tudo bem tem que sair que a gente não vai ficar a vida toda no CAPS né, mas pra isso, pra motivar o pessoal tinha que ter um curso profissionalizante tipo assim mecânica e principalmente na área de, tipo assim que eu achava legal que o CAPS fizesse uma parceria sabe com quem? Com o SINE. (E5)”.

Então não se trata de procurar outras formas de cuidado, mais exclusiva, tipo internação, não se trata de ter o perfil intensivo ou semi-intensivo ou não intensivo, e sim, de ter um canal de que faça a transição com as famílias, amigos ,comunidade, com alguma rede de apoio social.

[...] Aí eu conversando com meu neto eu disse meu filho, o velho aqui não tem mais condição de melhorar de vida financeiramente porque eu não tenho como trabalhar e hoje tudo gira em torno de juventude e a verdade é essa mesmo, velho é pra ser encostado mesmo ou viver comendo mosca e deitando na espreguiçadeira, queimando aquele cigarro véi de fumo e o seu vô aqui acolá ta entrando numa droga “é, mas vô não deixa mais, o vô só quer viver queimando droga”, tenha calma meu netinho, quem sabe eu vou até abandonar e você me ajuda, é uma pecinha boa, onze ano e comilão que só.”(E6)

[...] Se você for perguntar aqui no CAPS quem é que gosta de mim, porque eu procuro ajudar, eu procuro dar uma palavra, eu não quero aquela melhora só pra mim, eu quero pra eles, então eu tenho eles aqui como irmãos, como amigos, me entristece quando eu vejo eles na rua, aquilo ali é um sofrimento pra mim, aí hoje eu quero, peço meu filho deixe isso aí. (E11)

[...] mas quando souberam que eu tive uma crise maior né aí que eles se afastaram mesmo e tal e hoje em dia eu já consigo né, mudou , mudou e pra melhor porque esse tratamento que eu faço eu tomo minha medicação, eu venho para os grupos e aí eu já consigo conviver socialmente sem trazer prejuízos nem pra mim e nem para a pessoa que está próxima a mim. (E10)”

Acontece que eles procuram os serviços pelas as possibilidades de trocas horizontalizadas com outros usuários e também com os profissionais que tem algum tipo de vínculo, e na perspectiva deles, não estão sendo ‘ institucionalizados’, mas estabelecendo relações entre os pares.

[...] É melhor estar aqui do que onde eu convivo.”(E12).

[...] Tem uma menina do grupo de sexta, a Marieta, no mesmo grupo tem a Marília que a gente fala, se encontra e sai fora aqui do CAPS, eu conheci elas no grupo, a Marília namorando alguém do mesmo grupo, a Marieta e deixou o namorado e ela da em cima de mim ou eu dou em cima dela, não sei, aí nós quatro às vez sai e a gente se conheceu tudo no mesmo CAPS.(E8)

Resta então, para as políticas públicas de saúde mental, pensar estratégias que ancorem as articulações comunitárias, que tencionem as discussões em torno dos estigmas, seja do louco ou do usuário de drogas.

A RASM desenvolve algumas estratégias tais como: Grupo de Inclusão Produtiva<sup>67</sup>; Atividade sócio-terapêutica<sup>68</sup>; reunião para Articulação Intersetorial<sup>69</sup>; Atividade de prevenção e promoção da saúde<sup>70</sup>; Atividade Comunitária; Assembleias de usuários, familiares, trabalhadores e comunidade; Conselho Local de Saúde, dentre outras que visam facilitar esta imersão na comunidade. Em tese as estratégias deveriam facilitar o percurso até atingir o princípio comunitário defendido por (GOÍIS, 2008):

[...] toda comunidade pode tornar-se competente para lidar com as questões de saúde e assumir o papel de “cuidadora” dos seus moradores, além da própria família da pessoa que precisa de cuidados (apoio familiar e apoio comunitário) (GOÍIS, 2008,p.107)

A compreensão da atenção em saúde mental, como uma potência para fazer o entrelaçamento na comunidade, adentrar na vida comunitária, aparece de forma significativa na fala de todos os entrevistados. Agora, as ferramentas por si só, não garante a imersão dos usuários da saúde mental, pois operamos categorias muito pesadas, por exemplo, os estigmas, preconceito, exclusão.

[...] Ah, o que mudou em mim é que eu aprendi a conviver mais na, mais de cabeça erguida, né, porque, mesmo tendo problema, eu sei que é, eu posso viver dentro da comunidade, posso, posso me socializar com as pessoas, né, e isso prá mim, uma, mim deu um novo rumo de vida, porque eu acho que eu não tinha, não tinha, né, eu,

---

<sup>67</sup> Tipo de atendimento de grupo que se propõe a ensinar uma determinada atividade que utilize as potencialidades cognitivas e as habilidades da pessoa, visando à geração de renda, a melhoria das estratégias de subsistência e a inclusão social através da realização produtiva, seja ela formal ou informal. Fonte: Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM.

