



AVANÇOS E DESAFIOS DO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS EM CAJAZEIRAS – PB.

Thalyta de Paula Pereira Lima*

RESUMO

Neste trabalho, procuramos entender o modelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade de Cajazeiras, enquanto serviço substitutivo de atenção à saúde mental, que foi inspirado na Reforma Psiquiátrica. Analisamos as relações de trabalho e as relações interpessoais entre seus profissionais e usuários, de modo a estabelecer um paralelo sobre a assistência pública à saúde mental e os possíveis problemas enfrentados no trabalho de uma equipe multidisciplinar. Como recurso metodológico, utilizamos a pesquisa qualitativa para análise dos discursos dos sujeitos envolvidos com a assistência à saúde mental do CAPS, observando a concepção que os entrevistados tinham a respeito do seu cotidiano e das interações no trabalho.

Palavras-chave: sociologia da saúde; reforma psiquiátrica; modelo assistencial.

ABSTRACT

In this work we aim at understanding the model CAPS (Psychological Assistance Center) from the City of "Cajazeiras" (in the country side of Paraíba State, Brazil) as a substituting mental health assistance service, which was inspired in the Psychiatric Reform. We analyze the working relationships and the inter-personal relationships between its professionals and users to establish a parallel between the public service in terms of mental health and the possible problems faced in the work of a multidisciplinary group (staff). Firstly, we launched a sight about the process of perception and the institutionalization of madness under the medical social order. As a methodological resource, we used a qualitative research to the analysis of the speeches of the subjects involved with the mental health service offered in the CAPS, observing the conceptions that the interviewed had in terms of daily life and working interactions.

Keywords: sociology of health; psychiatry reform; assistance model.

1. INTRODUÇÃO

Um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas no Brasil nas últimas décadas vem tentando transformar a compreensão cultural da sociedade em relação ao louco. Figura tão presente em nosso imaginário desde a infância, quando histórias sobre eles eram dramatizadas e povoavam nossos sonhos infantis com diferentes personagens, dos mais bizarros e amedrontadores aos mais tristes e solitários.

*UFCG.

Mas, esse sentido dado à loucura não emanou dos contos. Ele faz parte do mundo complexo da razão. Ao abordarmos sua realidade, as imagens fantásticas iniciais se dissipam, dando lugar a uma relação de solidariedade com uma existência pouco compreendida e marginalizada, por ser, talvez, indizível ao nosso limitado entendimento.

O estigma de ser ou ter sido um paciente psiquiátrico tem desdobramentos que podem ser analisados sob vários matizes, como nos remeter, por exemplo, a uma discussão sobre as projeções da sociedade a respeito da loucura. Estas projeções não se deram de forma gratuita, mas seguindo à lógica de uma ótica racionalista que estabeleceu um modelo de normalidade para as sociedades modernas capitalistas. Essas projeções subtraíram dos “anormais” a condição de sua cidadania.

Em vista disso, a assistência à saúde mental brasileira traz em si uma marca histórica de críticas ao tratamento, à superlotação, aos maus tratos e à ineficiência das instituições asilares. A denúncia da violação dos direitos civis e da precária assistência psiquiátrica nas últimas décadas tem contribuído para ampliar, no Brasil, um debate já bastante conhecido na Europa: a necessidade de uma reforma psiquiátrica que envolva não apenas o modelo de assistência, mas também o relacionamento da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais.

A partir do final da década de 70, surgem no Brasil novos olhares sobre o atendimento psiquiátrico, fomentando críticas não apenas à situação dos manicômios, mas também à autoridade do saber/prática da psiquiatria. É no seio dessas discussões que surge o Movimento Antimanicomial lutando pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e inserindo nas pautas das políticas públicas o debate sobre a necessidade da desinstitucionalização.

Entendemos que as propostas do Movimento de Reforma Psiquiátrica podem vir a construir uma importante mudança cultural para a sociedade brasileira na atualidade, na medida em que ela objetiva uma revisão dos aparatos científicos, administrativos, jurídicos e éticos relacionados à doença mental. Consideramos importante debater as aspirações e transformações desse projeto social que tem pretensões inclusivas de construir relações sociais mais tolerantes com as diferenças.