Atividade coletiva que tem o objetivo de promover a convivência, integração e socialização dos usuários, familiares e trabalhadores através da utilização e apropriação de elementos da cultura, como por exemplo, esporte, folclore e arte. Aqui estão incluídas as datas comemorativas: aniversariantes, Festas Juninas, Natal, Páscoa, Carnaval local, etc. Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM

<sup>69</sup> Reunião para realização de articulação intersetorial que é o esforço contínuo empreendido por instituições para a comunicação, conexão e aproveitamento de serviços, processos e produtos das políticas públicas no sentido de oferecer o atendimento integral da população de maneira econômica e eficaz. Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM

<sup>70</sup> Atividade desenvolvida no território com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006). A atividade deve ser pactuada e articulada intersetorialmente com as demais políticas e serviços do território (UBS, NASF, CRAS, escolas, ONG, setor privado, etc.) promovendo e ampliando a discussão sobre saúde com a participação da comunidade e de acordo com as demandas e necessidades prioritárias apontadas pelas pessoas. Documento produzido pelo Colegiado de Gestores da RASM

eu era viver naquela, naquela lombra, naquela lombra é, naquela lombra, naquela outra lombra, e assim ia, quando não era lombra, era bebida e assim a vida ia, não tinha, não tinha, pra que, porque viver, né.(E2).

[...]agora eu vivo bem, tranqüila e já pra missas na igreja todo domingo, participo, tou fazendo curso bíblico, tou fazendo hidroginástica, minha vida ta uma maravilha ave Maria comparação do que eu vivia ta um paraíso, é muito bom você ta limpa e você não ta com aquela agonia, aquele desespero de ta numa boca de fumo usando uma droga ave Maria é horrível, horrível, todo dinheiro que você pega é pra comprar, ave Maria é um desespero.(E9)

Penso que o movimento por uma Saúde Comunitária, que repense as dimensões das ações em saúde pode ser uma alternativa ao modelo clinico tradicional, conforme adverte, GÓIS (2008):

A saúde comunitária é uma concepção de saúde e um conjunto de atividades voltadas para facilitar / favorecer processos relativos mais à saúde que à enfermidade, mais prevenção e promoção que à enfermidade, propõe-se como alternativa crítica aos serviços tradicionais e envolve todas as atividades realizadas na e com a comunidade em nome da saúde dos moradores. ( GÓIS ,2008,p. 104).

Os serviços realizam atividades extras CAPS, como passeios, atividades de laser, visitas as instituições, são importantes para o processo de vinculação, inserção social, mas não ocorre necessariamente a apropriação da comunidade através destas ações, vistos que ainda não foram criados “*espaços de diálogo-vivencia-ação visando à construção de um olhar coletivo e de uma prática coletiva em saúde*”. (GÓIS ,2008,p. 106).

#### **4.5. Entre o Estigma e Humanização do Cuidado.**

A questão do estigma, do preconceito, dos sentimentos de exclusão, isolamento, também apareceu em praticamente todas as narrativas. Permeando entre o sentimento de ser desvalorizado pelo o outro, desrespeitados nos seus direitos de cidadão. Assim como a compreensão da estarem despossuídos de diversas relações que a sociedade oferta para maioria das pessoas, por exemplo, trocas entre pares.

[...] ai eu boto a cadeira lá fora ai fico, pego um rádio que eu tenho, ai fico sentado escutando música agora, ai fico até nove horas, até na hora de tomar o comprimido, não chega ninguém prá conversar comigo, é todo pra cu La eu lá, se souber que eu tenho esse problema, né, ai ninguém chega pra conversar comigo, chega, só que chega as, que chega lá em casa as vezes é o M.a P. o A. o D., questão de... os amigos e família só tem uma que me, que cuida de mim, que não tem medo né...(E5).

Logo no começo eu dizia ah não vou não, dentro de casa a minha irmã vai pro teu CAPS que lá é o teu lugar, porque lá só tem doido batido, ta entendendo, mas eu fui indo e hoje eu encaro, se eu estou no CAPS é porque eu necessito. [...] mas algumas pessoas acham porque eu faço tratamento aqui no CAPS tudo é doido. .(E11.)

[...] – E por um ter então assim, eu passo dormir em casa ou durmo em casa, quando amanheci o dia eu venho prá cá, porque na rua a, a gente passa as pessoa chamando a gente de doido, olha o tanto de comprimido, ruma de comprimido, olha o doido, bixo otário vai pro hospital no meio de arruma de doido, desse jeito eles dizem com a gente, coisa ruim de se dizer... ...(E5).

[...] Eu adoeci esse final de semana e minha irmã chegou pra mim e disse não, isso é falta de pedra, aí eu fiquei calado, quando foi domingo ela tava doente e se eu fosse outro eu ia dizer também né, mas não, eu me lembrei da palavra que meu pai me disse. Pro meu pai eu relatei pra ele e disse que a minha irmã fica me tratando assim, assim, minha mãe disse pra ela também.( E12) Retorno

Outra questão que aparece, é o reconhecimento dos estigmas e preconceitos que os próprios usuários tinham em relação a eles mesmos e aos demais usuários dos serviços. As falas sinalizaram que o tempo vai se fortalecimento as relações, ampliando as possibilidades de enfrentamento dos estigmas, preconceitos.

[...] Porque eu falei assim a questão de quando eu vejo um usuário aqui do CAPS em qualquer local e eu falo, porque às vezes tem gente que não fala, ainda gera aquele preconceito ah porque faz tratamento no CAPS e eu não vou falar pra não dizer que eu também faço né, mas não, hoje em dia eu não tenho esse problema não. (E8.)”