Considerando o contexto social brasileiro e os passos rumo a uma nova forma de pensar e lidar com o processo de sofrimento psíquico na Paraíba – especificamente na cidade de Cajazeiras, onde o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), fruto da reforma psiquiátrica, desenvolve seus trabalhos há quatro anos – entendemos que as discussões em torno da participação dos envolvidos e da sociedade merecem um amplo debate para que não apenas seja implantada mais uma forma de atendimento, mas que seja possível verificar seus limites e avanços sociais.

O nosso objetivo, nesse sentido, é compreender e situar as dificuldades que o sistema sociocultural impõe à integração de alguns indivíduos, através da observação das

inter-relações profissionais e sociais que se estabelecem nos novos campos de atendimento em saúde mental. Não se trata apenas de criticar as instituições manicomiais ou os hospitais psiquiátricos, mas também de entender em que se pautam essas críticas, bem como as propostas alternativas que lhes fazem frente, através de uma análise política, histórica e social.

2.METODOLOGIA

Utilizamos a pesquisa qualitativa como caminho apropriado para a análise dos discursos dos sujeitos envolvidos direta e indiretamente com a assistência à saúde mental do CAPS de Cajazeiras. Optamos por investigar os discursos dos profissionais e funcionários do CAPS responsáveis direta e indiretamente pelo atendimento aos usuários e à comunidade. Concordamos com Stela (1991: 42) que “é na formulação do discurso que o sujeito se redescobre e se reconhece – através das relações consigo mesmo e com os outros”. Através dos discursos, aqui entendidos numa dimensão simbólica de manifestação de sentimentos e opinião - sendo por isso, impossível sintetizá-los em dados estatísticos - tentaremos compreender a experiência profissional dos entrevistados através da interpretação de suas falas.

Foi analisado o perfil sócio-econômico-epidemiológico dos usuários do CAPS, seguida de uma avaliação mais aprofundada das estruturas relacionais entre os profissionais e funcionários no âmbito institucional, procurando identificar os limites, possibilidades e contribuições do trabalho realizado por essa instituição para a comunidade local dentro da ótica multiprofissional e interdisciplinar da Reforma Psiquiátrica

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS VIAS DE DESISTITUCIONALIZAÇÃO

Após a trágica experiência da Segunda Guerra Mundial, a sociedade passou a ter uma maior preocupação com o convívio e a tolerância com as diferenças e minorias. Havia um clima de solidariedade e reconstrução social. Surgiram vários movimentos civis organizados que lutavam pelos direitos humanos enfatizando, sobretudo a igualdade e a liberdade entre os indivíduos e a garantia de uma vida digna. Dentre os vários problemas discutidos, destacamos a questão dos abusos e da ineficácia dos hospitais psiquiátricos que passaram a ser alvo de duras críticas, seja expressando o desejo de aboli-lo, seja querendo transformá-lo radicalmente.

O Hospital psiquiátrico desde sua origem enfrenta problemas internos e externos. Além dos ataques à sua organização arquitetônica, das contradições terapêuticas cometidas por médicos e enfermeiros, da falta de uma lei nacional de alienados e de um serviço de assistência organizado pelo Estado, os asilos apresentaram grandes índices de população de internados, culminando com sua massificação. Assim, o manicômio demonstrou ser não apenas uma alternativa insuficiente para o problema da loucura, mas uma instituição completamente equivocada em suas práticas (Desviat, 1999).

O lado obscuro do hospício e da psiquiatria reside justamente na incapacidade terapêutica dessas instâncias, uma vez que o indivíduo internado ou não consegue mais sair, ou sofre constantes re-internações. Isso evidencia que a cronificação da doença é bem mais comum do que a sua cura (Basaglia, 1985).

É dentro desse bojo de novas discussões, a respeito do manicômio e da psiquiatria, que surge o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, cujo cerne de seus problemas situa-se exatamente em torno das relações de poderes estabelecidas através da instituição asilar, com o intuito de desmascará-las e elimina-las.

Os Movimentos pela Reforma Psiquiátrica irão rapidamente se expandir e tomar rumos e formas diferenciadas de acordo com o sistema sanitário e as características sociopolíticas de cada país. As novas modalidades de atendimento frutificarão condicionadas ao modo de organização e o nível de abrangência adotada pelos sistemas sanitários locais (Desviat, 1999).

A partir de então, várias propostas de reformulação vão surgindo para o espaço asilar como uma rede integrada com serviços das mais variadas funções: centros de convivência, residências terapêuticas, lares abrigados e centros de atenção psicossocial dentre outros.