[...] Falei é, muita discriminação lá fora, muita discriminação o pessoal não aprenderam a, conviver com a gente não, isso que aconteceu, né, arrumar mais CAPS, a minha tese né, eu to, deixa pelo hospital mesmo, que é só uma vida lá dentro, acho que ninguém quer ficar ali dentro não, né...( E5).

[...] E por um ter então assim, eu passo dormir em casa ou durmo em casa, quando amanheci o dia eu venho prá cá, porque na rua a, a gente passa as pessoa chamando a gente de doido, olha o tanto de comprimido, ruma de comprimido, olha o doido, bixo otário vai pro hospital no meio de arruma de doido, desse jeito eles dizem com a gente, coisa ruim de se dizer... ...(E12).

Compreendem que medida que os usuários pedem dinheiro para se alimentar, ou para comprar a droga, ficam mais estigmatizados. Para os que conseguem manter a estratégia de reduzir os danos, a saída consiste em adquirir formas de manter o uso, sem perder a vinculação com as famílias, vizinhança.

[...] sempre digo aqui no Caps de não ta pedindo nada a ninguém, porque se torna assim uma cobrança, pronto, eu ganhei um móvel daquele ali e vou chegar e vou pedir uma coisa a ele que tenho direito né e vai passando e eu vou chegar e vou pedir, aí vai e fica a discriminação aumentando mais ainda. (E12).

Dentre os vários aspectos relacionados com a humanização do cuidado, presentes na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) , quero destacar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e a importância da autonomia, do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos. Para que os usuários pudessem atuar cada vez mais, como sujeito de direito. Os usuários

relatam que ainda sofrem de muitos preconceitos, se sentem estigmatizados pela família, vizinhança, comunidade em geral e por alguns profissionais que trabalham na saúde, tanto nas demais redes assistenciais do Sistema de Saúde de Fortaleza, quanto de alguns profissionais dos próprios CAPS, quando das demais redes de serviços públicos.

[...]. Não se entregar, pois quando você desiste de cuidar de uma pessoa que tem transtorno mental, praticamente você tá abandonado. Então o que acontece? O primeiro refugia que a pessoa tenta é o suicídio, entende? (E4).

[...] Discriminação, eu senti como se nós fosse uns bicho por causa de uma pessoa que ficava pedindo as pessoa que ia passando, aí as pessoa ali olhava pra nós como se nós fosse assim umas pessoa descartada do mundo.(E12) Retorno.

[...] Um homem de sessenta e oito ano de idade que já passou pelo o que já passou, repudio de família pisada mesmo, rebeldemente pisando “Tu não vale nada, tu é um safado”(E7).

Mesmo quando participam de movimentos sociais organizados, estão integrados em atividades de lazer na comunidade, junto com amigos e familiares, acontece o afastamento e o sentimento de rejeição se fortalece, em decorrência dos transtornos mentais, ou pelo uso abusivo das drogas.

[...]eu fazia parte do movimento da cidade aqui do MST e me desvinculei desse pessoal porque eles estavam perdendo a confiança em mim e me desvinculei assim pra tratamento .(E6).

#### **4.6. Apontamentos decorrentes das compreensões dos usuários dos centros de atenção psicossocial sobre a atenção em saúde mental, para fortalecer o campo da saúde mental no SUS em Fortaleza.**

Embora os fatores mais importantes sejam subjetiva, ancorados na humanização do cuidado, respeito as direitos, no respeito às diferenças. Do ponto de vista das concepções levantados, podemos citar: autonomia, estigma, descriminação, preconceitos, direitos, acolhimento, fraternidade, apoio, comunidade, dentre as concepções a serem partilhadas com os usuários.

As necessidades de ordem mais estrutural foram enfatizadas nas falas, incluindo as assembléias dos usuários. Representa o cenário das reivindicações cotidianas, que traduzem o entrelaçamento de todos os interlocutores. Foram evidenciadas as seguintes questões:

### 1. Melhorar a forma de atendimento dos profissionais de saúde.

[...] tem que melhorar a recepção não, eu digo como a forma como elas dever agir, é assinar como as recepcionistas devem tratar o paciente, porque os especialista, psiquiatra, enfermeiro já tem uma base como tratar paciente psiquiátrico. (E8)

[...] eles não vem trabalhar todo dia felizes..... às vezes a recepcionista fala com raiva..... (E5)

2. Ampliar as equipes dos serviços, tanto solicitando a inclusão de novas categorias, quanto ampliar as categorias já pertencentes aos serviços. Nas assembleias dos usuários foi bastante enfatizado a demandas por ampliação de profissionais. A falta de profissionais de fato, especialmente a categoria médica, havendo fragilidade no vinculo empregatício, baixa oferta de profissionais.

[...] os pacientes dos CAPS ou são muito gordos, ou são muito magros, aqui precisa de uma nutricionista. (E8).

[...] esse curso foi legal esse curso de Internet e assim eu dizendo pras menina que é difícil, porque se tivesse um curso profissionalizante mais profissional pra ensinar o pessoal seria bem melhor o CAPS (E6)

3. Adquirir para os serviços, uma variedade maior de equipamentos para atividades. Como já articulamos anteriormente, os usuários preferem ficar o dia inteiro nos serviços, não conseguem vinculação com a comunidade, pois não participa de ações no território. Também não costumam ter uma ocupação , a maioria não trabalha, eles solicitam que os CAPS acolham suas necessidades que vai desde de construção de redes de amizades até atividades de laser, propriamente dita. Embora a maioria dos serviços oferte algumas atividades esporadicamente.

[...] Toto, dama, baralho e essas coisa assim, porque assim, o CAPS é bom? É, mas devia ter assim um período integral, ta entendendo? (E6)

4. Precisa melhorar a manutenção dos serviços, especialmente a alimentação ofertada nos serviços.

[...] porque isso me favorece, mas eu acho tinha que ter mais responsabilidade da prefeitura e eu tava acompanhando com ela a lista mensal de alimentos que tava chegando.(E6)



## **5. TRAJETÓRIAS E OS TEMPOS DOS USUÁRIOS DOS CAPS , NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA.**

Pesquisas realizadas nos serviços de saúde mental, com usuários com transtornos mentais, demonstram que as redes sociais são empobrecidas e pouco significativas, em consequência das crises ou do processo de institucionalização que sofrem durante suas vidas. (Muramoto; Mângia; 2011), o que vem reforçar a necessidade de facilitar os processos intervenção nas redes sociais.

No momento que os serviços não conseguem potencializar as relações de trocas com a comunidade, mais se torna um desencadeador de sofrimento psíquico para os usuários, quando são impulsionados a sair dos serviços. Portanto, os projetos terapêuticos dos serviços precisam pensar o sentido destas saídas para a desinstitucionalização, especialmente quando as redes do SUS não têm fluxos e as redes sociais têm pouca visibilidade, para os usuários que acessam a rede de saúde mental.

Existem várias possibilidades de entender as barreiras para construção de redes sociais, assim ampliação de comunicação das redes de saúde interna ao SUS, mas defendo que a manutenção da atenção voltada para remissão do sintoma, medicalização e a priorização dada ao saber médico, especialmente o saber psiquiátrico, é sem dúvida um divisor de águas. Algumas pesquisas têm demonstrado que no SUS, as modalidades de atenção desenvolvidas, estão fortemente associadas ao uso de medicação e ao médico, (MOSTAZO; KIRSCHBAUM (2003), (RODRIGUES; ISANE, 2003), (SILVEIRA; VIEIRA; 2009), sendo a pratica predominante em quase as todas as formas de atenção ofertada.

Fatos que sinalizam as necessidades de mudanças internas na organização dos sistemas de saúde e, por conseguinte nos serviços substitutivos, a exemplo, dos serviços CAPS, para que possam transcender um diálogo com a comunidade, dentro de novos paradigmas de atenção em saúde mental.

Os usuários delineiam a trajetória nos Sistemas e redes de apoio em decorrência das necessidades e oportunidades. Para os usuários que acessam o Sistema de Saúde de Fortaleza, via CAPS há uma demanda de ser cuidado internamente no CAPS, ou em qualquer outra instituição que oferte acolhimento. Percorrem todas as formas de tratamento, de cuidado, de atenções existentes, sejam Hospital Psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas, Unidades de Desintoxicação, Ocas de Saúde Comunitárias, Cooperativas de usuários para reinserção social, AA<sup>71</sup>, Casas de Apoio, Hospitais Gerais, Igrejas, Movimentos

---

<sup>71</sup> Alcoólicos Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo.

Comunitários, Centros Religiosos, dentre outros . Os que continuam no CAPS, já passaram por outras modalidades de atenção e não conseguiram estabelecer vínculos, ou não receberam atenção e cuidado humanizado. Para este o CAPS, é associado com um lugar de apoio, *uma casa afetiva*, que precisam para construir relações entre pares.

[...].É valido. Porque se a gente não tem mais que ta sendo internada.Porque o hospital não é, eu vejo assim,não como hospital,mas como manicômio mesmo.Porque a gente tem que passar a maior parte do tempo dopada entendeu? As vezes a gente apanha dos outros internos, porque as enfermeiras não ficam 24hs com a gente,junto com a gente. (E4.)”.

[...] É, passou quinze dias lá e é legal, ele ta querendo voltar de novo, gostou tanto que ta querendo voltar de novo e ele não recai não, ele ta tranquilo, gostou tanto que quer voltar.Gostou lá da UD e assim, a gente tem condição de um dia ter internamento no CAPS? .(E6)”.

[...] as vezes eu chego pra minha irmã ah minha irmã, brincando com ela, naquele momento que eu morava – tem uns evangélico aí com negócio de jejuar e tal, não é que eu não tenha nada contra eles não, a terapia deles eu também já conheço .”(E7).

[...] Se a pessoa disser que é bom o internamento, que é bom o acompanhamento , eu descordo em todos os aspectos, pontos. (Longo silêncio),entendeu? [...] Quando eu tô querendo entrar em crise, geralmente os terapeutas que me acompanham tão ali comigo, fica , tão me dando força. (E4)

Quando os usuários dos serviços precisam procurar o atendimento nos Hospitais Psiquiátricos, para uma internação, um cuidado em saúde mental, causa sentimento de revolta, de negligência do CAPS, distanciando da humanização do cuidado.