Em teoria, a reforma pretende romper o monadismo¹ do doente que se encontra na “periferia da vida”, quer fazer dele um sujeito real, um ator social que tem direito de se relacionar e ter seus próprios desejos. Mas, na prática, mudar essa situação não é tarefa fácil, pois exige que caminhem juntas vontade política e ação social.

Atualmente, as estratégias de ação da Reforma Psiquiátrica se dão através da difusão e ampliação de novas alternativas institucionais como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-dia, Residências Terapêuticas, Lares Protegidos e outros que foram sendo desenvolvidos em meio às discussões das políticas de saúde mental. O modelo de assistência varia conforme a necessidade de cada região.

¹Da obra *La Monadologie* de Leibniz, 1714. Aqui o monadismo assume o significado de um individualismo, como realidades que existem incomunicáveis e independentes uma da outra. (CF. Renaut, 1998:77).

Essas novas alternativas estão sendo construídas para reestruturar o atendimento e reformular o conceito de doença mental, que não deve mais ser encarado como um conjunto de sintomas a serem diagnosticados e tratados, mas como uma questão de existência que englobe a totalidade da experiência do sujeito. Elas recusam uma interpretação exclusivamente sintomatológica que prioriza apenas o lado da doença. A maior causa é cuidar da pessoa, do sujeito que sofre (Basaglia, 1985; Goldemberg, 1994; Oliveira, 2002).

No entanto, ainda há muito que se fazer pela saúde mental, os muros a derrubar não são apenas os dos manicômios, mas os do preconceito, da solidão e da desconfiança que fazem frente a todo esse processo. A Reforma Psiquiátrica enfrentou, e ainda enfrenta muitas dificuldades para por em prática seus objetivos. Desconstruir para construir novamente. Não se pode afirmar com certeza o que é mais difícil: se é desconstruir o estigma em torno da doença ou tentar construir uma nova política de assistência que seja de fato eficiente e interdisciplinar! Isso sem somar os problemas e “vícios históricos” que perduram nas políticas de saúde até hoje, como disputas de poder e troca de favores e benefícios, servindo a interesses particulares.

3.1 Estrutura e funcionamento do CAPS de Cajazeiras

A Paraíba, nos últimos anos, tem desenvolvido novas políticas públicas em saúde mental que priorizam alternativas diversificadas de tratamento às pessoas com transtornos psíquicos. As Diretrizes da Política de Saúde Mental no Estado foram determinadas para redirecionar o eixo hospitalar para o eixo extra-hospitalar, e criar uma rede diversificada e integrada em diferentes níveis de atendimento e complexidade, além proporcionar a inclusão social e reabilitação psicossocial do doente mental, através do trabalho junto à sociedade.

Em Cajazeiras o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) está a quatro anos prestando serviço a comunidade com uma demanda que tem aumentado consideravelmente nas modalidades de usuários intensivos, semi-intensivos e não intensivos.

Alguns problemas têm afetado o bom funcionamento do CAPS Cajazeiras, eles estão intrinsecamente relacionados às condições de trabalho da equipe e ao perfil de seus profissionais. A equipe é composta por vinte e cinco profissionais, sendo que: os de nível superior foram contratados como prestadores de serviço, sem vínculo empregatício com a instituição, com exceção de uma enfermeira concursada pelo serviço público federal que se encontra a disposição ao município. Os profissionais que possuem nível médio ou superior

incompleto, também são todos contratados como prestadores de serviços, com exceção apenas de uma professora que é concursada pelo município e presta serviço no CAPS.

Apesar de cobrar sempre um melhor desempenho por parte dos profissionais do CAPS, o Estado da Paraíba não tem demonstrado grande interesse na qualificação de seus funcionários, desde a criação do CAPS Cajazeiras, foram oferecidas apenas duas capacitações, uma para os profissionais de nível médio, que contou apenas à coordenadora que, no entanto, possuía nível superior. A outra se refere a uma especialização em saúde mental, oferecida em 2005, para os profissionais com nível superior.

Constatamos a necessidade de funcionários qualificados no CAPS Cajazeiras, através dos depoimentos sobre os seus primeiros dias de trabalho. A grande maioria dos funcionários nos informou que o contato inicial com os pacientes foi feito através de uma relação de medo e insegurança. Os enfermeiros da unidade, por exemplo, chegaram a confessar que devido ao seu preconceito em relação aos doentes mentais sentiram muito medo, porém sua concepção foi se modificando a medida que perceberam que os usuários não ofereciam perigo quando se sabia fazer uma aproximação.