[...].Como já aconteceu várias vezes d’eu chegar aqui em crise e precisando de apoio em tudo e eles dizem não, que ta tudo bem, que ta tudo legal e tudo, aí quando eu saio daqui às vezes pior e eu sou obrigada a bater no Hospital Psiquiátrico por conta do descaso dos atendimentos dos profissionais, não todos, entendeu, não todos, tem uns que atende você bem e atende com educação e tudo, mas tem outros que querem mesmo pisar mesmo, entendeu e isso pra gente não é bom porque se a gente já agradece porque diminuiu as internações da gente nos hospitais psiquiátrico, então a gente tem que ter um tratamento diferenciado, coisas que eu não falei na entrevista que eu te dei na vez passada, mas como ela relatou aqui eu tou só complementando o relato dela. (E4.) (Retorno).

[...] posso dizer assim, porque ele teve de internação é mesmo que ta preso, o cabra se sente preso, eu me senti preso lá na Santa Casa, me senti assim, nós tava num canto assim isolado e as pessoa passava parece assim que tinha era nojo da gente, discriminação como é grande né. (E13) Retorno.

[...] eu vim me identificar aqui no CAPS, eu vim me curar aqui no CAPS, mas eu já tinha passado por outros trabalhos assim iguais a esse, casa que trata de dependente químico e até lá na Aldeota. (E9).

Até 2010, o município não disponibilizava vagas em Comunidades Terapêuticas, e estes fluxos já existiam. Agora com a disponibilidade de 120 vagas de leitos de acolhimento, distribuídos em seis entidades, a RASM espera controlar a porta de entrada dos usuários que forem encaminhados pelo os CAPS ad, considerando o Projeto Terapêutico dos usuários, pois já são sendo acompanhados nos serviços. As Comunidades Terapêuticas funcionavam como fluxo para entrada dos usuários nos CAPS, assim como o inverso, os usuários em tratamento nos CAPS buscavam ser cuidados nas Comunidades Terapêuticas, independente dos Projetos Terapêuticos dos serviços estarem indicando ou não. As condições sociais e os sofrimentos são os parâmetros para escolhas dos usuários, que buscam ajudar em todas as formas de atenção e cuidado existentes no território.

[...] comecei me prostituir ai depois fui pro Shalom ai lá não tinha ambulatório, ai mandaram pra cá ai eu cheguei aqui. (E1)

[...] lá no Shalom era assim, ai eu ia na quinta-feira acompanhar era negócio de oração que católico na base de rezar, rezava, conversava, contava os problemas, rezava e depois sai pro grupo de parte, a gente louvava, rezava o terço e tudo e depois vinha pra casa, depois fosse na quinta-feira voltava de novo, ai ela perguntava como tinha sido a semana, eu, eu tinha bebido, se eu tinha feito alguma coisa errado.(E1)

Para os usuários dos CAPS Ad, é muito importante um lugar que proporcione o afastamento temporário das zonas de tensão e conflitos sejam por problemas de ajuste com os fornecedores das drogas, seja pela recusa de conviver da família, seja pela convivência com áreas de grandes vulnerabilidades sociais.

[...] Mas, tem pessoas aqui dentro, que nunca, nunca vão deixar e como nunca querem sair porque, não sei, se não tem vontade própria, não sei como é que é, eu acho é porque que tava na hora...tipo assim, se passou 06 anos, a pessoa não melhorou, eu acho que taria, ia hora de pensar um novo, novo formato para essa pessoa, né, porque...certo que, proibir a pessoa vir não é certo, eu não acho certo, nem...nem acho correto, né, isso, mas eu acho que tinha que pensar uma formula de deixar ela dentro de um ambiente, onde ela ficasse no mínimo 15 dias sem provar do, e nada, né? A não ser água e comida.(E2)

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

As compreensões dos usuários sobre a atenção em saúde mental nos CAPS de Fortaleza foram ancoradas em cinco ensaios aproximativos: percursos para temática da atenção em saúde mental; os tempos quebrados: conflitos entre as ofertas e as necessidades subjetivas de receber; aproximações e distanciamentos, entre a tutela e a autonomia; ausência e pertencimento – CAPS aberto e não comunitário; entre o estigma e humanização do cuidado.

Inicio as considerações finais deste estudo com uma citação de uma pesquisadora e amiga que ao adentrar no mundo múltiplo da saúde mental, conseguiu compreender com força e leveza o verdadeiro sentido de se dizer antimanicomial. Poderia também começar com as várias poesias que recebi nas minhas passagens pelo os CAPS, nos vários eventos com a participação de usuários, onde a arte se fez nascer, trazendo todos os encantos da vida.

É verdade que os loucos, hoje, podem contar com serviços de saúde comunitários e abertos, quando há tão pouco tempo só tinham como opção o manicômio, onde viviam isolados da sociedade. Mas não podemos esquecer que mesmo “livres” não podem entrar, ou mesmo se aproximar, de muitos espaços ditos públicos. E é por essa realidade que a clínica “essencialmente antimanicomial” defendida por Lancetti está longe de existir de fato. (MASCARENHAS,2010,p.63).

Quero pensar que o desencanto dos sujeitos, que chamo de usuários, se torna mais doloroso, quando vivem o conflito, entre o não ser cuidado internamente no CAPS e a não ser aceitação na família, na comunidade. Esta liberdade de transitar entre a *casa afetiva*, o CAPS, e as relações que precisa construir com a comunidade, se torna um peso, um fardo, um sofrimento. Para os usuários a leveza subjetiva acontece no florescer dos entrelaçamentos dos avanços na atenção em saúde mental, na inteireza dos momentos de vinculação, na circularidade para além dos CAPS. E a materialidade ocorre na efetivação dos vínculos, do cuidado humanizado, da escuta qualificada, a liberdade de escolha, na diversidade de significações das falas, no protagonismo do sujeito usuário do SUS.

No entanto, perpassa por todas as falas um entrelaçamento de conflitos. Inicialmente, o reconhecimento da importância do CAPS, enquanto substitutivo aos Hospitais Psiquiátricos e o sofrimento decorrentes de algumas práticas manicomiais internas aos serviços abertos e comunitários. Esse primeiro desvelar, reclama por uma postura vigilante para que os *manicômios mentais* não floresçam com outras roupagens.

Em seguida, um forte apelo a demanda por autonomia, não institucionalização, imersão comunitária, garantia do acesso ao sistema de saúde, que demarca um grande desafio, pois os serviços não conseguem operar no território de forma capilarizada e as redes

de apoio sociais são fragilizadas. A medida que o serviços ficam *'encapsulado'*, as relações de trocas ficam empobrecidas e restritas a circularidade dos CAPS, ocorrendo um distanciamento de movimentos emancipatórios capazes de focar na direção de uma cidadania a ser conquistada no cotidiano. Para tanto todas os métodos, estratégias, articulações que visem facilitar as relações dos usuários com a comunidade, deve ser referenciado nas políticas públicas de saúde mental.

No campo da diversidade dos saberes e práticas é que podemos nos aproximar das compreensões sobre a atenção em saúde mental. O campo da saúde não abarca todas as possibilidades de atuação, o que reafirma a necessidade de um atenção multidisciplinar, que comporte todas as redes de atenção dos Sistemas e Serviços de Saúde e das demais redes, e as redes sociais de apoio presentes nos territórios.

E por fim, reconhecendo que as compreensões são múltiplas e tem o colorido que as nossas intersubjetividades constroem, espero ter tocado nas nuances das significações das falas narradas por todos os sujeitos, desvelando assim as compreensões dos usuários dos CAPS de Fortaleza sobre a atenção em saúde mental.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ACIOLY. Y.A. Reforma Psiquiátrica: com a palavra os usuários, Trabalho apresentado ao Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, da Universidade Estadual do Ceará, 2006.

AMARANTE.P.D.C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1995.

AMARANTE .P.D.C. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História , Ciências, Saúde – manguinhos, I,n,1,jul.-out.,61-77.

AMARANTE .P.D.C.. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial** . Rio de Janeiro: Nau, 2003.

AMARANTE, P.D.C, **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz,2007,p.82-83.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 35.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. 288 p.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANDRADE, L. O. M.; OLIVEIRA, R. F.; BASTOS, E. N. E.; FIALHO, M. B.; COSTA, L. D. Saúde Mental & Cidadania: a resposta de Fortaleza. **Saúde em debate**, (40): 57-70, jun. 2007.

BACKES, D.S; et.all. **O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários**. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro May/June 2009.

BARRETO, A.P. **Terapia comunitária Passo a Passo**. Fortaleza. L.C.R; 2008,v.1.

BARRIO. LR; et.all.2004. Avaliações qualitativas em serviços de saúde a partir das perspectivas de usuários e profissionais negociação, cidadania e qualidade dos serviços. In.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BASAGLIA, Franco. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. ]

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. 607 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2002>>. Acesso em: 21 out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAMPOS, C.M.S; SOARES,C.B. **A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores**. Ciência & Saúde Coletiva. Vol.8. nº.2. Rio de Janeiro: 2003.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S..et.all; **Tratado de Saúde Coletiva**. São. Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In:**Pesquisa avaliativa em saúde: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Ederaldo&Rothschld,2008.p.97.

CARDOSO,L, GALERA; S.A.F **Quem são os egressos de internação psiquiátrica?**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009, vol.22, n.6, pp. 733-740.

CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, produzida pelos participantes do III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos/SP, em Dezembro de 1993

CARVALHO, A.L.L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, n.52, p.74-82, 1996.

CARVALHO; B.L, BOSI; M.L; FREIRE; C .J. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 42 nº. 4 São Paulo Aug. 2008 Epub June 05, 2008.

CEARÁ. Hospital de Saúde Mental de Messejana. 2010. <http://www.hsम्म.ce.gov.br/>.

COSTA J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Campos; 1980.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2000. 2ª impressão de 2008.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 25, n.58, p.12-25, 2001.

DATASUS. Estabelecimentos por tipo. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabCE.def>. 2010. Acesso em 15 de nov.2010.

DELGADO, J. Reflexões na cidade sem manicômios. In Delgado, J. (Org). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991, p.11-26.

FAGUNDES, S. Os municípios e a desinstitucionalização em saúde mental coletiva. **In. Saúde e Loucura ( experiências da reforma psiquiátrica)**. Aderaldo&Rothschild Editores Ltda. São Paulo. Brasil.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Programa de Governo – Gestão 2005/2008**. Fortaleza,2004.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2005**. Fortaleza, 2006. Disponível em:<<http://www.saudefortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 12 de agosto de 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. 3ª ed. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

\_\_\_\_\_. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.