Outro problema enfrentado pelos profissionais do CAPS diz respeito à falta de apoio das entidades representativas da sociedade civil, a exemplo das igrejas; escolas; universidades; associação comercial e até mesmo com a atenção básica de saúde do município. O apoio destas entidades é imprescindível no processo de reinserção social dos portadores de transtornos mentais

Mesmo diante das dificuldades encontradas, há expansão dos serviços e aceitação por parte da comunidade das políticas implementadas pelo CAPS. Recentemente foi implantado o CAPS ad (alcoólicos e drogados). Esse novo centro de atenção psicossocial voltado para o tratamento de dependentes de álcool e drogas vem colaborar ainda mais com o trabalho do CAPS transtorno mental, já que a demanda será mais especificada, “desafogando” o serviço que vinha sendo oferecido. Devido à falta de um atendimento mais especializado e direcionado a alcoólicos e drogados, o CAPS terminava por acolher também esse tipo de usuário.

4. CONCLUSÃO

A partir dos dados colhidos e do diálogo estabelecido com os sujeitos da pesquisa, constatamos que os entre os principais problemas vivenciados hoje pelo CAPS estão: a falta de apoio e parcerias que dêem suporte aos usuários reabilitados para que eles possam voltar ao mercado de trabalho; a falta de compromisso com a lei por parte do Hospital Regional que ainda não dispõe de leitos para doentes mentais em suas dependências; o preconceito que ainda existe, embora uma boa parte da população local

já esteja mais aberta a esse tipo de atendimento; dos próprios problemas da equipe de profissionais do CAPS, que apesar de ser multidisciplinar não trabalha de forma realmente integrada e interdisciplinar, seja por questão de falta de tempo para um planejamento das atividades em virtude da dedicação não ser exclusiva à instituição, seja por resquícios da hierarquia médica do passado ainda presentes nas equipes de saúde.

Percebemos também que ainda hoje, a questão da Reforma Psiquiátrica é motivo de divergências entre seus adeptos e os donos de clínicas e hospitais conveniados assim como entre os médicos que não aceitam com muita facilidade o trabalho interacional em equipes multidisciplinares por achar que essas propostas de trabalho ameaçam seu papel e autoridade. Para que a implantação dessas políticas realmente frutifique fiel às suas diretrizes é preciso antes de tudo, que haja uma mudança na filosofia do trabalho em equipe e no olhar do doente como um sujeito que precisa de atenção e reabilitação psicossocial.

De um modo geral, podemos dizer que os CAPS vêm desenvolvendo um bom trabalho dentro do município de Cajazeiras, mas assim como os demais serviços que estão sendo implantados com as novas políticas dirigidas à saúde mental, precisa ser aperfeiçoado e melhorado. Apesar das modificações de tratamento apresentadas a nível local, ainda há uma resistência ao reconhecimento das potencialidades terapêuticas do CAPS. Fato que se comprova com as tentativas malogradas de promover a ressocialização dos usuários junto às suas famílias, a comunidade e ao mercado de trabalho, constituindo assim uma questão bastante problemática e difícil de solucionar devido à falta de apoio, parcerias e ao preconceito da sociedade para com os doentes mentais.

Nesse sentido, a compreensão do doente e da doença é um ponto fundamental que ainda precisa ser bastante explorado para um bom resultado no tratamento uma vez que, ele visa à reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental e para isso a família e a sociedade têm que ter um novo tipo de consciência a respeito da diferença.

REFERÊNCIAS

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

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Mental – **Relatório final**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. (Coleção Loucura & Civilização).

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978a.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978b.

_____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te-Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1994.

HIRANO, Sedi. Sociologia e Doença Mental. In: **Doença mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construção do CAPS do Ceará e invenção das práticas**: ética e complexidade. São Paulo: Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.

_____. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Editora Universitária, 2002.

RENAUT, Alain. **O indivíduo**: reflexão acerca da filosofia do sujeito. Rio de Janeiro: Difel, 1998.

RIBEIRO, P. R. Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROTELLI, Franco. LEONARDIS, Ota de. MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

STELA, F. **Distúrbios depressivos em um centro de atenção primária**: Prevalência Momentânea e análise do discurso dos pacientes. Tese de Doutorado em Saúde Mental. UNICAMP: Faculdade de Ciências Médicas da São Paulo, 1991.