FURTADO; J. P. Avaliação para o conhecimento e transformação, *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). Avaliação de qualidade de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p.191-206.

GADEMER, HG. 2004. **Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Vozes, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectivas, 1974.

GOIA, N. Diversidades de olhares: desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza / Neusa Goya. – Fortaleza, 2009. 125f.

GÓIS, C.W. **Saúde Comunitária- pensar e fazer**. Ceará: Editora Hucitec, 2008.

GUBA, E; LINCOLN, Y. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1989. p.294.

JORGE, M. S. B. et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Rev. esc. enfermagem. USP**, Mar 2008, vol.42, no.1, p.135-142.

KANTORSKI, L.P. et al. **Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental**. Interface - comunicação, saúde, educação. (Botucatu) vol.13 nº 3 Botucatu out/dez. 2009.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 127 – (Saúde Loucura; 20).

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S. et al.; **Tratado de Saúde Coletiva**. São. Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 623.

LEÃO, A; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Pública**. vol.17.no.1.São Paulo.Jan./Mar.2008.

LOBOSQUE, A.M. **Experiência da Loucura** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

\_\_\_\_\_. **Clínica em Movimento: Por uma sociedade sem manicômios. Princípios para uma clínica antimanicomial**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LUZIO, A.M; L'ABBATE. S. A atenção em saúde mental em municípios de pequenos e médios portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência&Saúde Coletiva**.vol.14 no. 1 Rio de Janeiro. Jan /Feb. 2009.

MACHADO; et.all. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**: 2005.

MASCARENHAS, L.M. A clinica em saúde mental: um estudo comparativo entre as clínicas alienista, psiquiátrica e psicossocial. 2011. 93 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza- UNIFOR.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, p. 137-174.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Notas para um debate. *In*: BOSI, Maria Lúcia Magalhães e MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, p. 9-71.

MERHY ,E.E; AMARAL,H. A reforma psiquiátrica no cotidiano II.São Paulo: Aderaldo&Rothschild, 2007.

MINAIO, MCS. 2008. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. *In* ONOCKO. et.all. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participante e efeitos da narrativa**. São Paulo: Aderaldo&Rothschild,2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000, p. 269.

MORAES. M, O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência. Saúde Coletiva** vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol.43 no.3 São Paulo Sept. 2009

MOSTAZO, R.R; KIRSCHBAUM, D.I.R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.5 n 2 ,2003, p.04-13.

MURAMOTO;M.T; MANGLIA; E.F. A Sustentabilidade da vida cotidiana : um estudo de caso das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). Rev. **Saúde Pública**. vol.16.no.4. Rio de Janeiro. Abr.2011.

NASCIMENTO; A.F; COSTA; A.T. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev. **Saúde Pública**. vol.43. Supl.1. São Paulo. Aug.2009.

NUNES; M, TORRENTÉ; M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Saúde Pública**. vol.43.supl.1.São Paulo.Aug.2009.

OLIVIERA, G.N; **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir**. 2. ed.- São Paulo : Aderaldo & Rothschild, 2010.

OLIVIERA, M.M; **Como fazer pesquisa qualitativa**. Editora Petrópolis,RJ: Vozes, 2008.

ONOCKO. et. all. **Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental**. Rev. Saúde Pública 2009;43(Supl. 1):16-22.

ONOCKO. et. all. **Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo&Rothschild,2008.

PAIM, J. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador : EDUBRA; Rio de janeiro: FIOCRUZ.2008.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 567-586.

PELBART, P.P. **A Nau do Tempo Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro, Imago. 1993.

PELBART, Peter Pál. **Manicômio mental – a outra face da loucura**. In: LANCETTI, Antônio. (Ed.). **Saúde Loucura 2: Saúde Mental e Saúde da Família**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec,. p. 131-138.

PELLAUER, D. **Compreender Ricoeur**. Tradução de Marcus Penchel- Petrapólis,RJ: Vozes. 2009, p. 30. (Série Compreender).

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-198

PEREIRA, M. F. Damião: um grito de socorro e solidão. In: OLIVEIRA SILVA, M. V. **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2001. p. 115-221.

QUINDERÉ, P,H,D; J ORGE,M,S,B. **(Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços**. Saúde soc.vol.19. São Paulo July/Sept.2010.

RICOUER, P. **Interpretação e ideologias**. 4ª. Ed. Rio de Janeiro - RJ: Livraria Francisco Alves Editora: 1990.

RICOUER, P. **O conflito das interpretações**. Editions du Seuil, Paris. Direitos para língua portuguesa RES-Editora.

RICOUER, P. **Tempo e narrativa**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

RICOUER, **Teoria da Interpretação**. Rio de Janeiro - RJ. Edições 70: 2009.

RODRIGUES, R.M; ISANE, D.R. K. **Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no. 6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2003.

RODRIGUES; J. et.all. **Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação**. Texto& Contexto Enfermagem. Abril-junho, vol.15. no.002.Universidade Federal de Santa Catarina.Florianópolis-SC- Brasil.pp.240-245.

ROSA, L. C. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde**.

ROSA, L.C. **O Nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina, PI: EDUFPI.

ROTELLI, F. Carta de Quixadá – Ceará, enviada para o evento XVIII Jornada de Saúde Mental de Quixadá, em 9 de dezembro de 2010.

ROTELLI, F. et.al. **Desinstitucionalização**. São Paulo, Ed.Hucitec, 1990.

SALLES, M.MORAES; BARROS, S. **Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano**. *Rev. esc. enferm. USP*, Mar 2007, vol.41, no.1, p.73-81.

SAMPAIO, J, J.C. & SANTOS, A.W.G. A experiência do Centro de Atenção psicossocial e o Movimento Brasileiro de reforma psiquiátrica. In Pitta, A. (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec. (pp.125-133).

SAMPAIO, J. J. C., SANTOS, A. W. G.; ANDRADE, L. O. M. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: VILAÇA, E. (Org.). **A organização de saúde no nível local**. *Revista Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec, p. 267-280, 1998.

SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. *Sanare: Revista de Políticas Públicas, Sobral-CE* -, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2007.

SANTOS, R. C. **Saúde todo dia: uma construção coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA, M. A. A. B. M.; OLIVEIRA, E. N.; MARTINS JÚNIOR, T. Organização da nova rede de atenção mental do município de Sobral. *Sanare: Revista de Políticas Públicas, Sobral-CE* -, ano II, n. 3, p. 29-36, 2000.

SOARES; S.R. R; SAEKI;T. O centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.14 no. 6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2006.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

UCHIMURA;Y; BOSI;M.L.M. A Polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde – Resgatando a subjetividade. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães e

MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 75-98.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental. **Vivência**. Natal, Vol.1; n. 32. p. 173-206; jan./jun. 2007.

VASCONCELOS; E.M. Reinvenção da Cidadania, Empowerment no campo da Saúde Mental e Estratégias Políticas no Movimento de Usuários. In: Amarante P, organizador. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2000.ÉPEZ; T.M, MORAES; N. A. Reinventando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. de Saúde Pública**. vol.20.no.1.Rio de Janeiro.Jan/Feb.2004.

ZORZETTO,R.et.all. Pesquisa em saúde mental na America Latina: avanços e desafios. In:MELLO,M.F; MELLO,A.A.F; KOHN.R, (ORG). Epidemiologia as saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.187-197.

## **APÊNDICES.**

**APÊNDICE A-****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)  
INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA.**

Estou aqui para falar de uma pesquisa intitulada “Desvelando as compreensões dos usuários dos CAPS de Fortaleza sobre atenção em saúde mental”. Tem como pesquisadora Raimunda Félix de Oliveira, aluna do mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, sendo necessária para conseguir o título de mestre em Saúde Pública. Tem como objetivo desvelar as compreensões dos usuários dos CAPS de Fortaleza sobre atenção em saúde mental, descrever a trajetória dos usuários que utilizam os serviços CAPS no Sistema Municipal de Saúde, articular o que for compreendido por vocês como sendo atenção em saúde mental, com a proposta de atenção em saúde mental da RASM e por fim pensar alguns conceitos no campo da Saúde Mental a partir das falas de vocês.

Para conseguir responder, em parte, estes objetivos estarei participando das assembleias dos usuários dos CAPS, apresentando a pesquisa e acordando com vocês um participante da assembleia para ser entrevistado durante a pesquisa. As entrevistas serão realizadas nos Centro de Atenção Psicossocial, junto a usuários que fizeram acompanhamento durante os últimos 06 meses. As entrevistas serão gravadas, após autorização de seus participantes, devendo ter uma duração acordada com o entrevistado, respeitando as especificidades de cada um. Os participantes podem se recusar a continuar participando e retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Quanto às informações conseguidas através da participação na pesquisa, será garantido a não identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa.

No final de todas as entrevistas será realizado um encontro com todos os participantes da pesquisa de todos os CAPS, para tentar a construir um consenso sobre a atenção em saúde mental. Então vamos conversar sobre a atenção em saúde mental.



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Para realização da pesquisa o (a) senhor (a) deverá concordar com os seguintes pontos:

1. Estou ciente dos termos constantes acima que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas todos os aspectos, bem como a necessidade de fornecimento de informações;
2. Concordo em participar por livre e espontânea vontade desta pesquisa, podendo, inclusive, deixar de participar das entrevistas, caso assim decida;
3. Qualquer ocorrência deverá ser comunicada à pesquisadora responsável, Raimunda Félix de Oliveira, residente na Rua Coronel João Carneiro, 67, ap.1060, Ed. Mendes Freire, bairro de Fátima, fone 85.86234244, ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, na Rua Coronel Nunes de Melo, 1.127, Rodolfo Teófilo, fone 85. 3366-8338;
4. Declaro ter conhecimento de que o estudo não oferece risco à minha saúde e que as informações referentes à minha participação serão utilizadas na pesquisa, sem, contudo, conter minha identificação. Tais dados serão utilizados tão-somente para o estudo citado acima, jamais para nenhuma outra finalidade. Como comprovação deste compromisso, recebo a 2ª via deste documento, enquanto que a primeira ficará em arquivo específico do centro responsável pela pesquisa.

Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável: Raimunda Félix de Oliveira

\_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

Nome da testemunha que acompanhou as entrevista \_\_\_\_\_

Endereço do (a) participante-voluntário: \_\_\_\_\_

**ANEXO**

**ANEXO A - Termo de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará**