



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

NEUSA FREIRE COQUEIRO

**REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA: UMA AVALIAÇÃO EM
PROCESSO NO ESPAÇO DO CAPS GERAL DA SECRETARIA EXECUTIVA
REGIONAL III**

**FORTALEZA
2013**

NEUSA FREIRE COQUEIRO

REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA: UMA AVALIAÇÃO EM
PROCESSO NO ESPAÇO DO CAPS GERAL DA SECRETARIA EXECUTIVA
REGIONAL III

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Maria Pinho de Carvalho.

FORTALEZA
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade

C792r

Coqueiro, Neusa Freire.

Representações dos profissionais no desenvolvimento da política de saúde mental em Fortaleza: uma avaliação em processo no espaço do CAPS Geral da Secretaria Executiva Regional III / Neusa Freire Coqueiro – 2013.

326 f.; il., enc.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientação: Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho.

1. Políticas públicas em saúde – avaliação 2. Saúde mental – Fortaleza 3. Representações sociais I.
Título.

CDD 363.10425

NEUSA FREIRE COQUEIRO

REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA: UMA AVALIAÇÃO EM
PROCESSO NO ESPAÇO DO CAPS GERAL DA SECRETARIA EXECUTIVA
REGIONAL III

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Avaliação de
Políticas Públicas, da Universidade
Federal do Ceará, como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Avaliação de Políticas
Públicas.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Alba Maria Pinho de Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Gema Galgani Silveira Leite Esmeraldo (Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a. Cleide Carneiro (Membro)
Universidade Estadual do Ceará (Uece)

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

(Michel Foucault)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar as representações sociais dos profissionais executores da política de saúde mental, visando a apreender como eles interpretam esse novo modelo de assistência. Buscou-se desvelar o significado da política de saúde mental brasileira para os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Fortaleza. A base analítica fundante deste estudo é a teoria das representações sociais, que, segundo Moscovici (2007), são fenômenos específicos que estão relacionados como um modo particular de compreender e de se comunicar. Para compreensão do objeto, foi desenvolvida uma avaliação de processo, inspirada na dinâmica investigativa de uma avaliação em profundidade. O lócus da pesquisa foi o CAPS geral da Secretaria Executiva Regional III, que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará (UFC). Para empreender esta pesquisa no campo da avaliação processual de uma política pública, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, utilizando um estudo de caso. Esse método apresentou-se apropriado para compreender minuciosamente o processo das representações sociais na concepção dos profissionais do CAPS em questão. Houve utilização de pesquisa bibliográfica, observação participante, entrevista semiestruturada com uso de gravador quando permitido e diário de campo. Os conceitos fundantes dessa pesquisa foram: representações sociais, reforma psiquiátrica, institucionalização, desinstitucionalização, normalidade e anormalidade, identidade e diferença, clínica tradicional e clínica ampliada. Esses conceitos encontraram ressonância teórica no pensamento de autores como Canguilhem (2000), Goffman (2008), Foucault (1993), Bourdieu (2007), Silva (2012), Amarante (2009), Campos (2003), entre outros. Os dados desta pesquisa avaliativa foram analisados à luz do método da análise de conteúdo, numa aproximação de desocultação do não aparente na perspectiva de Bardin. Como alternativa de análise de conteúdo, buscou-se aproximação à formulação de temas, proposta por Mirian Limoeiro. Os profissionais tiveram posicionamento em favor das pessoas com transtorno mental, demonstrando aversão ao tratamento manicomial. Reconheceram os avanços ocorridos na política de saúde mental em Fortaleza, contudo criticaram rigorosamente a forma de organização e operacionalização das ações. Valorizam a desinstitucionalização psiquiátrica como proposta de humanização, cidadania e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, mas, para a maioria, ela é compreendida como sinônimo de desospitalização. Identificaram fragilidades na rede de atenção em saúde mental, entre as quais: elevado índice de atendimento para o quantitativo de pessoal, fechamento desordenado de hospitais psiquiátricos, falta de vagas para internação em situação de crise. Como estratégia para o avanço dessa política, sugeriram: ampliação de CAPS (vista como estratégia principal de avanço), criação de concurso público em função do significativo número de trabalhadores terceirizados inseridos nos serviços e criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. A maioria demonstrou conhecimento superficial sobre a reforma psiquiátrica e as intervenções terapêuticas ainda continuam centradas numa dimensão de eliminação de sintomas. Conhecimento é condição *sine qua non* para haver mudança na forma de pensar e agir. Torna-se imprescindível a adoção de uma política abrangente e bem elaborada de educação continuada em saúde mental considerando temas importantes ao reposicionamento de opiniões frente ao novo modelo de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Avaliação de políticas públicas. Representações sociais. Reforma psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the social representations of professional performers mental health policy, aiming to grasp how they interpret this new model of care. We tried to uncover the meaning of mental health policy for professional Brazilian Center for Psychosocial Care (CAPS) in the city of Fortaleza. The analytical basis of this study is the foundational theory of social representations, which, according to Moscovici (2007), are specific phenomena that are related to a particular way of understanding and communicating. To understand the object, we developed a process evaluation, inspired by the dynamic investigative deeper evaluation. The locus of the research was CAPS Regional Executive Secretary General of III, which has an agreement with the Federal University of Ceará - UFC. To undertake this research in the field of process evaluation of public policy, we have developed a qualitative study, using a case study. This method proved to be suitable to thoroughly understand the process of social representations in the design of the CAPS professionals concerned. There was use of participant observation, semistructured interview with a tape recorder when allowed and field diary. The founding concepts of this research were: social representations, psychiatric reform, institutionalization, deinstitutionalization, normality and abnormality, identity and difference, traditional clinical and clinical enlarged. These concepts, found resonance in theoretical thinking of authors like Canguilhem (2000), Goffman (2008), Foucault (1993), Bourdieu (2007), Silva (2012), Amarante (2009), Fields (2003) among others. The data from this evaluation study were analyzed according to the method of content analysis, an approximation of the unblinding no apparent prospect of Bardin. Alternatively content analysis approach sought to formulate themes proposed by Mirian Limoeiro. Professionals had position on behalf of people with mental disorder, demonstrating aversion treatment asylum. They acknowledged the progress made in mental health policy in Fortaleza, however rigorously criticized the form of organization and operationalization of activities. Value the psychiatric deinstitutionalization as proposed humanization, citizenship and strengthen family and community bonds, but for most it is understood as synonymous with deinstitutionalization. Identified weaknesses in the system of mental health care, including: high level of care for the number of staff, disorderly closure of psychiatric hospitals, lack of places to stay in crisis. As a strategy to advance this policy suggested: broadening of CAPS, but seen as the main strategy of advancement, creating an open, due to the significant number of outsourced workers in these services and creation of psychiatric beds in general hospitals. Most showed superficial knowledge about the psychiatric reform and therapeutic interventions are still focused on a dimension of elimination of symptoms. Knowledge is sine qua non to be no change in thinking and acting. It is essential to adopt a comprehensive and well-designed continuing education on mental health issues important considering the repositioning of opinions towards the new model of mental health care.

Keywords: Evaluation of public policies and social representations. Psychiatric reform. Psychosocial Care Center.

Aos militantes da Reforma Psiquiátrica, especialmente ao grupo de trabalhadores da equipe de saúde do Hospital Universitário Walter Cantídio, que se dispôs a acreditar que as mudanças são possíveis e ousou iniciar a construção da história de um novo modelo de assistência em saúde mental no município de Fortaleza.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo carinho, compreensão e apoio, que mesmo à distância esteve sempre presente; especialmente à minha mãe, Glória Coqueiro, e às minhas irmãs: Nizia Coqueiro, Nizete Coqueiro, Claudia Campo; à sobrinha querida Amanda Freire, e a Pedro Henrique, sobrinho e afilhado cuja lembrança de seu sorriso e inocência me ajudou nessa travessia.

Ao meu pai, Ribamar Coqueiro (*in memoriam*), a quem serei sempre grata pelo estímulo e disposição em busca de conhecimento.

A Henrique Macambira, pela expressiva demonstração de paciência, carinho, dedicação e amor e por sempre ter estado ao meu lado nessa trajetória.

Um agradecimento especial à professora Dr^a. Alba Maria Pinho de Carvalho, minha fonte de inspiração intelectual desde o primeiro momento em que a conheci, que tão prontamente aceitou orientar-me e fazer-me vislumbrar outros horizontes; agradeço pelo apoio e pelo estímulo cada vez maior de aprofundamento teórico durante a construção deste trabalho, por ter compreendido meus anseios e dificuldades encontrados nessa trajetória e, sobretudo, por seu exemplo de força e coragem frente às imprevisões da vida.

À professora Dr^a. Gema Galgani Silveira Leite Esmeraldo, por suas contribuições não apenas por ocasião do exame de qualificação, mas por ter feito parte deste estudo ainda em sua fase embrionária, tecendo pertinentes e valiosas contribuições, mesmo se algumas delas eu não pude ou não soube utilizar devidamente.

À professora Dr^a. Cleide Carneiro, por aceitar prontamente o convite em fazer parte da banca examinadora e por suas contribuições analíticas.

A Ana Karla Batista, amiga querida e companheira de jornadas e lutas, encontros e desencontros na vivência da política de saúde mental, que desde sempre demonstrou seu apoio.

À amiga de mestrado Ivana Carvalho, responsável direta pela mediação entre mim e a professora Alba Maria Pinho de Carvalho.

A Silvana Cavalcante e também a Ivana Carvalho, pela partilha de tantos momentos importantes e inesquecíveis.

A Lucíola Limaverde, revisora sempre atenciosa que tem representado um papel importante na minha trajetória em busca de conhecimento.

E aos interlocutores desta pesquisa, que gentilmente concederam a oportunidade de participar da construção dessa constelação de significados, confiando e permitindo a realização das entrevistas, se dispondo a falar de tantos aspectos de um cotidiano nem sempre fácil.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL	12
1.1	Circunscrevendo o campo investigativo: a loucura nos circuitos da história e a revolução paradigmática da reforma psiquiátrica	12
1.2	A pesquisadora e sua proposta avaliativa: delineamento do objeto	16
1.3	A dinâmica expositiva do texto	22
2	AS REVOLUÇÕES PARADIGMÁTICAS NO CAMPO DA SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO CONTEMPORÂNEO	27
2.1	O Estado brasileiro contemporâneo: entre os processos de democratização e as reconfigurações estatais nos percursos do ajuste à nova ordem do capital	27
2.2	A construção do SUS no âmbito da reforma sanitária: uma revolução paradigmática	31
2.3	Contextualização da política de saúde mental no Brasil	41
2.4	Trajectoria histórica da reforma psiquiátrica no Ceará	48
3	BASES TEÓRICAS NA CONSTRUÇÃO DOS PROCESSOS AVALIATIVOS	61
3.1	Representações sociais	61
3.2	Alinhamentos teóricos para investigar as representações sociais no campo da política de saúde mental	76
3.2.1	<i>Fundamentos de institucionalização e desinstitucionalização</i>	76
3.2.2	<i>Fundamentos de identidade e diferença</i>	94
3.2.3	<i>Fundamentos de normalidade e anormalidade</i>	99
3.2.4	<i>Fundamentos de clínica ampliada e clínica tradicional</i>	104
4	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CIRCUNSCREVENDO SUA HISTÓRIA E SEUS CONCEITOS	116
4.1	Delimitação conceitual da avaliação	134
4.2	Tipos de avaliação	138
4.3	Metodologias de avaliação	144

4.4	Critérios para avaliação	154
4.5	Medidas e indicadores	157
4.5.1	<i>Construção de indicadores</i>	162
4.5.2	<i>Construção de indicadores qualitativos</i>	166
4.5.3	<i>Produção de indicadores qualitativos em saúde mental</i>	170
5	DESENHO METODOLÓGICO DE UMA AVALIAÇÃO EM PROCESSO	174
5.1	Natureza da pesquisa avaliativa	174
5.2	Delineamentos empíricos: CAPS SER III como espaço de atuação profissional	180
5.3	Os sujeitos da pesquisa	187
5.4	Dinâmica investigativa: estratégias, instrumental técnico como via de acesso ao campo	188
5.5	Parâmetros éticos	196
5.6	Métodos de análise e interpretação das informações	198
5.7	Sujeitos, saberes e decisões: convite a uma reflexão	203
6	REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CAPS GERAL SER III: UMA IMERSÃO NOS SIGNIFICADOS DAS FALAS DOS SUJEITOS	212
6.1	Breve contextualização do perfil dos profissionais e suas experiências	215
6.2	Visões sobre a pessoa com transtorno mental	217
6.3	Concepções de reforma psiquiátrica	224
6.4	Concepções da reforma psiquiátrica no contexto do município de Fortaleza	232
6.5	Entendimentos e perspectivas de internação psiquiátrica	239
6.6	Visões sobre a desinstitucionalização em processo no campo psiquiátrico	251
6.7	A família no contexto da assistência à pessoa com transtorno mental	258

6.8	A inserção de profissionais no contexto do CAPS e a configuração do mundo do trabalho	266
6.9	Concepções sobre clínica no contexto da saúde mental	273
6.9.1	<i>Dificuldades identificadas para execução da política de saúde mental no contexto do CAPS</i>	281
6.9.2	<i>Perspectivas de assistência para as pessoas com transtornos mentais</i>	286
6.9.3	<i>Perfil dos profissionais de saúde mental no âmbito do CAPS geral da Secretaria Executiva da Regional III</i>	294
6.9.4	<i>Indicadores para avaliação em saúde mental</i>	301
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	303
	REFERÊNCIAS	314
	APÊNDICES	323

1 INTRODUÇÃO

1.1 Circunscrevendo o campo investigativo: a loucura nos circuitos da história e a revolução paradigmática da reforma psiquiátrica

Ao longo da história da humanidade, a loucura vem sofrendo alterações nas formas de ser compreendida, ora tratada como fenômeno mágico-religioso de influência dos deuses, ora como possessão demoníaca. Essas formas diversificadas de pensar e compreender os loucos e a loucura foram sendo substituídas no decorrer de cada período histórico.

Nesse sentido, trazemos a classificação apresentada por Pessoti (1995), que sintetiza, a partir de modelos, a forma predominante de perceber a loucura em sociedade. Nessa classificação, tem-se o modelo mítico-religioso, o organicista e o psicológico.

De acordo com o autor, o modelo mítico-religioso tem início na Antiguidade Clássica, em que a loucura era predominantemente retratada como estado de descontrole emocional e falta de razão. A consequência da adoção desse modelo é a irresponsabilidade do homem frente à conduta, sendo esta determinada e totalmente conduzida por forças sobrenaturais, as quais não conseguia superar. Já o modelo organicista é iniciado com Hipócrates: atribuía-se a causa da loucura às disfunções orgânicas, humorais, relacionadas à fisiologia.

O modelo psicológico é encabeçado por Eurípedes, autor de tragédias gregas na Antiguidade Clássica. Aqui se passa a apreender a loucura como produto da paixão, que domina a conduta humana. O conceito de paixão incluía sentimentos como ódio, ira, amor e medo – assim entendido, o descontrole passional conduzia à loucura.

No século XVII, retoma-se a influência das disfunções orgânicas como causa da loucura, havendo nesse período uma forte recusa das concepções místicas para explicar a causalidade desse fenômeno. Conforme Foucault (2008), somente em meados do referido século algumas instituições tornaram-se asilos, estes entendidos como espaços específicos da loucura e do louco, havendo, portanto, uma transformação do louco em objeto de trabalho da medicina. Refere o autor que as formas de tratamento empregadas nesse período estavam fundamentalmente ancoradas em práticas de vigilância e punição de quadros delirantes, cujo objetivo

principal consistia em corrigir qualquer manifestação desviante à conduta dita normal. Surge então, nesse contexto, a figura do médico tendo como função controlar e reestabelecer a “moral”.

A partir do século XVIII, com o surgimento e a expansão das relações capitalistas de produção, há uma progressiva alteração nas relações sociais, aumentando a marginalidade, bem como os problemas sociais e o sofrimento psíquico. A loucura, que até então era em grande parte considerada um fenômeno mágico ligado a questões de espíritos malignos ou de explicação religiosa, como castigo dos deuses, foi deslocada para o âmbito da medicina e da ciência moderna, constituindo-se, assim, os campos disciplinares que conformam a psiquiatria. Novas concepções de homem, de mundo e novas formas de produção contribuíram para embasar novas práticas. As formas de produção exigiam espaços urbanos saneados e pessoas produtivas. Dessa forma, passa a existir a segregação dos que não se enquadravam no perfil exigido à época, entre eles, os loucos.

Surgem assim os hospitais psiquiátricos como forma de garantir a nova ordem social, e os loucos passam a ser totalmente excluídos do convívio em sociedade. Segundo Foucault (1993), tratava-se de lugares habitados não só por loucos, mas por pobres, vagabundos e alguns doentes, não podendo ser consideradas casas de tratamento, mas sim casas de sequestros e brutalidades, nas quais as pessoas ilicitamente eram privadas de suas liberdades, sendo mantidas sem a possibilidade de sair livremente e onde eram submetidos a maus-tratos de toda ordem e às mais deploráveis condições de existência.

No final do século XIX, Freud traz significativa contribuição que irá revolucionar a história dos tratamentos para a loucura. Os conhecimentos trazidos por Freud interrogam os sintomas e buscam entender os significados inconscientes para determinadas manifestações sem sentido. Aqui, o estudo sobre a origem da loucura começa a ser relativizado, conferindo significativa importância às observações prolongadas dos sintomas.

Nasce, portanto, a psiquiatria como especialidade médica. Contudo, o asilo se constituiu como espaço específico de tratamento e de exclusão da loucura, abordado sob o estatuto médico-científico (FOUCAULT, 1993).

Com efeito, as contribuições de autores como Basaglia, Guattari, Caplan, entre outros, efetivam um deslocamento do foco de discussão, em que se passa a observar e valorizar os fatores sociais na determinação das doenças e dos

tratamentos, relativizando-os a fatores vinculados à constituição do indivíduo. Na perspectiva desses autores, a loucura é apreendida como produto de uma experiência radical dos padrões de comportamento e de experiência da subjetividade individual gerados pela sociedade do capital.

Cabe enfatizar que, para esses autores, não se trata de negar a importância dos aspectos biológicos, genéticos e físicos na determinação do transtorno mental, mas sim de considerá-la também como produto de relações sociais, em suas múltiplas dimensões: econômica, política, cultural.

Gradativamente, modifica-se o centro da questão. Agora não é somente a doença, nem apenas o doente que estão em jogo, mas as determinações que a existência social impõe ao sujeito, culminando em relações no corpo social onde a experiência do sofrimento é vivida.

O mundo acompanha um debate importante ocorrido na Europa após a Segunda Guerra Mundial, estabelecido entre ingleses e franceses, acerca da reestruturação e/ou reforma dos hospícios. Os franceses defendiam a humanização dos asilos, enquanto os ingleses acreditavam na transformação da assistência psiquiátrica e em um novo conceito psicossocial. Salienta-se que os italianos, cuja matriz teórica norteadora era o marxismo, procuraram desenvolver uma nova convivência em sociedade entre assistentes e assistidos, a partir de uma nova lógica psicossocial e de construção de novas tecnologias.

No Brasil, somente com o processo de democratização das décadas de 1970 e 1980, no bojo da crescente efervescência da participação política, foi possível gerar uma crítica às políticas sociais do Estado autoritário, com elaboração de alternativas no campo da saúde. Essa crítica social fornece as bases para a formação do movimento de reforma sanitária como via de enfrentamento da questão da saúde em suas múltiplas dimensões, encarnando uma perspectiva democrática e emancipatória.

Ressalta-se que a reforma sanitária brasileira refere-se a um amplo movimento que surge em meados da década de 1970 como parte de um movimento maior que se ampliava em diversos segmentos da sociedade, tendo como uma de suas diretrizes a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, situação que se agravou significativamente com o cerceamento das liberdades de participação e organização e com a limitação dos direitos civis durante os anos de autoritarismo.

De acordo com Bravo (2011), a saúde, na década de 1980, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor em questão, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Assim, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Simultaneamente, a década de 1980 fornece as bases para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que tem como uma de suas principais dimensões a questão da luta antimanicomial, sendo esta entendida como uma ação na cultura que, segundo Amarante (1995), busca chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura.

Cabe enfatizar que o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil surge no contexto das lutas pela redemocratização do País, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), em fins de 1970, o que dará origem posteriormente ao Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). O referido movimento é perpassado por vários campos de luta, onde são constantes as denúncias sobre a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência. Além disso, o MLA deu início à construção coletiva de uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Birman (1992), ao discorrer sobre o movimento pela reforma psiquiátrica, refere-se a uma corrente que este difundiu, com “maior maturidade teórica e política”, podendo ser compreendido como delimitação mais clara do projeto das transformações em psiquiatria, que transcendem a busca de soluções exclusiva e meramente técnicas ou administrativas para questões mais densas que contemplem simultaneamente aspectos teóricos, políticos, sociais e culturais.

Do exposto, pode-se inferir que se trata de um movimento que propugna uma política de saúde mental dentro de um novo paradigma, consubstanciando uma revolução cultural cuja representação maior é a reforma psiquiátrica.

Conforme Amarante (1995), a reforma psiquiátrica é um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica como pretensão de novo estatuto social surge concretamente a partir da redemocratização do País, em fins de 1970,

fundado não só na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, ou seja, o questionamento em relação às ações estratégicas pensadas para a saúde mental no âmbito governamental, mas também na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas.

Nessa direção, vale salientar que o movimento de reforma psiquiátrica forneceu as bases para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, consubstanciada na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. A referida lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. As políticas brasileiras de assistência à saúde mental têm investido, ainda que a passos lentos, em serviços nos quais repousam em suas filosofias aspectos relacionados a territorialização, equidade, inclusão, assistência de base comunitária, sempre comprometidos com a criação de condições técnicas e políticas que garantam os direitos estabelecidos na legislação.

Conforme o Ministério da Saúde (2004), a política de saúde mental no Brasil apresenta diretrizes embasadas pelos preceitos da reforma psiquiátrica, como a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, a garantia de assistência a pacientes egressos de hospitais, a criação, expansão e sustentação da rede extra-hospitalar (serviços substitutivos aos manicômios), os programas de suporte social (Programa de Volta pra Casa), entre outros.

Diante do exposto, como profissional atuante nessa política de saúde mental e integrante do movimento que a sustenta, propõe-se, na condição de pesquisadora no campo de avaliação de políticas públicas, avaliar como os profissionais estão sendo interpelados a desenvolver essa política, bem como apreender como eles a assimilam frente à nova perspectiva materializada no novo paradigma.

1.2. A pesquisadora e sua proposta avaliativa: delineamento do objeto

A pesquisa em pauta situa-se no âmbito de uma reflexão crítica e discursiva acerca desse novo paradigma, consubstanciado na política de saúde mental que firma-se num modelo de oferta de atenção assistencial voltado ao transtorno mental, que tem como pressupostos a inclusão social, a atenção humanitária e a valorização do universo familiar e social. Nesse sentido, o estudo tem como objetivo avaliar as

representações sociais dos profissionais executores dessa política, visando a apreender como eles encarnam esse novo modelo de assistência.

Nessa perspectiva, buscamos desvelar o significado da política de saúde mental brasileira para os profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Fortaleza.

Importa destacar o momento histórico em que esta pesquisa foi realizada, notadamente em sua fase de coleta de informações junto aos sujeitos pesquisados, tendo em vista que o cenário da política de saúde mental encontrava-se, naquele momento, bastante tensionado por alguns fatores importantes, dentre os quais sobressai o fechamento do Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC), o qual funcionava em caráter ambulatorial e emergencial, voltado também para os usuários do SUS.

O encerramento das atividades desse hospital modificou significativamente a dinâmica de funcionamento de alguns dos CAPS em Fortaleza, principalmente o CAPS geral da Secretaria Executiva Regional III, devido à sua proximidade geográfica com o referido hospital.

Assim sendo, houve uma transferência da demanda de assistência em saúde mental, antes atendida pelo IPC, para o mencionado CAPS, o qual não foi preparado antecipadamente no sentido de absorvê-la, ou seja, não existiu minimamente qualquer planejamento estratégico por parte da política de saúde mental do município que permitisse ao CAPS, naquele momento, dar vazão àquela situação. Como desdobramento da situação acima mencionada, observou-se uma sobrecarga de trabalho dos profissionais.

Outro aspecto relevante dentro do contexto histórico do período de realização deste estudo foi o fato de estarmos em um ano de eleições para gestor municipal. Havia, naquela ocasião, muitas incertezas e insegurança por parte dos profissionais dos CAPS no sentido de perderem seus vínculos empregatícios, uma vez que 55% dos trabalhadores tinham contrato com empresa terceirizada.

Neste trabalho, empregamos o termo transtorno mental para nos referirmos a comportamentos diferenciados, bem como a um conjunto de sintomas reconhecidamente associados ao sofrimento que uma pessoa pode vir a sentir e que, simultaneamente, interferem em alguma medida na funcionalidade de sua vida.

Em nossas concepções, o uso do termo supracitado se dá por entendermos que ele é, na contemporaneidade, o que mais se aproxima de uma perspectiva de não segregação dos sujeitos – ao contrário, visa a percebê-los numa dimensão

inclusiva e cidadã. Salientamos que, quando forem usadas, no corpo deste texto, outras nomenclaturas para se referir ao tema em pauta, como doença mental, enfermidade mental ou portador de transtorno mental, tratar-se-á de referências precisas ao pensamento de outros autores que porventura estejam sendo citados.

Observa-se que não existe ainda, no campo da saúde mental, um consenso no que diz respeito a um termo preciso para definir um determinado estado mental, sendo possível encontrar diversas terminologias utilizadas para se referir ao mesmo assunto, que podem ser vistos em documentos oficiais recentes da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e de diversos trabalhos científicos. Desse modo, é provável localizar nesses documentos uma variação acentuada de nomenclatura, que vão desde doença mental até portadores de transtornos mentais.

Nessa direção, chamamos atenção para a importância dessa questão, uma vez que a interpretação e o significado dos termos empregados no âmbito da saúde mental podem trazer implicações importantes, tanto em relação a aspectos positivos quanto a negativos. Concordamos com aqueles autores que percebem em determinadas nomenclaturas o potencial de ofuscar a pessoa e em seu lugar prevalecer o transtorno.

Para melhor elucidar o pensamento acima, são válidas as reflexões de Amarante acerca dessa questão. Em entrevista concedida à revista *Radis* da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz (2008), ele, ao se referir aos desafios postos à saúde mental, incluiu as relações de poder constituídas com pessoas que têm algum tipo de situação mental. Tais relações podem ser evidenciadas a partir de termos utilizados para se referir aos sujeitos, tais como: “doença mental”, “portador” de transtorno mental, os quais, segundo o autor, reforçam a ideia de transtorno ou doença como um traço preponderante de identidade, obscurecendo assim o sujeito.

As inquietações em relação a pesquisar o tema em questão remetem aos anos iniciais das nossas funções como assistente social num CAPS, o primeiro de Fortaleza, onde desenvolvemos atividades desde maio de 2001, fazendo parte de uma equipe multiprofissional e, posteriormente, por volta de 2005, assumindo a coordenação de outro CAPS no interior do Estado.

A experiência acumulada ao longo dos anos junto aos usuários e técnicos desses serviços (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas

ocupacionais, psicólogos e auxiliares de saúde mental¹) nos impulsionou a observar o significado que esses profissionais, envolvidos nesse processo de assistência à pessoa com transtorno mental, conferem às recentes proposições da política de saúde mental, assim como entender as suas concepções acerca de temas que estão relacionados à referida política, a exemplo da reforma psiquiátrica.

A leitura reflexiva sobre o assunto em pauta, aliada à experiência profissional, nos conduziu a inferir que, na atual execução da política de saúde mental nos espaços extra-hospitalares, a exemplo dos CAPS, há uma tendência em perceber e tratar o transtorno mental de modo abusivo, podendo estabelecer e reafirmar um fosso sempre presente no contato entre os diferentes. Essa forma de conceber o transtorno mental apresenta-se às vezes de forma velada; noutras, a violência do autoritarismo e da intolerância é explícita. Assim sendo, tal tendência supõe, em alguma medida, o retorno de práticas inerentes à lógica manicomial.

O estudo pode ser justificado, ainda, pela premência de um olhar crítico sobre as novas modalidades públicas de atenção à saúde mental que estão sendo abertas em todo o País e especificamente em Fortaleza, buscando-se conhecer e refletir as concepções norteadoras que dão suporte às ações voltadas à relação entre usuários da política de saúde mental e profissionais que a executam para, a partir daí, empreender a avaliação dessa política.

Considerando as sucessivas aproximações ao objeto de nosso estudo e percebendo a sua complexidade, buscamos, num primeiro momento, fundamentação teórica a partir de leituras relacionadas à loucura, reforma psiquiátrica, Estado, políticas públicas de saúde e de saúde mental e avaliação de políticas públicas.

O novo modelo de intervenção em saúde mental que vem sendo implantado no País representa uma ruptura paradigmática com os modelos tradicionais de assistência à pessoa com transtorno mental. De acordo com a literatura especializada, isso diz respeito ao rompimento com saber “arbitrário” e historicamente constituído pela psiquiatria enquanto estatuto de ciência que instituiu a loucura como seu objeto e se pôs como detentora absoluta de poder sobre ela.

Assim sendo, esse novo modelo de assistência visa a uma mudança radical nas representações sociais acerca da loucura e da doença na sociedade em geral.

¹ Termo utilizado por Sampaio e Barroso (1994) para se referir aos profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, motorista, entre outros.

Salienta-se que esse novo paradigma busca combater as estratégias de estigma, segregação e exclusão do “louco”, que historicamente foi concebido apenas como sinal de periculosidade social que o colocava numa condição de invisibilidade, anulando-se todas as outras dimensões de sua vida.

Nessa perspectiva, o conceito de cidadania torna-se nulo em razão da natureza do estatuto de alienação mental assimilado pela sociedade, uma vez que ela subtrai do sujeito a possibilidade de inclusão no campo da cidadania, no espaço comunitário e familiar, no mundo dos direitos, transformando-o em um ser incapaz, tutelado, ou seja, um não cidadão.

A nova forma de conceber a loucura incorporada pela reforma psiquiátrica remete-nos a interpretá-la como um movimento social em constante processo de expansão e de articulação com os diversos campos da vida em sociedade, tais como: econômicos, políticos, sociais e, sobretudo, culturais.

Nessa direção, os elementos culturais adquirem significativa importância no processo de busca por transformação da relação entre sociedade e loucura. Isso porque pensar em conceitos como dignidade, direito e humanização (definições presentes na base de sustentação desse novo paradigma) significa inverter uma lógica social acerca dessa questão, que está profundamente arraigada no imaginário coletivo. Implica, pois, um claro deslocamento do campo de exercício do tratamento tradicional psiquiátrico para fora do manicômio, evoluindo para um modelo de atenção diversificada, de base territorial-comunitária.

Nesse sentido, a implantação de novos modelos de atenção em saúde mental de base territorial-comunitária não significa necessariamente que esteja havendo efetivamente inversão da lógica manicomial. Portanto, corre-se o risco do desenvolvimento de práticas ancoradas em antigos paradigmas sob uma nova aparência, podendo ter como elementos impulsionadores, por exemplo, a falta de conhecimento necessário referente aos novos pressupostos em saúde mental e em atenção psicossocial por parte dos profissionais envolvidos.

Com base nessa assertiva, destacamos os CAPS como dispositivos importantes da política de saúde mental, que são pautados pelas diretrizes da reforma psiquiátrica. Entretanto, eles apresentam, em suas práticas, tendências que suscitam contradições, caracterizando confronto de interesses e expectativas,

evidenciado na relação entre aqueles responsáveis pelas ações entre assistentes/assistidos².

Compartilhamos da opinião de autores como Ornellas (2005) quando expressam que, da maneira como a reforma psiquiátrica vem sendo estruturada no Brasil, apresentam-se muitos pontos questionáveis. Um desses aspectos refere-se ao desenvolvimento e à execução da política de saúde mental, a qual está atravessada por contradições e ambiguidades, culminando em distanciamento entre o *ethos* que sustenta a referida política e a atuação efetiva dos profissionais.

As questões acima apontam para a necessidade de investigar como esses profissionais internalizam a política de saúde mental brasileira, o que nos levou à formulação da seguinte questão: quais os sentidos atribuídos à política de saúde mental pelos profissionais executores dessa política no município de Fortaleza?

Na busca de conhecer e compreender essa realidade, elegemos como base analítica fundante deste estudo a teoria das representações sociais, que, de acordo com Moscovici (2007), se constitui em uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Simultaneamente, possuem uma função construtiva da realidade, da única realidade que conhecemos por experiência e na qual a maioria das pessoas se movimenta.

A partir dessa linha de raciocínio e tomando como eixo norteador as representações sociais da política de saúde mental na concepção dos profissionais dos CAPS, alguns questionamentos se interpuseram, tais como: em que medida esses profissionais conhecem a base filosófica de sustentação dessa política e em que medida assumem a política de saúde mental como referência de sua atuação profissional? Qual o nível de envolvimento desses profissionais com essa política e em que grau a incorporam?

Essas foram as inquietações que formaram o conjunto de indagações que circundaram esta pesquisa, cujo objetivo geral é avaliar e compreender quais as representações sociais da política de saúde mental na concepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerando a política tanto na perspectiva micro (Fortaleza) quanto na macro (Brasil).

² Os termos assistente e assistido são empregados por Sampaio e Barroso (1994) para se referir à relação entre doentes mentais e técnicos da saúde mental, implicados no processo de assistência.

Em relação aos objetivos específicos, buscamos, através de observações das falas dos profissionais dos CAPS, conhecer o que pensam e expressam a respeito de temas como transtorno mental, reforma psiquiátrica, assistência sociofamiliar, internação psiquiátrica, desinstitucionalização e clínica ampliada.

O lócus da pesquisa foi o CAPS geral da Secretaria Executiva Regional III/UFC (SER III/UFC), integrante do Sistema Único de Saúde e da Rede de Saúde Mental do município de Fortaleza – Ceará.

A escolha da referida instituição levou em consideração o tempo de desenvolvimento de suas atividades, ou seja, buscou-se conhecer a realidade específica de um serviço implantado no início da construção do processo de reforma psiquiátrica no município de Fortaleza, que iniciou suas funções em 1998, sendo, portanto, o primeiro da capital cearense. Nesse sentido, supõe-se haver um acúmulo de experiências importantes do ponto de vista histórico. Outro elemento importante e decisivo para a referida escolha diz respeito ao fato de ser criado no imaginário das pessoas uma concepção de que este CAPS seja o “melhor” da cidade, tanto em relação à sua estrutura de instalação física quanto à própria assistência.

1.3. A dinâmica expositiva do texto

O presente texto apresenta a seguinte estruturação: na primeira seção, tem-se a introdução geral, a qual está subdividida em três momentos. Primeiramente é feita uma contextualização histórica sobre a loucura e a reforma psiquiátrica. Após esse traçado histórico, são apresentados a proposta avaliativa e o delineamento do objeto da pesquisa. Já a última subdivisão expõe a forma como o presente texto encontra-se organizado.

A segunda seção faz uma sintética discussão, mas tão completa quanto possível, sobre as revoluções paradigmáticas (evidenciando o projeto da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica) no Estado brasileiro na contemporaneidade, buscando contextualizar os processos de democratização no âmbito das reconfigurações estatais nos decursos da nova ordem do capital. Na segunda subseção é feito um apanhado histórico acerca do projeto de reforma sanitária brasileira, dando ênfase às lutas e conquistas por saúde, as quais vão dar

substância ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nas subseções seguintes, é feita uma contextualização da política de saúde mental no Brasil e no Ceará.

A terceira seção exibe as bases teóricas que sustentam o procedimento avaliativo em questão, cuja categoria de análise fundante escolhida foi a teoria das representações sociais. Nessa direção e tendo por objetivo as representações sociais dos profissionais dos CAPS sobre a política de saúde mental, buscamos inspirações teóricas para as seguintes categorias operativas: institucionalização, desinstitucionalização, normalidade e anormalidade, identidade e diferença, clínica tradicional e clínica ampliada.

Assim sendo, tem-se a seguinte organização: na primeira subseção foi feita uma contextualização acerca da teoria das representações sociais, com enfoque nas suas dimensões históricas, teóricas e metodológicas. Nas quatro subseções seguintes, foi realizada uma retomada conceitual e histórica das categorias operativas mencionadas linhas acima.

A quarta seção é destinada a discorrer sobre a avaliação de políticas públicas, tendo por objetivo contextualizá-la histórica e conceitualmente. Dessa forma, tem-se na primeira subseção a delimitação conceitual do tema em pauta. Na segunda, encontra-se uma exposição acerca da tipologia da avaliação a partir das reflexões de diversos teóricos da literatura especializada. Na terceira subseção registra-se uma discussão sintética, mas tão completa quanto possível sobre a metodologia de avaliação, tendo em vista a abordagem de elementos como o rigor metodológico, forma de procedimentos investigativos e de análises dos processos avaliativos.

Na quarta subseção situa-se uma teorização pertinente aos critérios exigidos nos processos de avaliação de políticas públicas, os quais se justificam como sendo inerentes à prática de avaliar.

Na quinta subseção, que foi denominada *medidas e indicadores*, tem-se uma contextualização dos indicadores sociais, com vistas a uma compreensão de sua natureza, seus significados, utilidade e importância no campo das políticas públicas. Essa subseção foi subdividida em três partes: na primeira, nominada de *construção de indicadores*, discorre-se sobre como os indicadores sociais são construídos na prática. Trata-se de uma discussão feita à luz de teóricos como Nilson Holanda, Cohen e Franco e principalmente Paulo Januzzi, o qual é reconhecido como referência nesse tema.

Já na segunda parte, chamada de *construção de indicadores qualitativos*, encontra-se uma sintética, mas densa discussão teórica sobre a construção de indicadores sociais, sendo agora numa perspectiva qualitativa. Veio das reflexões de Minayo a inspiração para os debates, considerando o aprimoramento dos indicadores no campo das abordagens qualitativas, ou seja, de imprimir elementos da ordem subjetiva aos processos avaliativos.

Para finalizar a referida seção, apresenta-se a terceira subseção, intitulada *produção de indicadores em saúde mental*, em que é feita uma sintética, mas tão plena quanto possível discussão acerca da construção de indicadores qualitativos no âmbito da saúde mental, cuja essencialidade reside na preocupação de criar mecanismos que propiciem a verificação da qualidade dos serviços prestados à população e ancorados nos pressupostos da desinstitucionalização.

A quinta seção é destinada aos aspectos metodológicos da investigação, em que foi priorizada a pesquisa qualitativa como método norteador deste estudo por haver consonância com o pensamento da pesquisadora e com as diversas concepções trazidas pela literatura especializada. Considera-se esse método como sendo inscrito numa relação dinâmica entre os sujeitos e mundo real, onde se estabelece vínculo indissociável entre os aspectos objetivos e subjetivos, os quais não são quantificáveis. Assim sendo, realiza-se um percurso teórico informando por diversos autores da literatura especializada os aspectos fundamentais referentes a métodos, instrumentos e técnicas de pesquisa, dando ênfase à pesquisa qualitativa, bem como expondo como e quais técnicas foram utilizadas na presente pesquisa.

A referida seção foi assim estabelecida: na primeira subseção foi elaborado um diálogo com a literatura da área, no intuito de caracterizar, do ponto de vista teórico, a pesquisa avaliativa, fazendo interface com a pesquisa qualitativa. Na segunda, situam-se os delineamentos empíricos dessa pesquisa avaliativa. Na terceira subseção, verifica-se o delineamento dos sujeitos implicados na pesquisa.

Na sequência, a quarta subseção realizou um esquadramento da engenharia de técnicas e instrumentos apropriados para o alcance dos resultados do estudo. Já na quinta subseção registra-se a exposição dos princípios éticos que foram observados no exercício da elaboração de todo o processo investigativo. Finalizando essa seção, localiza-se a subseção onde foram se exibir os métodos de análise e interpretação dos dados da pesquisa, ancoradas em estudos de teóricos

como Laurence Bardin e Miriam Limoeiro, sendo esta última analisada à luz dos estudos de Alba Carvalho.

A sexta e última seção, intitulada *Representação social da política de saúde mental na concepção dos profissionais dos CAPS: uma imersão nos significados das falas dos sujeitos*, descreve e analisa as representações sociais dos técnicos inseridos nos serviços substitutivos mais expressivos da política de saúde mental brasileira, os CAPS. Apresenta o significado da política de saúde mental do ponto de vista dos sujeitos que a realizam, atribuindo assim visibilidade às suas vivências, explicações, sentimentos e expectativas em relação a essa política.

Essa seção consta de doze subseções, nas quais a primeira diz respeito ao delineamento do perfil dos sujeitos entrevistados na pesquisa, levando em consideração aspectos referentes às suas experiências profissionais anteriores e aos seus vínculos com a instituição.

Em relação às demais subseções, foram destinadas à exposição do conteúdo manifesto das falas dos sujeitos, tendo em vista a realização de suas interpretações. Simultaneamente, contempla a análise desses discursos através de temas, os quais, de acordo com Bardin (2010), referem-se a unidades de significações que se libertam naturalmente de um determinado texto sob análise segundo critérios referentes à teoria que lhe serve como guia à leitura. Nesse sentido, os temas analisados pela pesquisa foram: Tema I – Visões sobre a pessoa com transtorno mental; Tema II – Concepções de reforma psiquiátrica; Tema III – Concepções da reforma psiquiátrica no contexto do município de Fortaleza; Tema IV – Entendimentos e perspectivas sobre internação psiquiátrica; Tema V – Visões sobre a desinstitucionalização em processo no campo psiquiátrico; Tema VI – A família no contexto da assistência a pessoas com transtorno mental; Tema VII – Inserção de profissionais no contexto do CAPS e a configuração do mundo do trabalho; Tema VIII – Concepções sobre clínica no contexto da saúde mental; Tema IX – Dificuldades identificadas para execução da política de saúde mental no contexto do CAPS; e Tema X – Perspectivas da assistência para as pessoas com transtornos mentais.

Na seguinte subseção é possível verificar o perfil dos profissionais de saúde mental, numa perspectiva mais sintética que visa a demonstrar a constituição dessa população a partir das seguintes variáveis: idade, sexo, titulação acadêmica, forma

de contratação na instituição em pauta e tempo de serviço, função exercida no CAPS e capacitação na área de saúde mental.

Por fim, tem-se a última subseção, que é destinada à exposição dos indicadores sociais em saúde mental, construídos a partir das análises das informações obtidas com os sujeitos entrevistados nesta pesquisa avaliativa.

2 AS REVOLUÇÕES PARADIGMÁTICAS NO CAMPO DA SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO CONTEMPORÂNEO

2.1 O Estado brasileiro contemporâneo: entre os processos de democratização e as reconfigurações estatais nos percursos do ajuste à nova ordem do capital

O colapso deflagrado nos modelos organizacionais de produção e as respectivas teorias econômicas em voga na transição do século XX ao século XXI, como o fordismo-taylorismo-keynesianismo, o neoliberalismo-toytismo-Estado mínimo social e os modelos de esquerda forneceram as bases de sustentação para o estabelecimento de uma relação entre o Estado e a sociedade civil extremamente antagonica e simultaneamente recíproca.

O desenvolvimento dos referidos modelos geraram significativas modificações em nível mundial, com fortes desdobramentos de significativa proporção nos campos econômico, político, institucional e social. Por sua vez, a crise desses modelos de produção capitalista, em função de seu esgotamento, fará surgir uma série de transformações sociais amplas e complexas, criando espaços fecundos de lutas interpostas pela sociedade em busca de experiências democratizantes.

Assim sendo, torna-se importante debater o pensamento de Gramsci, citado por Coutinho (1992), acerca da relação do Estado com a sociedade civil, tomando como referência os conflitos e tensões vivenciados pelos movimentos sociais frente ao Estado. Nessa direção, recorreremos, portanto, ao conceito de Estado ampliado que, segundo o autor, não se trata apenas do aparelho de comando e repressão, mas também da “sociedade civil” e seu aparelho de hegemonia, no qual um grupo social pode conquistar a direção de toda a sociedade.

Para Gramsci, o Estado é formado por dois segmentos: a sociedade política e a sociedade civil. A sociedade política (Estado-coerção) corresponde ao conjunto dos mecanismos de controle legal constitucional, através dos quais as classes dominantes detêm o monopólio legítimo da repressão e da violência por meio dos aparelhos coercitivos de Estado (o direito, a polícia, o sistema prisional, entre outros), controlados pelas burocracias.

Com relação à sociedade civil (Estado ético), Gramsci afirma que se trata de organismos privados não pertencentes ao aparelho do Estado (escolas, igrejas, partidos políticos, sindicatos, entre outros), ou seja, um conjunto de relações

ideológicas e culturais responsáveis pela criação e disseminação das ideologias. Nesse sentido, a hegemonia das classes pode ser alcançada através da sociedade civil, a partir do estabelecimento de alianças em busca de posições por meio da liderança política e do consenso. A sociedade civil é considerada por Gramsci como um “conjunto de organismos vulgarmente ditos ‘privados’ e correspondente à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade” (COUTINHO, 1992, p. 73).

Cabe ressaltar que Gramsci reconhece a diversidade estrutural e funcional existente tanto na sociedade civil como na sociedade política; contudo, deixa claro que essa divisão é apenas conceitual, havendo, pois, uma relação dialética entre esses segmentos. Nogueira (2001), estudando conjuntamente a dialética, Estado e sociedade, nos diz:

[...] Trata-se, pois, de conseguir um encontro dialético entre Estado e Sociedade: uma interpenetração dinâmica que sirva tanto para colocar a sociedade no Estado – democratizando-o e controlando-o – quanto para colocar o Estado na sociedade, de modo a fazer com que prevaleçam interesses mais coletivos, mais compartilhados. (NOGUEIRA, 2001, p. 30)

A compreensão da relação dialética entre sociedade civil e Estado nos permite pensar tais experiências democráticas e emancipatórias, situando-as como exercício da “Grande Política³” e da ampliação de um Estado que vai incorporando as reivindicações emergentes dos movimentos sociais na perspectiva gramsciana. Partindo das formulações que dão conta dessa dinâmica de constante tensão, situamos as lutas da sociedade brasileira em busca de melhores condições de saúde, por um lado, e as conquistas jurídico-institucional da política de saúde brasileira, por outro, deflagradas num espaço de tensão entre interesses contraditórios (movimento social x Estado) ao longo dos anos.

As tensões provocadas pelo exercício do controle social e pelas demandas sempre renovadas dos movimentos sociais no Brasil, assim como o conjunto de mudanças ocorridas nos anos 1990 em termos de viabilização dos projetos emancipatórios por parte do Estado (em especial no campo da saúde), nos revelam

³ O termo “Grande Política” está presente na obra de Gramsci (*Quaderni del cárcere*). A sua elaboração teórica busca instituir a diferenciação existente entre o que o autor considerava a “Grande Política”, ou seja, a sociedade regulada, contrapondo-se à “pequena política”, a qual significa a política do cotidiano, a política parlamentar, de corredor, do exercício do poder. (CARVALHO, 2010)

a atuação de um Estado que assegura os interesses dos movimentos sociais em meio a um contexto atravessado por transformações e crises devido à reforma do Estado sob a égide neoliberal.

Tomando como eixo de análise as lutas democratizantes, torna-se necessário enfatizar que no conjunto de países da América Latina, entre eles o Brasil, atualmente registra-se a atuação de dois grandes projetos societários antagônicos, iniciados na década de 1980, cuja característica mais marcante é a diminuição dos direitos sociais e políticos, ao mesmo tempo em que existe uma ampla participação social representada e fundamentada na democracia.

Diversos estudiosos têm se dedicado a analisar esse processo, cabendo destacar Alba Carvalho (2006; 2010), que nos ajuda a compreender essa realidade. Para a autora, existem hoje, nos países da América Latina, duas configurações estatais em confrontação:

[...] o Estado democrático, ampliado na relação com a sociedade civil pela via da política, viabilizando encontros, pactos, parcerias; o Estado ajustador, restrito e seletivo sob a égide do mercado, com a destituição e anulação da política face à difundida crença do 'caminho único' com a impossibilidade de mudança (CARVALHO, 2006, p. 122).

Considerando as afirmações da autora acima citada, observa-se um contexto em que há a dominância do Estado ajustador, preservando traços característicos do Estado democrático. Enfatiza que essa dominância ocorre no bojo das lutas democráticas, ou seja, continua a colisão entre os projetos, apresentando-se e firmando-se de acordo com a conjuntura, priorizando as políticas de ajuste, passando o econômico a ter relevância absoluta, limitando, dessa forma, os espaços democráticos. Noutros momentos, especificamente de tensões, os projetos de ajuste mostram-se insuficientes, abrindo canais para ampliação das lutas democráticas e, por conseguinte, das conquistas.

Segundo Dagnino, Alvarez e Escobar (2000), no campo das lutas democratizantes, no contexto brasileiro, os movimentos sociais recebem significativa relevância ao instituir uma arena pública de disputa, visando a subverter simbolicamente os valores postos, contrapondo-se à lógica do capital. Menciona o campo da saúde como espaço de grande potencial para o questionamento e a desnaturalização desses valores abancados, engendrando, dessa forma, uma nova

política cultural⁴, novas referências, novas cidadanias e novos valores, culminando na expansão das fronteiras da política institucional, transformando demandas em políticas públicas sociais.

Ainda de acordo com as reflexões de Dagnino (2004) acerca da política brasileira, ela assevera que o processo de ajuste neoliberal defronta-se com um projeto político democratizante, que foi gestado ainda no período de resistência à ditadura militar. Tal projeto democrático consubstancia a ampliação da cidadania na participação da sociedade civil. Nessa perspectiva, o projeto neoliberal no âmbito da sociedade brasileira se depara com um adversário relativamente consolidado, apesar de não ser hegemônico – contudo, capaz de construir um campo em disputa.

Tomando por base as reflexões acima, destacamos que só foi possível gestar e instituir projetos que possuem, em sua concepção, fundamentos democráticos, a exemplo da reforma sanitária brasileira e, por conseguinte, a institucionalização do Sistema Único de Saúde, inclusive de forma legal, dentro desse cenário de duplo dinamismo existente entre os dois grandes projetos societários em disputa.

Concordamos com Bravo (2012) ao considerar a reforma sanitária como um projeto que propõe uma relação diferenciada entre o Estado e a sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política por meio de dispositivos participativos, como é o caso dos conselhos e conferências, por exemplo.

O projeto de reforma sanitária apresenta também diferenciações significativas que podem ser percebidas ao analisarmos a base de sua formulação, tendo como premissa básica: “saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. Essa definição, pensada pela Organização Mundial da Saúde, remete a um conceito de saúde extremamente inovador que inclui fatores como alimentação, trabalho, lazer, acesso ao sistema de saúde, bem-estar social etc. Logo, essa definição de saúde tem sido alvo de diversas críticas, uma vez que suas proposições inovadoras e revolucionárias firmam-se em uma nova cultura política, constituindo-se, portanto, numa proposta contra-hegemônica, indo contra os interesses do grande capital.

⁴ A definição de cultura política é compreendida a partir do entrelaçamento da cultura e da política. Nessa perspectiva, a cultura é percebida como concepção de mundo, conjunto de significados que integram práticas sociais, não podendo ser compreendida apropriadamente sem a consideração das relações de poder presentes nessas práticas. A expressão política cultural refere-se, portanto, ao processo pelo qual o cultural se torna fato político. (DAGNINO; ALVAREZ; ESCOBAR, 2000)

A implantação do SUS evidencia as intensas potencialidades de contraponto à lógica mercantilista e à sociabilidade do capital, embora aconteça num ambiente fecundo de tensões, disputas de significados e de reformas, ao contrário das concepções democratizantes de saúde. O projeto de saúde voltado ao mercado busca potencializar a lógica e o avanço do capitalismo, que compreende a saúde não como um direito numa perspectiva coletiva e universal, mas como uma importante fonte de acumulação de capital, pautando-se em concepções individualistas e fragmentadas.

Diante desse contexto de transformações e de crises, o qual a sociedade brasileira vem atravessando na contemporaneidade, marcado pela “confluência” e por embates dos dois projetos estatais em disputa, podemos inferir que se torna cada vez mais distante a efetivação integral do SUS, pois esse é um projeto democratizante que colide com os interesses dos idealizadores do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, provocando, dessa forma, tensões e resistências à sua efetivação. Como contraponto a essa realidade, busca-se a participação do Estado, por meio de partidos políticos e ampliação da democracia na esfera da economia, da política e da cultura.

2.2. A construção do SUS no âmbito da reforma sanitária: uma revolução paradigmática

O Estado democrático de direito, no contexto da sociedade brasileira, teve sua base firmada com o advento da Constituição Federal de 1988, a partir da criação e da implementação de políticas públicas, como um conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado voltado às demandas sociais. Cabe ressaltar que, nesse sistema constitucional, três elementos característicos se sobressaem: a ampliação da participação política, o controle social e a garantia dos direitos fundamentais. A consecução desses direitos passa por momentos distintos de luta e tensão, especificamente no que se refere aos direitos em saúde.

A necessidade da sociedade civil brasileira, em busca de direitos no campo da saúde, incidiu em importantes movimentos sociais, a exemplo da reforma sanitária. Assim sendo, resgataremos os principais momentos da trajetória histórica da reforma sanitária, que tem como marco emblemático a criação do SUS. Para

esse fim, faremos um recorte no tempo iniciando com a década de 1970, momento em que as lutas ganham maior consistência, havendo desdobramentos importantes para a política de saúde.

A década de 1970 foi um período fecundo de tensões no Brasil, deflagrado pelo regime militar e representado pela ausência de democracia, que culminou em suspensão dos direitos constitucionais e liberdade individual. Esse cenário de reduzida participação social colaborou para imprimir um caráter de maior relevância às lutas e aos movimentos sociais brasileiros, tendo em vista a pressão a que vinha sendo submetida a população a partir do fechamento dos meios de participação, como sindicatos, associações e partidos políticos, levando a população a buscar distintas estratégias de superação.

É nesse contexto acima descrito que ocorre um agravamento nas condições de vida da população, trazendo consigo problemas de saúde, muito deles devido às precárias condições a que a população estava exposta. Essa dinâmica social propiciou a mobilização de atores sociais nas comunidades, tendo como principais elementos mobilizadores: a precariedade no atendimento médico, a concentração do atendimento em hospitais e a escassez de medicação.

Cabe destacar que a rearticulação da sociedade nesse período na busca de superação ao caótico modelo de saúde em vigor fez surgir diversas propostas e frentes de luta ligadas à Igreja Católica, às entidades de classe e aos órgãos do Estado, como as secretarias de saúde.

O acesso aos serviços de saúde nesse período limitava-se aos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho, devendo, portanto, comprovar vínculo trabalhista por meio de documento específico (carteira de trabalho). Nesse contexto, segmentos populacionais vulneráveis, como crianças e idosos, por exemplo, ficavam excluídos do acesso. Esse perfil das políticas de saúde (curativo e excludente) adotadas pelo Estado revela a baixa responsabilidade social deste com a população desfavorecida.

A crise econômica deflagrada no início da década de 1970, com o advento da crise do petróleo e o aumento da inflação, culminou no fim do modelo de desenvolvimento econômico ocorrido durante o regime militar (o milagre econômico) em meados daquela década. Dessa forma, surgiram problemas internos decorrentes do cenário político e econômico internacional, tendo como consequência marcante o

processo de abertura política em fins dos anos 1970, criando assim espaços para atuação de novos agentes históricos em busca de mudanças sociais.

Por essa ocasião, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) do Rio de Janeiro adotou a técnica Cendes⁵ – Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) no Curso de Especialização em Planejamento de Saúde, havendo assim uma profunda discussão acerca da ampliação da oferta dos serviços públicos de saúde. Ressalta-se que esse debate avançou, não se limitando apenas a ENSP, e foi difundido em outras instituições públicas.

Vale destacar que os referidos estudos evidenciavam diversos problemas causados à saúde da população em função de uma série de fatores de ordem econômica e política, que estimularam as denúncias sobre essa realidade, bem como a construção de propostas de alternativas ao vigente sistema de saúde.

Mendes (1999) compreende que a discussão acumulada durante todo esse processo acima descrito, especificamente no âmbito acadêmico, contribuiu para desenvolver nos atores sociais uma concepção mais crítica em torno do modelo socioeconômico então vigente e seus desdobramentos sobre a situação de saúde da população e ao sistema de saúde. Essa nova forma de conceber a questão da saúde terá como desdobramento o desenvolvimento de uma base político-ideológica norteadora da reforma sanitária, bem como a difusão do movimento sanitário no meio médico.

De acordo com Mendes (1999), a Conferência de Alma-Ata⁶, realizada em 1978, aprovou a proposta que enfatizava o investimento em ações de cuidados à atenção primária de saúde. Na Declaração de Alma-Ata, observam-se recomendações para realização de ações que possibilitassem a diminuição da desigualdade social entre os países. Nesse sentido, propunha a expansão do

⁵ A técnica Cendes refere-se ao arcabouço metodológico inicial de planejamento na América Latina, que, numa ação articulada entre Centro Nacional de Estudos Del Desarrollo (Cendes) e a Organização Pan-Americana de Saúde, instituem um método de programação em saúde objetivando a racionalização das tomadas de decisões referentes aos problemas no campo da saúde. Prioriza a otimização dos recursos públicos, além de avaliar o desempenho administrativo do setor. A mudança proposta por esse método considera amplamente os problemas de ordem técnica, ou seja, aspectos pertinentes à eficiência e à eficácia do setor. Procura promover a racionalização sem, contudo, elucidar as causas sociais dos problemas enfrentados. (RIVERA, 2006)

⁶ Trata-se de uma conferência internacional realizada em 1978 na antiga União Soviética, na cidade de Alma-Ata, tendo como tema: Cuidados Primários em Saúde. A organização do evento esteve a cargo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representando assim um fato emblemático que redirecionou a forma de conceber e conduzir as políticas de saúde por parte da OMS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

modelo assistencial de baixo custo para os membros da sociedade excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, ou seja, o modelo de Atenção Primária à Saúde.

Na concepção de Silva Júnior (2006), a Atenção Primária à Saúde referia-se a uma alternativa de assistência, configurando-se como inovação no modo de praticar a saúde, em função de sua abrangência para além do campo individual, abrindo espaço para um conjunto de ações em saúde fazendo interface com as políticas sociais, econômicas e ideológicas, priorizando assim o espaço coletivo. Contudo, esse modelo recebeu críticas de vários estudiosos da área, que alegavam tratar-se de um modelo de caráter “contraditório e reformista” do modelo então vigente, contribuindo assim para a reprodução da força de trabalho e permitindo que o Estado economizasse na área da saúde para aplicar recursos em setores da economia.

Entre 1979 e 1980, ocorreram Encontros Nacionais para Discussão de Experiências em Medicina Comunitária, os chamados Enemec. Nesses espaços eram discutidas formas de abordagens mais amplas no âmbito da saúde. Assim sendo, em 1981, como desdobramento do III Enemec, ocorrido em Goiânia, surge o Movimento Popular de Saúde (Mops).

Conforme Gerschman (2011), o III Enemec teve como matéria principal: “saúde, uma conquista do povo”. As discussões primavam pelo enfoque político da saúde, apontando a necessidade da responsabilização do Estado no âmbito da saúde, numa perspectiva de universalidade e igualdade da assistência, e tendo a participação dos trabalhadores na Política Nacional de Saúde.

Essas considerações, até aqui, conduzem-nos a observar que as discussões sobre saúde vão ganhando maior abrangência e profundidade. Desse modo, a compreensão de saúde foi sendo gradativamente articulada à necessidade de transformações sociais, inspirando e constituindo um ambiente fecundo para a criação do Movimento Popular de Saúde (Mops), tendo como objetivos gerais unificar as lutas específicas para conseguir um sistema de saúde que atendesse às necessidades da população e promover melhores condições de vida para o povo brasileiro.

A partir do acirramento e do fortalecimento do Movimento Popular de Saúde, tornou-se possível, em 1983, a realização do quarto Enemec, realizado em São Paulo, tendo como objetivo discutir a ampliação da compreensão de saúde na

perspectiva do controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores, a igualdade de direitos previdenciários, a ampliação dos serviços de saúde para o campo e a incorporação de ações preventivas na área da saúde.

Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, viabilizada pelo Ministério da Saúde, tendo ampla participação da sociedade civil, configurando-se como um marco histórico na sociedade brasileira, pois pela primeira vez a sociedade era chamada a participar das discussões para o setor. O tema da referida conferência foi: “saúde, dever do Estado e direito do cidadão”, que propunha a reformulação do Sistema Nacional de Saúde a partir de uma ação institucional norteada pela concepção ampliada de saúde.

A referida conferência representa um marco emblemático na história do sistema de saúde, em função do seu caráter mobilizador e aglutinador dos diversos segmentos sociais implicados no processo de luta no campo da saúde. Entre eles, destacam-se os agentes de saúde das dioceses, as pastorais da saúde, o Mops, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), além dos sindicatos.

Importante destacar que Cebes elabora, ainda na década de 1970, uma proposta de reformulação do então modelo de assistência em saúde a ser substituído por um sistema de saúde de caráter democrático inspirado na reforma sanitária italiana.

O projeto da Reforma Sanitária, de acordo com Paim (2008), refere-se a um conjunto de ideias criado como forma de enfrentamento ao autoritarismo e para a ampliação dos direitos sociais, supondo reforma no âmbito do Estado via publicização e retomada do desenvolvimento econômico a partir de uma distribuição de renda nacional mais justa e investimentos em políticas sociais.

A filosofia presente no conceito de saúde adotado pela reforma sanitária brasileira deixa claros os anseios da sociedade por transformações na área da saúde e gradativamente ganha legitimidade a noção de saúde como uma responsabilidade do Estado.

O processo de participação da sociedade no âmbito da Reforma Sanitária, a partir do extenso debate e das pressões das lutas lideradas pelos movimentos sociais, tornou possível a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde instituído a partir da Constituição Federal de 1988. É regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Sua

funcionalidade se dá nos três níveis de governo, tendo como complementação o serviço privado contratado. A sua filosofia de atuação é única em todo o território nacional.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o SUS, tendo como definição: “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (Lei 8.080/90, Art. 4º).

O novo modelo de atenção à saúde busca superar o modelo tradicional de política de saúde ancorada em práticas centradas na assistência médica individual para um modelo fundamentado num conjunto de ações e serviços públicos inovadores. Essas ações inovadoras estão contidas no artigo 7º da Lei 8.080/90, que dispõe sobre os princípios e diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, destacaremos os princípios mais marcantes que norteiam a estatização dos serviços de saúde contidos no SUS: a universalidade, conforme Paim (2008), é uma ideia presente nos princípios da Revolução Francesa e diz respeito a tudo aquilo que é comum a todos. Refere-se, portanto, ao acesso aos serviços de saúde por todas as classes sociais, independentemente do nível de assistência, sem qualquer forma de remuneração pelos serviços prestados.

Embora não esteja mencionada entre os princípios e diretrizes do SUS, a equidade faz parte desse arcabouço legal. Ainda de acordo com Paim (2008), a noção de equidade reconhece ser possível o atendimento desigual àqueles que são desiguais, visando ao alcance da igualdade pelos mais necessitados. Na prática, os serviços de saúde devem planejar suas ações de modo a considerar as necessidades diferenciadas trazidas pela população.

A integralidade, como parte do arcabouço teórico legal, consiste em ações dos serviços de saúde que consideram as múltiplas dimensões da vida do indivíduo, ou seja, perceber a pessoa em sua totalidade, levando em conta aspectos biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e culturais. Aqui as ações devem estabelecer articulações com outras instituições que façam interface com os problemas trazidos, para além dos aspectos exclusivamente de saúde.

Outro princípio fundamental consiste na participação da sociedade na gestão da política pública de saúde numa perspectiva democrática por meio da descentralização do sistema de saúde, o qual possibilita a criação de novos espaços

legais de participação. Essa nova forma de conceber a saúde no Brasil institui o acesso da sociedade civil ao poder, através dos mecanismos de democracia participativa, materializados nos Conselhos de Saúde.

Constata-se atualmente um avanço na ampliação de leis complementares e portarias, resultantes das lutas em defesa da saúde lideradas por segmentos sociais específicos. Nesse sentido, chamamos atenção para a regulamentação legal da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Assim, segundo o Ministério da Saúde (2004), a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, trata do redirecionamento da assistência psiquiátrica, regulamenta o cuidado especial com a população internada por longos períodos e prevê a possibilidade de punição à internação involuntária ou desnecessária.

Concordamos com autores como Lobato (2009) ao considerar a reforma como um processo em curso, reconhecendo seus notáveis níveis de avanços históricos, bem como a incompletude de seus preceitos em função das tensões políticas. Essa reflexão trazida pela autora nos convida a pensar nas conquistas e recuos por parte dos movimentos sociais em saúde, que lutaram vigorosamente pela efetivação, democratização e descentralização do sistema, objetivando o atendimento das necessidades da população, materializadas no SUS.

Como já explicitado ao longo deste texto, as proposições presentes no projeto de reforma sanitária objetivavam consolidar a estatização dos serviços de saúde, ancorados numa compreensão de Estado democrático de direito⁷, consubstanciado pela intervenção do poder estatal nas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Contudo, percebe-se que, durante a década de 1990, houve um retraimento à consolidação do SUS, ocorrido em função dos efeitos do projeto norteado pelo neoliberalismo⁸, iniciado com o governo Fernando Collor de Melo. Nesse período,

⁷ Refere-se à forma constituída de governar que emana do povo. Na Constituição Federal de 1988, consta em seu Art. 1º que o Brasil constitui-se em um Estado democrático de direito, que é o modo de governo em que o povo é concebido como agente do processo de tomada de decisões referentes às questões da sociedade. Assim, o exercício desse poder ocorre por intermédio de seus representantes legais ou diretamente. (SOARES, 2008)

⁸ Nasceu na Europa e na América do Norte, logo após a Segunda Guerra Mundial. Refere-se a uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e do bem-estar. Em 1944, é publicado o seu texto de origem, *O caminho da servidão*, de Friedrich Hayek, considerado o proponente da base filosófica e econômica do neoliberalismo. Este é contrário a qualquer forma de limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, quer seja econômica ou política. (PERRY ANDERSON, 2007)

observa-se uma significativa ameaça ao SUS através do processo de veto às leis complementares, bem como pela morosidade em oficializá-las.

Dessa forma, são pertinentes as reflexões de Mendes (1999) quando explica que a opção pelo modelo neoliberal busca a redução da intervenção do Estado, no sentido de mercantilizar a saúde, ou seja, há um repasse da regulação da saúde para o mercado.

Apesar da grande ofensiva neoliberal deflagrada na década de 1990, as proposições nucleares do SUS se mantiveram, uma vez que elas representam uma conquista da sociedade civil organizada, havendo, portanto, uma luta em prol da manutenção de sua proposta textual, que foi amplamente defendida pelos movimentos em saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em agosto de 1992, em Brasília, representou um processo social de luta de aproximadamente dois anos, que envolveu diversos segmentos da sociedade civil, refletindo a expressão mais verdadeira do povo brasileiro na busca por melhores condições de saúde. Cabe enfatizar que a referida conferência se deu em meio a uma conjuntura perpassada pela crise ética e política vivida pelo Estado brasileiro, o qual se posicionava em contrário à realização do evento, objetivando desarticular o SUS.

A realização dessa conferência ocorreu em uma ambiência de tensão, em que o governo era pressionado a atender as exigências do setor privado, especificamente a indústria farmacêutica, que se beneficiaria com a promulgação da Lei das Patentes, o que representaria um caos para política de pesquisa do setor de saúde brasileiro.

Segundo relatório do Ministério da Saúde (1993), a premissa central da IX Conferência de Saúde foi propor um aprofundamento na organização do sistema de saúde, tomando como eixo analítico prioritário o modelo assistencial, recursos humanos, controle social e descentralização. Como resultante desse evento emblemático (IX CNS), ficaram estabelecidos os critérios para consolidação da descentralização, municipalização e participação social, ou seja, registrava-se um avanço político e institucional, que torna possível o Estado brasileiro, através do Ministério da Saúde, atuar numa direção única em todos os níveis do governo em relação às ações de saúde.

Durante o governo Fernando Henrique Cardoso, iniciado em 1995, observa-se a continuação das ações do Estado sob a influência da política neoliberal, no

contexto da reforma do Estado. As ações resultantes desse modelo resultaram em desresponsabilização do Estado frente às políticas públicas sociais, que simultaneamente repassava as responsabilidades estatais ao setor privado.

Importante enfatizar que o sistema de saúde de 1996 vivencia uma crise desencadeada pelo corte no seu financiamento. Nesse sentido, destacamos alguns aspectos resultantes dessa crise que agravou significativamente a operacionalização do sistema, tais sejam: escassez de leitos, precária remuneração dos profissionais de saúde e ampliação da medicina supletiva.

As precárias condições no funcionamento do SUS impulsionaram os movimentos sociais a elaborar um conjunto de reivindicações e proposições, dando início, em 1997, a uma redefinição do SUS, ocorrendo então um reordenamento no âmbito do Estado frente às políticas sociais, as quais são norteadas pela lógica de assistência básica, ou seja, uma estratégia do governo para atender as recomendações para o alcance da estabilização econômica.

Desse modo, é reforçada nos serviços públicos de saúde a lógica de organização da oferta a partir das demandas. Esse modelo tradicional no Brasil é entendido por muitos estudiosos do assunto, entre eles Paim (2008), como insuficiente às mudanças necessárias nos níveis de saúde. Aqui, as estratégias priorizam a oferta organizada em nível local, obedecendo a critérios geográficos e epidemiológicos, buscando a resolução dos problemas a partir de ações educativas (educação em saúde) em articulação com outras políticas (intersectoriais).

Cabe destacar que, de acordo com Bravo (2011), o mandato de Luiz Inácio da Silva, iniciado em 2003, apresentava um discurso enfático voltado à consolidação do projeto de reforma sanitária. Contudo, ao contrário do que se esperava, o governo permaneceu com a operacionalização dos dois projetos de saúde em disputa no País (o projeto de reforma sanitária e projeto médico-assistencial privatista), havendo uma polarização, na qual algumas proposições procuraram fortalecer o modelo democrático e, em outras, conservou o projeto voltado ao mercado, sobretudo no que se refere à focalização e ao desfinanciamento.

O sistema brasileiro de saúde completará, neste ano, 22 anos de sua implantação. Apesar de alguns avanços terem ocorrido, o SUS real em muito se diferencia do SUS jurídico-institucional. Bravo (2011), em estudo sobre a política de saúde brasileira, chama atenção para a significativa distância entre o projeto do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde em voga. Refere que o

SUS foi se consolidando como lugar destinado a pessoas sem condições de acesso aos setores privados de saúde, constituindo-se em parte de um sistema segmentado. A autora segue em sua análise enfatizando que as proposições contidas SUS e inscritas na Constituição de 1988 de um sistema público universal ainda não se efetivaram.

Conforme Soares (2009), a defesa do papel do Estado no âmbito da saúde vem se firmando em seu posicionamento de assistência à saúde via SUS destinada aos segmentos mais pobres da sociedade, tomando como referência a pressão do desfinanciamento, o qual produz efeitos que excluem a participação de amplos setores da sociedade. Nesse sentido, o autor refere que a perspectiva de consolidação do princípio da universalização torna-se uma realidade cada vez mais distante. Chama de “antipolítica” social o exercício de políticas focalizadas e excludentes quando estas viabilizam a “inclusão” não como direito, e sim por mensuração do nível pobreza, não garantindo igualdade necessária a uma política social.

Do exposto, a questão que se coloca no atual contexto da sociedade brasileira no campo da saúde diz respeito à necessidade de uma revitalização dos movimentos sociais objetivando superar as profundas desigualdades sociais existentes no setor a fim de instituir efetivamente a equidade numa perspectiva que ultrapasse o simples reordenamento e distribuição de serviços, mas que considere tais ações na esfera do direito.

Para sintetizar essa contextualização acerca da política de saúde brasileira no âmbito do Estado democrático de direito, a partir das contribuições dos diversos autores aqui mencionados e também da nossa ótica, consideramos que, para que haja a efetivação do SUS de acordo com seu arcabouço teórico legal, faz-se necessário instigar amplamente o processo de democratização radical da sociedade civil brasileira através dos movimentos sociais, com vistas a consolidar uma cidadania democrática.

É fato que, nesses últimos 20 anos, muitos avanços ocorreram no campo da saúde, se compararmos as atuais políticas de saúde com as que antecederam o SUS, período em que a assistência ficava restrita àqueles que tinham vínculo com a Previdência Social, ficando grande parcela da população a cargo dos serviços filantrópicos nas santas casas de misericórdia.

Igualmente, houve uma ampliação dos canais de participação entre a sociedade e o Estado no tocante às políticas de saúde, em que se observam alterações relativas em alguns segmentos da política de saúde, a exemplo do que nos interessa especificamente – a expansão da reforma psiquiátrica. Contudo, são avanços ainda insuficientes para ultrapassar os entraves que cotidianamente restringem as proposições contidas na legislação do SUS.

2.3 Contextualização da política de saúde mental no Brasil

Antes de iniciarmos a contextualização das políticas de saúde mental no Brasil, torna-se necessário fazermos também um breve recorte histórico acerca do nascimento da psiquiatria, ocorrido no século XVIII, sob uma nova forma de organização social, política e econômica, o capitalismo.

Como já citado anteriormente, a loucura era compreendida como fenômeno mágico-religioso e foi deslocada para o domínio da medicina e da ciência modernas, constituindo-se, assim, os campos disciplinares que conformam a psiquiatria. Cabe ressaltar que os novos modelos de produção, à época, impuseram uma reorganização dos espaços urbanos e uma demanda por pessoas produtivas.

Segundo Foucault (1993), era preciso, então, eliminar o que não se enquadrava ao padrão exigido pelo modelo social. Assim, inicia-se o isolamento dos desadaptados, entre eles, os loucos. Contudo, posteriormente, com Pinel, o asilo se constituiu como espaço específico de tratamento e de exclusão da loucura, abordada sob o estatuto médico-científico.

Conforme Amarante (1995), a exclusão como modelo de cuidado propagou-se ao longo dos séculos por diversos países. Contudo, foi a partir de meados do século passado que surgiram questionamentos à proposta que vincula tratamento a exclusão. Novas experiências de cuidados em saúde mental acontecem na Europa e nos Estados Unidos, experiências que irão mais tarde influenciar o processo de reforma psiquiátrica no mundo inteiro.

Nesse contexto, vai se constituindo uma via fecunda de discussão ético-política em torno dos processos de exclusão, resultando em rupturas epistemológicas do saber psiquiátrico que vão dando origem a novas e emblemáticas experiências em saúde mental, entre as quais destacamos: a

psiquiatria de setor na França, em fins de 1940; a comunidade terapêutica, ocorrida no início da década de 1950 na Inglaterra; a análise institucional, no começo dos anos 1950 na França; a psiquiatria comunitária nos Estados Unidos, nos anos 1960; a antipsiquiatria inglesa, nos anos 1960; e a psiquiatria democrática italiana, nos anos 1970.

Importante enfatizar que essas experiências influenciaram e intensificam a organização de cuidados em saúde mental em várias partes do mundo, levando em consideração aspectos mais abrangentes da vida do indivíduo, tais como a comunidade, a família e o território, contribuindo para um posicionamento crítico em relação às internações em hospitais psiquiátricos.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil, conforme nos diz Amarante (1996), surge a partir do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental no final da década de 1970. O referido movimento foi caracterizado inicialmente pelas recorrentes denúncias e reivindicações advindas desses trabalhadores da saúde mental que denunciavam as precárias condições das pessoas dentro dos manicômios, dando início ao Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), o qual passa a protagonizar os anseios pela reforma da assistência psiquiátrica no Brasil.

Amarante (1995), ao fazer uma análise sobre a trajetória histórica da reforma psiquiátrica brasileira, chama atenção para as discussões políticas mais abrangentes em torno da assistência à saúde mental, ocorridas no final da década de 1970. Essas discussões se davam em espaços de debates e reflexões como, por exemplo, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978; o I Congresso Brasileiro de Psicanálise, em 1978, no Rio de Janeiro; e o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em São Paulo em 1979.

O I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) tinha como objetivo discutir o estabelecimento de uma aproximação maior com os demais movimentos sociais no sentido de fortalecimento do movimento, que sofreu forte influência quando da visita ao Brasil de várias lideranças mundiais importantes no âmbito da psiquiatria crítica, como Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman e principalmente Franco Basaglia, precursor da reforma psiquiátrica italiana (psiquiatria democrática), a qual é a base de inspiração mais significativa da reforma psiquiátrica brasileira.

Amarante (1995) refere que os últimos anos da década de 1980 são marcados pela renovação teórica e política dentro do MTSM, período em que há uma reaproximação significativa das contribuições de Basaglia, bem como pelo distanciamento de suas relações com o Estado e pelas realizações da I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP, ambos em 1987. Ressalta-se que este último contou com a participação de diversos segmentos da sociedade, estabelecendo uma articulação mais vigorosa com as entidades de usuários e familiares. Ressalta-se que o movimento tem como lema *por uma sociedade sem manicômios*, denotando uma necessidade de discussão da loucura de uma forma ampla e profunda.

Silva (2003) traz outra contribuição relevante ao analisar os desdobramentos do II Congresso Nacional, consubstanciado no Manifesto de Bauru. Segundo o autor, o evento institui uma espécie de documento de fundamento do movimento antimanicomial, ratificando o vínculo estabelecido entre os profissionais e a sociedade civil, num processo de discussão política mais profunda para o enfrentamento da questão da loucura.

Ainda dentro do tema dessa conjuntura social, Lobosque analisa o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como uma ruptura tecnicista na forma de conceber a loucura. Nesse sentido, pontua os significados dos termos em pauta:

Movimento: não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa. Nacional: não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território. Luta: não uma solicitação, mas um enfrentamento; não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios. Antimanicomial: uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios. (LOBOSQUE, 2001, p. 102)

Para Amarante (1996), o movimento antimanicomial vem delineando o surgimento da atual concepção de reforma psiquiátrica, a qual vem configurar um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas e práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas, além de uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário no âmbito da saúde mental.

Concordamos com Yasuí (2010) ao afirmar que o movimento de reforma psiquiátrica manteve certa autonomia em relação ao Estado por meio de seu braço civil, o Movimento de Luta Antimanicomial, ao contrário do que ocorreu com o movimento de reforma sanitária, em que houve um engajamento mais significativo da militância com o Estado.

Assim sendo, gradativamente o Estado vai incorporando os anseios e reivindicações do movimento de reforma psiquiátrica, passando a instituir o processo de construção jurídico-normativo, assim como fomentando políticas que ultrapassem o caráter meramente técnico-assistencial, dentro de uma perspectiva de transformações críticas das práticas em saúde mental.

No Brasil, vimos assistindo, desde o fim da década de 1980, um processo efetivo de construção de serviços psiquiátricos substitutivos. Conforme dados do Ministério da Saúde (2004), as primeiras experiências inovadoras surgem em 1987, a partir da criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo-SP, o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, também conhecido pelo nome de CAPS da Rua Itapeva. No mesmo período, registra-se ainda a inauguração do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Bauru, em São Paulo. Dois anos depois, observa-se a criação da primeira rede municipal de serviços de saúde mental, em Santos, também em São Paulo (1989).

Pitta (2010), ao refletir sobre a origem das novas modalidades de atenção em saúde mental, refere que a denominação CAPS foi descoberta em Manágua, capital da Nicarágua, em 1986, período de guerra nesse país, onde as dificuldades materiais causadas pela devastação mobilizaram líderes comunitários e profissionais a utilizar materiais improvisados e sucatas a fim de reabilitar ou habilitar pessoas com problemas mentais, que eram habitualmente excluídas da sociedade, dando início assim a uma exitosa e prolífera experiência.

Na concepção de Sampaio e Santos (2010), um CAPS constitui um serviço extra-hospitalar de assistência pública, podendo ser estatal ou contratado, voltado aos problemas de saúde mental, individual e coletiva. Diferencia-se pela multiplicidade crítica de funções e técnicas, pela prática interdisciplinar e pela acessibilidade local. Por sua complexidade, deve situar-se em distritos sanitários de regiões metropolitanas ou em municípios de porte médio ou grande, coordenando a política de saúde mental de onde se instale e servindo de referência a equipes mínimas de saúde mental em municípios de pequeno porte na região de cobertura.

O CAPS deu início à proposta concreta de assistência substitutiva aos dispositivos tradicionais. Contudo, outras experiências, de acordo com Campos (2007a), vão surgindo no início da década de 1990 em São Paulo, como o inovador Centro de Convivência e Cultura (Ceccos)⁹ e a constituição de uma rede de cuidados em saúde mental articulada à atenção básica ocorrida em Campinas.

Percebe-se que São Paulo foi pioneiro em tornar realidade as proposições do projeto de reforma psiquiátrica, abrindo, dessa forma, caminho para que o Brasil como um todo aos poucos aderisse às propostas de um novo modelo assistencial em saúde mental, radicalmente diverso ao manicômio.

Paulatinamente, o Brasil vai atingindo um nível maior de avanços em relação aos processos de transformações no campo da saúde mental. Acompanha a tendência do processo de reestruturação da assistência psiquiátrica ocorrido no cenário internacional, tendo como elemento propulsor importante a Declaração de Caracas¹⁰, da qual o Brasil é signatário. Assim sendo, registra-se um crescente progresso nas normatizações jurídico e institucional¹¹, que pode ser observado a partir das publicações de portarias importantes como a MS 189/91, que estabelece tratamento em psiquiatria em hospital geral e em hospital-dia, bem como para acompanhamento em CAPS e oficinas terapêuticas, evidenciando uma postura mais contemporânea e mais apropriada na organização dos serviços. Importa mencionar a MS 224/92, que estabelece as diretrizes e normas referentes à regulamentação e ao funcionamento de novos e antigos serviços de saúde mental.

Ainda nesse contexto jurídico-normativo da saúde mental, enfatizamos a criação da Lei Federal 9.867/ 99, que permite o desenvolvimento de programas de suporte social através da criação e funcionamento de cooperativas sociais, direcionadas às pessoas em acompanhamento nos serviços de saúde mental de

⁹ Os Centros de Convivência e Cultura (Ceccos) constituem-se em outra prática substitutiva aos manicômios. São dispositivos de caráter público que compõe a rede de atenção em saúde mental. Visa a propiciar a inclusão social através da reabilitação psicossocial em espaços públicos de modo a incentivar a convivência entre as pessoas com transtornos mentais e a comunidade. Nos Ceccos são ofertados cursos e atividades geradoras de renda abertas para todos que se sentirem identificados com a proposta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

¹⁰ A Declaração de Caracas foi um acordo assinado pelos países das Américas em 1990. Representa um marco importante na história da saúde mental nas Américas, tendo dois grandes objetivos, tais sejam: 1) superação do modelo do hospital psiquiátrico; 2) luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas mentais. Estas foram as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir de 1990. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

¹¹ A esse respeito, ver *Legislação em saúde mental*, do Ministério da Saúde (1990-1994).

base comunitária, buscando, dessa forma, propiciar a inclusão social; a Portaria GM 106/2000, que cria e regulamenta os serviços residenciais terapêuticos¹² para a população submetida a internações de longa permanência no âmbito do SUS; a Lei Federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial; e, em 2003, a criação da Lei Federal 10.708/03, que institui o Programa de Volta Pra Casa, dispondo sobre a regulamentação de um auxílio pecuniário destinado àquelas pessoas vítimas de longas internações em hospitais psiquiátricos ou unidades psiquiátricas.

O advento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, teve como resultado a Portaria 336 (2002/MS), regulamentando o mecanismo de financiamento próprio dos dispositivos CAPS. A referida portaria torna possível a ampliação do nível de abrangência dos serviços substitutivos, estabelecendo diferenciações a partir de critérios populacionais, natureza da problemática e modalidades.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2004), as modalidades de CAPS¹³ estão organizadas por tipos (CAPS I, II e III, além de CAPS-AD para pessoas dependentes de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas) e CAPS i, para crianças e adolescentes (com transtornos mentais). Cabe ressaltar que a referida portaria estabelece, em seu Art. 1º § 1º, que os CAPS devem realizar atendimento prioritariamente a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes no âmbito de seu território. Dentro desse quadro geral, atualmente, conforme dados do Ministério da Saúde (2010), os CAPS atingiram nesse mesmo ano o total de 1.620 unidades distribuídas por todos os estados do Brasil.

¹² Residenciais terapêuticos ou residências terapêuticas são casas localizadas no espaço comunitário para acolher as necessidades de habitação de pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia que permaneceram nesses locais por longo período de tempo ou que se encontra em situação de vulnerabilidade social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

¹³ A Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece e define em seu artigo 1º as modalidades e o porte dos Centros de Atenção Psicossocial. CAPS I: serviços de atenção psicossocial que operam em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana, com atendimento de 20 pacientes por turno, limite máximo de 30 pacientes/dia. CAPS II: para municípios de população entre 70.000 a 200.000 habitantes, funcionam em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana, podendo haver um terceiro turno até 21 horas, com atendimento de 30 pessoas por turno e limite máximo de 45 pacientes/dia. CAPS AD: atenção a pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Podem ser instalados em municípios com população acima de 70.000 habitantes, funcionando em dois turnos, nos dias úteis da semana, podendo haver terceiro turno até 21 horas. A capacidade de atendimento por turno é de 25 pessoas, com limite máximo de 45 pacientes/dia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em meio a esse contexto, destaca-se o I Congresso Brasileiro de CAPS, ocorrido em abril de 2004, em São Paulo, que contou com a participação da comunidade, trabalhadores, usuários, associação de usuários, familiares, gestores e coordenadores de saúde mental.

No que diz respeito às atividades oferecidas pelos CAPS, elas compreendem: atendimentos psicológicos e psiquiátricos individuais e/ou grupais; oficinas terapêuticas realizadas por profissionais de nível médio ou superior; grupos de expressões artísticas diversas (música, pintura, dança e teatro); visitas domiciliares; assistência familiar e comunitária; atendimento social; assembleias do conselho local de saúde mental; e reuniões de organização do serviço em rede local de políticas públicas.

De acordo com a Portaria 336 (2002/MS), o trabalho realizado em CAPS se dá a partir da constituição de equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, sendo que ambos devem ter formação em saúde mental, além de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo. Os profissionais de nível médio são: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

Além dos CAPS geral¹⁴, a referida portaria define serviços específicos para a atenção de usuários dependentes de álcool e outras drogas, pelos CAPS-AD, e de crianças e adolescentes, pelos CAPSi. Ela acrescenta novos parâmetros definidos em portarias anteriores para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, distinguindo novos serviços específicos para área de drogas e de infância e adolescência.

Interessa notar que, nos últimos 20 anos, o governo brasileiro, apesar das inúmeras limitações ainda presentes no âmbito das políticas de saúde mental, vem favorecendo uma ampliação em seu campo jurídico-normativo, o que poder ser percebido como um avanço (apesar de caminhar com passos ainda muito lentos), consolidando a política de expansão continuada da rede de serviços abertos de base comunitária, a exemplo dos CAPS.

¹⁴ O termo CAPS geral foi criado para distingui-lo do CAPS AD (que presta assistência a pessoas com dependência de substâncias químicas) e do CAPS i (infantil).

2.4. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica no Ceará

O Estado do Ceará inicia o seu processo de reforma psiquiátrica de forma mais efetiva a partir da implantação do seu primeiro CAPS, em 1991, no município de Iguatu-CE. Cabe ressaltar que, além de ter sido o primeiro CAPS do estado, destaca-se também por ter sido o primeiro do Nordeste.

Sampaio e Barroso (2001) fazem um recorte temporal para situar historicamente as políticas de saúde mental no Ceará. Nesse sentido, referem que de 1886, ocasião de implantação do Asilo São Vicente de Paula, a 1979, período em que se iniciam as práticas do Plano Integrado de Saúde Mental (Pisam), o Ceará teve a consolidação das práticas hospitalares, uma vez que a assistência prestada era unicamente vinda dos hospitais psiquiátricos, de natureza asilar e tutelar.

Os autores seguem em suas análises demarcando que entre os anos de 1979 e 1991 ocorreram experiências estratégicas de racionalização clínica da máquina hospitalar, criação de uma embrionária rede de atenção ambulatorial em Fortaleza, bem como a capacitação de médicos generalistas nos municípios. Contudo, emerge

[...] uma decidida, ativa, agressiva batalha ideológica contra a produção de crônicos e excluídos, contra a promiscuidade entre violência autoritária, isolamento social, mortificação de identidades e miséria. O pano de fundo foi oferecido pela crise da capacidade de o poder público continuar financiando a expansão do modelo hospitalar privado, médico-biológico, na contramão de uma sensibilidade sociopolítica, nacional e estadual, vinculada a projetos democráticos de reforma do Estado e a projetos universais, equitativos, interdisciplinares, intersetoriais e éticos de reforma sanitária. (SAMPAIO; BARROSO, 2001, p. 169)

Para ampliar a elucidação em torno da realidade cearense, são válidas as contribuições de Rosa (2006), que, ao refletir sobre a participação dos estados da região Nordeste no âmbito da reforma psiquiátrica, descreve um pouco da história vivenciada no município de Iguatu-CE.

De acordo com a autora, o gestor local planejava instalar um hospital psiquiátrico no município acima citado. Foi a partir da sensibilização desse gestor que os planos foram redirecionados. Tal sensibilização só foi possível tendo em vista que o assessor contratado (um psiquiatra) trazia consigo o conhecimento de experiências inovadoras vivenciadas na região Sudeste, as quais se diferenciavam dos modelos tradicionais (segregadores e excludentes) para um modelo centrado na

assistência e na promoção da saúde mental numa perspectiva crítica, cidadã e humanizada.

O Ceará segue avançando no processo de mudanças, que ocorre de maneira independente do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. Como exemplo, menciona-se o fato de ser o segundo estado brasileiro a aprovar uma lei estadual inspirada no projeto de lei do deputado Paulo Delgado.

Assim sendo, em 1993, o Ceará conta com a lei estadual que estabelece a extinção progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e requerendo a criação de serviços substitutivos em saúde mental. Trata-se da Lei n. 12.151, popularmente chamada de “Lei Mário Mamede”, nome do cearense e deputado estadual autor do projeto apresentado à Assembleia Legislativa Estadual, dando origem à referida lei. Cabe enfatizar que a aprovação dela ocorreu nove anos antes da aprovação da Lei 10.216/01, em nível nacional.

Interessa acentuar o emblemático papel exercido pelo grupo de trabalhadores da saúde mental do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, que, numa ação conjunta com Associação Cearense de Psiquiatria (Socep), iniciou o Movimento de Reforma Psiquiátrica no município de Fortaleza, conforme nos fala o entrevistado abaixo:

[...] E nesse meio período a gente já batalhava pela criação de modelos assistenciais extra-hospitalares no Ceará. A Sociedade Cearense de Psiquiatria fazia sua parte trazendo a discussão para os eventos que ela promovia sobre esse assunto, [...] a gente organizou na época uma mesa-redonda e o tema foi desospitalização. Já tinha a experiência de Santos com a desospitalização do Hospital Anchieta, e aí estávamos empolgados com essa história. Foi quando na época se conseguiu convencer o Mário Mamede de fazer uma lei para a saúde mental para o Estado do Ceará. Já tinha se conseguido abrir o primeiro CAPS do Ceará, que era o de Iguatu, que foi obra da Secretaria de Saúde do Estado, no período que Nilson Moura Fé já estava lá, e depois evoluímos para os CAPS de Quixadá, foi organizado e supervisionado pelo Jackson Sampaio, depois esse aqui e em seguida o CAPS de Canindé. [Ent. 01]

Segundo Sampaio e Santos (2010), a inauguração do CAPS de Iguatu em 1991 assinalou um novo período no estado do Ceará, dando início então à sucessão de outros dispositivos alternativos ao modelo tradicional vigente. Registra-se também nesse período a criação da lei municipal de saúde mental de Iguatu, de modo que em 1993 foi a vez dos municípios de Canindé e Quixadá, Cascavel (1995), Icó (1996) e Aracati (1997).

A rede de serviços substitutivos segue avançando, de modo que em 1998 é a vez de Fortaleza, inaugurando seu primeiro CAPS, situado na Secretaria Executiva Regional III (SER III). Na sequência, vem Sobral, Barbalha, Morada Nova e Itapipoca, no ano de 1999.

O ano 1999 marcou significativamente a história da saúde mental do Ceará em função da morte de Damião Ximenes Lopes, ocorrida nas dependências do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, no município de Sobral.

Damião Ximenes Lopes faleceu aos 30 anos de idade, vítima de tortura e maus tratos, após ter sido internado, no dia 1º de outubro de 1999, na instituição psiquiátrica Casa de Repouso Guararapes, localizada no município de Sobral, estado do Ceará.

De acordo com reportagem publicada na revista Instituto Humanitas Unisinos (2012), Damião Ximenes foi deixado por sua família na Casa de Repouso Guararapes num sábado à noite para estabilização de sua saúde mental. Para total surpresa de sua mãe, Albertina Ximenes, que foi visitar o filho na segunda-feira subsequente, Damião foi encontrado por ela em estado grave, completamente ensanguentado e com diversos hematomas pelo corpo. Na ocasião, foi informada por uma funcionária do setor de serviços gerais do hospital que Damião havia sido espancado por outros funcionários, cuja função recebia o nome de “monitores de pátio”. Perplexa com tal situação, ao sair do referido hospital no intuito de pedir ajuda, recebe a notícia de que seu filho faleceu.

Importante destacar que o laudo médico, realizado pelo próprio hospital, apontou como causa da morte parada cardíaca por razão indefinida, muito embora o corpo de Damião Ximenes revelasse sinais evidentes de tortura e maus tratos.

Ressalta-se que o caso teve repercussão nacional e mundial, tendo sido o Brasil processado e condenado na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA)¹⁵ por violar quatro dos artigos da convenção americana: direitos à vida, à integridade física, às garantias judiciais e à proteção judicial.

Esse episódio caracteriza em parte a realidade cruel e desumana a que são submetidas as pessoas dentro dos espaços manicomiais. Goffman (2005) inscreve ações dessa natureza dentro de um processo de mortificação e deterioração da

¹⁵ Informações colhidas no site da OEA, caso 12.237 – contra a República Federativa do Brasil.

individualidade e da identidade do eu. Nesse caso, especificamente, amplia-se para morte física também.

Tendo em vista o acontecimento do vergonhoso e inconcebível caso Damião Ximenes, inicia-se em fevereiro do ano 2000 o processo de descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes junto ao SUS e finalmente o seu fechamento em julho de 2001. A partir de então, um conjunto de ações são desenvolvidas no sentido de “reparar” a morte do usuário acima mencionado. Nesse sentido, implanta-se uma rede de saúde mental notável, de modo que o município tornou-se referência tanto em nível estadual como nacional, apresentando uma rede de assistência em saúde mental integralizada. Atualmente, Sobral conta um CAPS geral, um serviço residencial terapêutico¹⁶ (primeiro do Estado), um CAPS AD, enfermaria psiquiátrica em hospital geral e uma intensa interlocução com as equipes de saúde da família (apoio matricial¹⁷).

Dentro ainda desse contexto de ampliação dos serviços de base comunitária no Ceará, torna-se pertinente referir dados contidos em uma pesquisa coordenada pelo Centro de Treinamento e Desenvolvimento (Cetrede) em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Universidade Estadual do Ceará (Uece), publicada em 2007, sobre a saúde do trabalhador em CAPS. Como parte desse estudo, os autores fazem um levantamento sobre a criação dos serviços abertos de saúde mental, em que é possível observar, a partir de seus achados, uma diversificação na implementação de serviços CAPS, especialmente a partir do ano 2000, como, por exemplo, o CAPS de Capistrano.

Ainda de acordo com a referida pesquisa, no ano seguinte (2001) registra-se a implantação dos CAPS de Quixeramobim, Crateús, Marco e Horizonte. Já em 2002, criam-se unidades em Crato, Tauá e Aquiraz, sendo inaugurada mais uma unidade em Sobral (CAPS AD).

¹⁶ O serviço residencial terapêutico (SRT) – residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

¹⁷ Segundo Campos e Domitti, “apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS; DOMITTI, 2007a, p. 400).

Na sequência, em 2003, é a vez dos municípios de Jardim, Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Iguatu (CAPS AD). No ano de 2004, criam-se os CAPS AD em Caucaia, Juazeiro do Norte e Camocim. Posteriormente, em 2005, é a vez de Eusébio, Tamboril, Limoeiro do Norte, Farias Brito, Itarema, Amontada, Trairi, Ibiapina e Iguatu (CAPS infantil). Nesse mesmo ano, foi criado o serviço residencial terapêutico de Icó.

Outros 18 dispositivos em saúde mental são instituídos em 2006 nos municípios de Redenção, Maranguape (CAPS AD e CAPS infantil), Russas, Acopiara, Itaitinga, Senador Pompeu, Monsenhor Tabosa, Cruz, Santana do Acaraú, Paraipaba, Icó (CAPS AD), Cedro, Orós, Icapuí, Brejo Santo, Parambu, além de um serviço residencial terapêutico em Iguatu.

De acordo com dados do Núcleo de Atenção à Saúde Mental (Nusam) da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (2011), o estado conta atualmente com uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, estando assim distribuídos: 100 CAPS, dos quais 16 implantados na capital, e cinco serviços residenciais terapêuticos (dois em Fortaleza e três no interior).

Cabe salientar que, até o momento de revisão dessa pesquisa, foram criados mais dois serviços substitutivos em Fortaleza que até então não havia sido referenciado pelo Nusam. São eles: o CAPS geral tipo III, ou 24 horas, e o CAPS tipo III para dependentes químicos.

Diante do exposto, observa-se a existência de um fenômeno que merece destaque. Refere-se à particularidade com que o processo de reforma psiquiátrica no Ceará foi se constituindo, a qual se inscreve num modelo de caráter endógeno, ou seja, o processo de implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico ocorreu a partir do interior do estado. A esse modelo de reforma que se origina a partir do interior, Rosa (2006) aponta alguns elementos que, segundo refere, são impulsionadores desse processo, tais como: a municipalização do SUS, a sensibilidade dos gestores em relação à reforma psiquiátrica e a ausência de hospitais psiquiátricos na região.

É necessário enfatizar que em Fortaleza, capital do estado, o processo de estruturação da rede de saúde mental teve início com a inauguração de seu primeiro CAPS, em 1998. Trata-se do CAPS geral SER III/ UFC, assim conhecido por sua especificidade de conveniado com a Universidade Federal do Ceará, que é fruto de uma intensa e persistente luta travada pelos trabalhadores do Hospital Universitário

Walter Cantídio (Hospital das Clínicas) que, engajados no movimento pela reforma psiquiátrica, deram os primeiros passos rumo à realização desse simbólico acontecimento na história da saúde mental de base democrática em Fortaleza.

A expansão da rede segue com a inauguração de mais dois CAPS, o da Regional IV e o da Regional VI, no ano de 2001. Em 2005, é a vez do CAPS da Regional V. Posteriormente, ocorre a institucionalização de mais unidades CAPS do tipo geral e a criação de centros de assistência a dependentes de substâncias psicoativas (CAPS AD) nas demais regionais da cidade, ou seja, regionais I e II.

De acordo com o Nusam (2012), existem apenas dois CAPS da modalidade infantil, os quais estão situados nas regionais III e IV e fazem a cobertura assistencial a crianças e adolescentes na grande Fortaleza, ficando, dessa forma, o CAPS da SER III responsável pelas regionais I, V e III, enquanto o CAPS da SER IV abrange a área sanitária das regionais II, IV e VI.

Em consonância ao exposto, observa-se a fala de um dos entrevistados:

Houve um salto muito grande, porque a gente tinha três CAPS, agora a gente tem CAPS geral em todas as regionais, embora insuficientes, processual, mas está muito lento. Deixa muito a desejar, principalmente na parte da psicopatologia infantil. Fortaleza só conta com dois CAPS infantis, isso é muito falho. [Entr. 08]

A partir de 2005, registra-se a estruturação de uma política de saúde mental na capital, que vai fazendo sucessivas aproximações aos postulados do movimento de reforma psiquiátrica. Importante lembrar que a realidade de Fortaleza reserva uma peculiaridade em relação ao interior do Estado, qual seja: uma capital que consolidou as práticas hospitalares, com toda a assistência oferecida unicamente por hospitais psiquiátricos de natureza eminentemente asilar, portanto, cercada de interesses contrários por parte dos proprietários de hospitais dessa natureza, resistentes a projetos de cunho democrático. Cabe dizer que os interesses da “indústria da loucura” nos dias atuais ainda se configuram como um dos obstáculos ao avanço da reforma psiquiátrica no município.

Torna-se interessante mencionar o sentido da expressão *indústria da loucura*, o qual é bastante empregado por estudiosos da saúde mental para se referir ao modelo asilar de tratamento, perpassado de violência e destituição dos direitos humanos que “ocorriam” dentro das instituições manicomiais. Amarante (2012), mencionando estudos de Gentile Melo, afirma que essa forma de conceber a loucura

no Brasil passou a ser identificado como a construção de uma indústria da loucura – dito de outra maneira, marca o período em que as pessoas eram internadas e tornavam-se “objeto” de lucro para os donos de hospitais psiquiátricos.

Acerca dessa questão, observa-se a declaração abaixo.

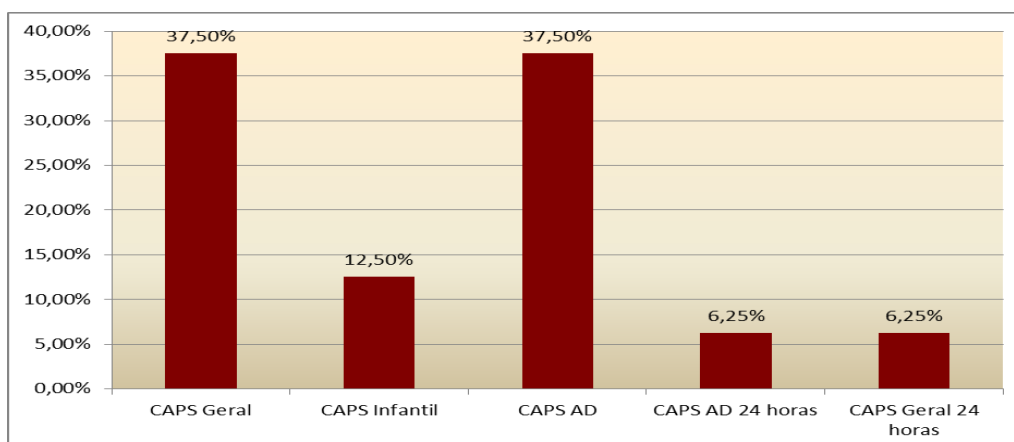
Existe uma cultura antiga, que ainda não foi superada, de internação prolongada. Essa cultura existe nos hospitais psiquiátricos, sobretudo nos privados, cultura de internação prolongada. Quando eu fui diretor do hospital, [...] nós tínhamos uma média de pouco tempo de duração da internação de 15 dias. Em um hospital psiquiátrico privado, a média é 45 dias. Por quê? Porque o Ministério permite que sejam 45 dias. Talvez, se permitisse 90, eram 90 dias. [...] Temos ainda a cultura de alguns psiquiatras antigos, não todos, de internação prolongada, é uma questão cultural, eles acreditam que a internação prolongada traz mais... Vai consolidar uma melhora a ponto de que ele vai demorar mais a recair, entendeu? É uma cultura. E que junto com essa cultura, também teria a necessidade de ganhar dinheiro dos hospitais particulares, que nem tão mais ganhando dinheiro, porque a diária hoje é uma miséria, realmente os hospitais psiquiátricos não estão ganhando dinheiro mais como ganhavam antigamente. Ganhavam, porque hoje não ganham mais dinheiro, não. A internação continua sendo necessária e no momento é insuficiente a quantidade de leitos pra internação, mas é por isso que eu estou dizendo que acho que ainda vivemos numa cultura de internação de longo prazo. [Ent. 01]

No que se refere à ampliação da rede de saúde mental de Fortaleza, percebe-se um salto considerável em termos quantitativos, passando de três unidades substitutivas em 2005 a 18 em 2012, estando assim distribuídos por modalidade: seis CAPS geral tipo II, seis CAPS AD e dois CAPSi (infantil), além de duas residências terapêuticas, sendo uma na Regional I, inaugurada em 2007, e a outra inaugurada em 2011, localizada na Regional V.

Em abril de 2012, foi criado o primeiro CAPS tipo III, serviço ambulatorial de cuidado contínuo, durante 24 horas diárias, disponibilizando inicialmente dez leitos para assistência às pessoas em sofrimento mental. De acordo com a imprensa local (jornal *O Povo*), em outubro desse mesmo ano é a vez da Regional I, inaugurando um CAPS 24 horas para acolhimento integral destinado às pessoas com dependência química. A instituição funciona nas dependências do CAPS AD, tendo funcionamento em regime de plantão e dispondo de 12 leitos.

O gráfico a seguir demonstra o incremento e a distribuição dos CAPS por modalidade na capital cearense.

**Gráfico 1 – Incremento de CAPS por modalidade no município de Fortaleza-CE
Período: 1998 - 2012**



Fonte: Autora.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2010), o panorama geral referente à rede de serviços substitutivos instituída no estado do Ceará possui 100 CAPS em funcionamento, constituídos por modalidades e ordem crescente de porte: 44 CAPS I; 29 CAPS II; seis CAPS infantis; quatro CAPS tipo III ou 24 horas¹⁸; e 17 CAPS AD. Além desses serviços, o estado tem atualmente cinco serviços residenciais terapêuticos em funcionamento.

No que diz respeito aos serviços tradicionais, cabe salientar que, em Fortaleza, entre os anos de 2007 e 2011, foram fechados três hospitais psiquiátricos, todos da rede privada e conveniados ao SUS, havendo, portanto, uma redução de 283 leitos no total. Destaca-se que, no ano de 2011, outro hospital foi desativado. Seu fechamento se deu em função das precárias condições de infraestrutura e assistência prestada aos seus usuários. Trata-se da Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano. O encerramento das atividades do referido hospital foi indicado pelo PNASH¹⁹/Psiquiatria, bem como por outras instituições locais incumbidas de realizar

¹⁸ Salienta-se que nesse quantitativo não estão incluídas duas unidades (CAPS 24 horas), pois foram criados no ano de 2012, não sendo incluídos ainda nessa estatística.

¹⁹ O Programa Nacional do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) foi instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde. Trata-se de um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde. Simultaneamente, indica aos prestadores de serviços critérios para a assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita. Em síntese, trata-se do primeiro processo avaliativo sistemático anual dos hospitais psiquiátricos do Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

as avaliações locais, tendo em vista que a referida instituição apresentava baixa qualidade na assistência prestada aos seus usuários.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, com data de publicação em março de 2012, o Ceará está representado estatisticamente com o total de sete hospitais psiquiátricos.

Cabe destacar que essa configuração acima mencionada, em relação ao quantitativo de unidades hospitalares, sofreu modificações ainda no ano corrente, com o fechamento de mais dois hospitais psiquiátricos no município de Fortaleza. Trata-se do hospital privado Mira y Lopez, o qual era conveniado ao Sistema Único de Saúde, que teve suas atividades encerradas no mês de setembro de 2012. Na sequência, é a vez do Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC), que encerrou seu atendimento ambulatorial de emergência junto ao SUS.

Assim sendo, até o término da revisão dessa pesquisa, o Ceará conta com cinco hospitais psiquiátricos em funcionamento, sendo quatro na capital e um no município do Crato. Salienta-se que apenas um desses hospitais pertence à rede pública de saúde, que é hospital de saúde mental de Messejana (HSMM), cuja esfera administrativa pertence ao governo estadual.

Diante do exposto, torna-se necessário assinalar que implantar uma rede assistencial de saúde mental substitutiva ao modelo tradicional se configura em grande desafio que requer uma análise crítica de todo o processo. Assim sendo, os atores sociais que empreendem esforços em busca do redimensionamento da assistência em saúde mental, a fim de tornar real o fechamento dos hospitais psiquiátricos, não podem perder de vista que o processo de reestruturação da forma de assistência à pessoa com transtorno mental deve acontecer imperiosamente ao tempo em que uma rede de atenção de serviços substitutivos na comunidade tenha sido devidamente estruturada e/ou ampliada.

Ainda nesse contexto, de acordo com a atual legislação em saúde mental, leitos de baixa qualidade devem ser fechados, obedecendo às diretrizes de processo de desinstitucionalização, onde as ações devem ser seriamente planejadas de forma responsável, havendo, pois, a necessidade de implantação, com antecedência, de uma infraestrutura da rede de serviços comunitários como os CAPS, de residências terapêuticas, de emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais, criação de CAPS 24 horas, entre outros.

O planejamento das ações na perspectiva da desinstitucionalização pode evitar equívocos entre os significados contidos nas palavras: desinstitucionalização (um processo de invenção de novas possibilidades de assistência ancorado não só na doença, mas no sofrimento da pessoa e na sua relação com o corpo social) e desospitalização, pois, como aponta Rotelli (1990), esta última inscreve-se na "política de altas hospitalares", tendo em vista a redução do número de leitos e o fechamento brusco de hospitais psiquiátricos.

O depoimento de um dos entrevistados é ilustrativo das reflexões acima. Lê-se:

[...] Essa é uma responsabilidade sanitária que a política de saúde mental tem que contemplar, porque fechar o hospital é o que se idealiza, mas entre o ideal e o que é real, e o que nós temos... Nós precisamos ter consciência de que essa coisa [*fechamento de hospitais psiquiátricos*] tem que ser um processo na concomitância, da implantação de novos equipamentos substitutivos e do fechamento, fazendo essa transformação de forma responsável, comprometida e que dê garantia ao usuário. [Ent. 05]

Nesse sentido, Amarante (1996), baseado em estudos de Morgado e Lima sobre o assunto em questão, diz ser evidente que o processo de desinstitucionalização não pode, absolutamente, representar o "desamparo" das pessoas com transtorno mental ou o simples arremessar para fora do hospital, sem ser antes implantada uma infraestrutura no território para tratar e cuidar deles e de sua família.

Nessa perspectiva, cabe observar a declaração abaixo, feita por um dos entrevistados:

Eu vejo [*fechamento dos hospitais psiquiátricos*] que estão sendo fechados numa proporção, numa velocidade aquém da criação dos dispositivos substitutivos. Isso cria um choque na medida em que as pessoas saem muito rápido pra casa e esse estigma, isso eu falo principalmente dos moradores ou aqueles que estão na porta giratória. [...] a gente sabe que trabalhar com relações sociais não é algo fácil, e isso às vezes demanda tempo, se trabalhar a família, as pessoas, as instituições. Há sobrecarga da emergência psiquiátrica. Em Fortaleza nós só temos uma emergência e só temos uma ambulância [*a serviço da saúde mental*]. Então, é muito comum os clientes se queixarem de que na hora da crise não tem pra onde levar o paciente. [Ent. 04]

Apesar dos consideráveis avanços na construção de uma rede de saúde mental no Ceará, no âmbito das políticas públicas, convive-se atualmente – seguindo uma tendência da política de saúde mental do País como um todo – com duas realidades distintas, circunscritas no que há de mais inovador, como os CAPS, as residências terapêuticas e, paradoxalmente, os modelos tradicionais centrados nos hospitais psiquiátricos.

As diferentes formas de ações no campo da saúde mental, de acordo com Costa-Rosa (2000), constituem-se em dois paradigmas: o modelo asilar e o psicossocial. No modelo asilar, a ênfase é dada às determinações orgânicas dos quadros mórbidos, à medicalização do sujeito e à hospitalização. No modelo psicossocial, contam os aspectos psicológicos, sociais, biológicos, culturais e políticos como fatores importantes que também determinam o transtorno mental.

Nesse sentido, cabe observar a declaração contida em uma das entrevistas:

[...] antes, a alternativa das pessoas com transtornos mentais era apenas o hospital psiquiátrico, internação, a exclusão. A criação da rede CAPS, a tentativa de inserir os pacientes na sociedade, na família de novo, no trabalho, residência terapêutica, hospital dia, hospitalização em hospital geral, esses novos aparatos, [...] eles modificam completamente a forma de pensar, ver e tratar a doença mental. Sai aquela ideia de o doente mental ter que ser excluído da sociedade, num hospital psiquiátrico. As internações eram de longa duração. Hoje, mesmo prevalecendo o hospital psiquiátrico, as internações são de curta duração, [...] a assistência é humanizada, a sociedade acaba tendo que acolher e não excluir. Isso foi e está sendo um avanço muito grande em termos de Brasil, Ceará e Fortaleza. É claro que ainda convive na sociedade um pouco do preconceito contra a loucura. Ao mesmo tempo, uma mudança nos paradigmas e a perseverança dos antigos paradigmas, duas formas de pensar convivendo juntas, embora haja uma possibilidade maior, pela via da arte como forma de expressão, por exemplo, [...] o carnaval, que promove uma atividade sociocultural, os próprios passeios que a gente faz e tudo o que a gente vai tentando fazer pra modificar esse padrão de que o “doido” tem que ser excluído. [Ent. 08]

Corroborando com as afirmações acima citadas, Lobosque (2001) refere que, em relação às experiências substitutivas ao modelo tradicional, dois aspectos cruciais se articulam: a busca de consentimento do indivíduo no sentido de haver engajamento em seu próprio tratamento e uma direção do tratamento que aponta para sua presença e produção no espaço da cultura.

Fazendo uma análise do exposto até o momento, percebe-se que, apesar dos limites, existe um crescimento voltado à implementação de uma política de saúde mental no estado cearense. No caso do município de Fortaleza, por exemplo, os avanços vêm se dando em alguma medida, com significativa ampliação de serviços substitutivos do ponto de vista quantitativo e com abrupto fechamento de hospitais psiquiátricos, revelando-se em ações fragmentadas e com pouca responsabilidade por parte do Estado.

Ressalta-se que esse é um processo importante e complexo, que requer dos atores envolvidos uma postura política crítica e reflexiva, aprofundamentos teóricos, sensibilização, discussões permanentes com as instâncias de controle social, de busca por envolvimento da sociedade através daqueles atores sociais engajados na militância em prol da saúde mental, para que haja a formulação de uma política nesse campo com diretrizes estratégicas e articuladas, nas esferas estadual e municipal que, de fato, possibilitem a consolidação da reforma psiquiátrica sem causar prejuízo aos sujeitos envolvidos no processo, sobretudo os usuários.

Na trilha dessa compreensão, concordamos com teóricos como Paulo Amarante (2008) quando enfatiza que a questão fundamental a ser considerada na análise sobre desinstitucionalização é exatamente a preocupação de que ela esteja sendo voltada principalmente para fins administrativos e econômicos (fechamento desordenado de hospitais psiquiátricos), ou seja, diminuição de gastos com a assistência para os cofres do governo, havendo pouca ou nenhuma preocupação com uma real transformação da natureza da assistência prestada.

Tomando por base as reflexões do autor acima mencionado, são pertinentes as observações verificadas na entrevista abaixo:

As implicações [sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos] sobrecarregam os serviços CAPS, na medida em que eles não têm uma estrutura [...] de atender um aumento imediato de demanda. Há CAPS que não têm médicos, [...] tem médicos que só atendem uma carga horária pequena, as consultas acabam ficando, às vezes, pra quatro meses, e aí entra naquele processo vicioso, muitas vezes de tá repetindo receita, ou então repetir a receita do hospital. [Ent. 04]

Em tal contexto, é importante lembrar que o projeto de reforma psiquiátrica não se reduz a reformas assistenciais. Estas só adquirem caráter transformador quando se articulam com uma intervenção na cultura, ou seja, impõem uma

redefinição na forma de a sociedade pensar e tratar a pessoa com transtorno mental.

Acrescenta-se que a criação de equipamentos de atenção à saúde mental e o fechamento de hospitais psiquiátricos como medidas meramente economicistas voltadas à redução de custos aos cofres públicos não significa necessariamente a transformação de formas de pensar, entender e agir nesse campo. Podem estar presentes nesses rearranjos políticos e econômicos as antigas formas de conceber o transtorno mental, agora travestida de um novo formato e que, portanto, se distancia sobremaneira do real projeto de reforma psiquiátrica.

3 BASES TEÓRICAS NA CONSTRUÇÃO DOS PROCESSOS AVALIATIVOS

3.1 Representações sociais

O estudo em pauta, que visa a apreender o que pensam os profissionais dos serviços substitutivos CAPS acerca da atual política de saúde mental brasileira no contexto da reforma psiquiátrica no município de Fortaleza, conduz necessariamente às formas de pensamento social que vêm sendo construídas e nutridas de significações diversas, a partir de grupos sociais distintos inseridos nesse campo.

Assim sendo, a pesquisa tem como eixo analítico fundante a teoria das representações sociais. Para tanto, faz-se necessário um alinhamento teórico, enfocando as representações sociais instituídas em conceitos que atravessam a filosofia da política de saúde mental: conceitos referentes a reforma psiquiátrica, institucionalização e desinstitucionalização, identidade e diferença, normalidade e anormalidade, clínica tradicional e clínica ampliada, os quais julgamos necessários ao que se propõe a pesquisa.

O termo representações sociais, de acordo com Sá (2001), nomeia tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos. Afirma ainda que o termo foi inaugurado por Serge Moscovici, por meio de sua obra intitulada *La psychanalyse, son image et son public* (1961, 1976). Nessa obra, Moscovici estuda a penetração que as ideias da psicanálise tinham sobre a população parisiense em fins dos anos 1950.

Segundo reflete Farr (2011), a teoria das representações sociais surgiu após a Segunda Guerra Mundial com o objetivo de manter o vínculo entre as ciências psicológicas e as ciências sociais, havendo divergências da perspectiva da psicologia social, a qual reduzia as explicações do coletivo e do social a leis individuais, concebendo o indivíduo como centro de análise e entendendo-o como entidade liberal, autônoma, independente das relações com o contexto social que o cerca.

A teoria das representações sociais de Moscovici busca substrato na obra de Durkheim, a partir do conceito de representações coletivas elaborada por este último. De acordo com Farr (2011), Moscovici foi capaz de se apoiar em fundadores das ciências sociais na França, a exemplo de Durkheim. Afirma que a teoria de

Moscovici geralmente é classificada com propriedade como uma forma sociológica de psicologia social.

Farr (2011) assinala que existe uma clara continuidade entre o estudo das representações coletivas de Durkheim e o estudo mais moderno, de Moscovici. Contudo, é importante salientar que, entre as duas correntes de pensamento, reservam-se importantes diferenças, pois, enquanto a teoria das representações coletivas preconiza que elas são concebidas como formas de consciência que a sociedade impõe aos indivíduos, contrariamente, a teoria das representações sociais acredita que elas são construídas pelos sujeitos sociais. Dito de outra forma, esta última inscreve-se no campo de estudo das simbologias sociais, que visa a analisar os fenômenos do homem a partir de uma perspectiva coletiva, considerando tanto os aspectos mais abrangentes quanto os pormenorizados.

A teoria das representações sociais pode ser interpretada como uma possibilidade que busca romper com a tendência de polarização existente em relação aos fenômenos psíquicos e os sociais. Pode-se inferir que tal proposição resultante dessa relação institui uma nova identidade psicossociológica, constituindo-se numa crítica ao individualismo presente nas pesquisas em psicologia social.

No Brasil, o estudo das representações sociais é relativamente recente. De acordo com Almeida (2009), a referida teoria foi sendo iniciada pelos brasileiros que frequentavam a Cole Hautes Études em Sciences Sociales²⁰ na década de 1970, os quais cursaram disciplinas ministradas tanto por Moscovici como por Denise Jodelet, além de terem sido orientados em suas teses por esses mesmos teóricos – mas só chegaram ao País em meados da década de 1980. É, portanto, a partir da década de 1980 que as noções de representação e memória social, influenciados pelo interesse dos domínios simbólicos já iniciados na década de 1960, recebem maior atenção nos campos de estudos na sociedade brasileira.

Ainda em conformidade com a autora acima, a teoria das representações no Brasil se deu de modo semelhante ao que ocorreu na Europa quando da publicação da obra seminal de Moscovici, ou seja, em ambos os casos a resistência esteve

²⁰ A Escola de Estudos Avançados em Ciências Sociais trata-se de uma instituição francesa de pesquisa e ensino superior do tipo “grande estabelecimento”, ou seja, um estabelecimento público de caráter científico, cultural e profissional. Foi criada oficialmente por decreto pelo governo francês em 1975. Disponível em: <http://www.ehess.fr/fr/ecole/historique/>.

presente em termos de aceitação e expansão da teoria nos meios acadêmicos. No caso específico do Brasil, ela adentrou os meandros acadêmicos através das universidades localizadas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, o que não era comum à época, quando produção científica costumava ocorrer nos estados da região Sudeste.

Na ocasião de sua chegada ao País na década de 1980, como já dito anteriormente, esse conceito vai encontrar uma conjuntura de crise no âmbito da psicologia social, que, naquele momento, estava dividida em duas linhas de pensamentos.

Uma dessas linhas recebia influência de pesquisadores americanos, cujo eixo norteador estava centrado nos processos intra e interpessoais. Já a outra vertente recebia influência da teoria marxista, apresentando assim uma abordagem politicamente engajada na busca de objetos importantes presentes na realidade e que, portanto, fossem capazes de explicar os problemas. Representantes das duas vertentes se mostraram contrários à referida teoria, sob a alegação de que o estudo das representações sociais tratava-se apenas de uma “nova roupagem” para o que já havia sido produzido (percepção da psicologia de influência americana). Já a base de influência marxista considera-o um “desvio ideológico, marcado pelo viés idealista” (ALMEIDA, 2009, p. 715).

Essa oposição perdeu espaço, dando vez ao desenvolvimento de um amplo e diversificado campo de pesquisas na sociedade brasileira, que utilizam as representações sociais como aporte teórico.

A partir de agora serão pontuadas algumas observações introdutórias acerca das bases filosóficas das representações sociais como categoria do pensamento que busca compreender o real através das construções simbólicas. Esse panorama se faz oportuno para justificar o uso dessa teoria no presente trabalho. Nesse sentido, são pertinentes as apreciações de Minayo quando mostra a forma como teóricos importantes pensavam a questão das representações. As reflexões estarão mais detidamente centradas em Durkheim, Weber e Marx.

De acordo com Minayo (2011), as representações sociais referem-se a um termo filosófico cujo significado é a reprodução de uma percepção conservada na memória ou no conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais, elas significam categorias do pensamento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a. Afirma que tais percepções são consideradas importantes no

campo do estudo, havendo consenso acerca disso dentro das diversas correntes de pensamento sobre o social que vêm se expandindo ao longo da história.

A autora toma como análise o pensamento de autores clássicos como Durkheim, Marx e Weber. Estes, segundo refere, trabalham o mundo das ideias e seu significado no conjunto das relações sociais e, mesmo que o termo representações sociais não possa ser encontrado nos escritos desses teóricos, é fato que a problemática acerca das construções simbólicas sobre a realidade já se faziam presentes em suas reflexões.

Durkheim elaborou o conceito de representações coletivas na sua obra *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, de 1912, a partir do estudo de diferentes grupos sociais, em que foi possível caracterizar os conhecimentos intrínsecos a cada um desses grupos sociais, tais como crenças, mitos, costumes, religião, ideias e opiniões.

As representações coletivas, na visão durkheimiana, expressam categorias de pensamento por meio das quais uma determinada sociedade elabora e expressa a sua realidade. As referidas categorias não se mostram de imediato, tampouco são universais na consciência. “Surge ligadas aos fatos sociais, transformando-se elas próprias em fatos sociais passíveis de observação e interpretação” (MINAYO, 2011, p.74).

Para o autor, as representações coletivas traduzem

[...] a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos. Os símbolos com que ela se pensa mudam de acordo com a sua natureza. (DURKHEIM, 1978, p. 79)

Ainda de acordo com Minayo (2011), a partir de então, Durkheim aponta a diferenciação entre o estudo das representações individuais, que estariam inscritas no campo da psicologia, e o das representações coletivas, especificidade da sociologia. Acrescenta ainda que Durkheim não considera a existência de representações falsas, ou seja, elas “respondem de diferentes formas a condições dadas de existência humana” (1978, p. 74). São, portanto, símbolos através quais é preciso entender a realidade que eles representam, assim como o seus significados.

O pensamento de Durkheim sobre representações coletivas é partilhado por diversos estudiosos renomados, como o antropólogo cultural e social Paul James Bohannan, em sua obra *Consciência coletiva e cultura* (1976). Bohannan referia que a consciência da coletividade é o idioma cultural da ação social. Outro teórico mencionado pela autora é o antropólogo e sociólogo Marcel Mauss, o qual expõe em sua obra que a sociedade se revela através dos símbolos inscritos em seus costumes e instituições (linguagem, arte, ciência, religião, regras familiares, relações econômicas e políticas). Para Mauss, constitui objeto das ciências sociais tanto a coisa, o fato, quanto a sua representação (MINAYO, 2011).

Cabe enfatizar que várias correntes do pensamento no âmbito das ciências sociais fizeram releituras críticas acerca do pensamento de Durkheim em relação às representações coletivas. Nesse sentido, alguns dos elementos mais criticados dizem respeito à questão da objetividade extrema e positivista contida na teoria. A sociologia compreensiva e a fenomenológica levam em consideração os aspectos referentes ao poder de coerção atribuído à sociedade sobre os indivíduos. Já para os marxistas, o pensamento durkheimiano suprime as lutas e os antagonismos das classes sociais. (MINAYO, 2011).

As representações sociais, na perspectiva de Max Weber, utilizam termos como ideias, espírito, concepções e mentalidades, os quais são muitas vezes usados como sinônimos. A vida social para esse autor é impregnada de significado cultural. Esse significado ocorre tanto através da base material como pelas ideias a partir de uma relação apropriada capaz de condicioná-las mutuamente. (MINAYO, 2011)

Para Weber, as ideias ou representações sociais são juízos de valor que os sujeitos dotados de vontade possuem. As concepções sobre o real possuem uma dinâmica própria e podem adquirir tanta importância quanto a base material. Ao teorizar sobre a reciprocidade entre os fundamentos materiais, as formas de organização político-social e as ideias, ele confere certo grau de autonomia às representações. No entanto, não desconsidera a possibilidade empírica de que, em certas conjunturas, o fator econômico seja predominante e que outros fatores influam na formação das ideias. Sobre esse aspecto, é pertinente o pensamento de Weber quando refere que

Não são as ideias, mas os interesses materiais e ideais que governam diretamente a conduta do homem. Muito frequentemente, porém, as “imagens mundiais” que foram criadas pelas “ideias” determinam como manobreiros, as linhas ao longo das quais a ação foi impulsionada pela dinâmica dos interesses. (WEBER, 1974, p. 73)

Weber enfatiza a importância de se pesquisar as ideias como parte da realidade social, bem como para compreender a que instâncias do social um fato inscreve sua dependência. Seu raciocínio está fundamentado na seguinte assertiva: independente do caso, a ação humana é carregada de significado, portanto, precisa ser pesquisada (MINAYO, 2011).

A síntese realizada por Minayo em relação aos pensamentos tanto de Durkheim quanto ao de Weber, referente às representações, aponta para a importância da compreensão do campo das ideias, bem como de sua eficácia na configuração da sociedade, recorrendo, portanto, às investigações empíricas do desenvolvimento histórico. Não descarta a possibilidade histórica de determinadas conjunturas socioeconômicas levarem a ideias e atitudes específicas, ou seja, as ideias são pensadas dentro de uma relação de adequação com a estrutura social, econômica e política. (MINAYO, 2011)

A interpretação das representações sociais na perspectiva de Marx ocorre a partir da dialética marxista. Na obra *A ideologia alemã*²¹, escrita por Marx e Engels, os autores elaboram um estudo sobre representação, em que fazem uma crítica à filosofia alemã neo-hegeliana e a seus representantes. Eles defendiam a noção de que as ideias e os pensamentos eram produzidos e reproduzidos pela consciência. Marx criticou ainda a forma como os filósofos de seu tempo concebiam as transformações sociais como produto de abstrações, pela substituição das falsas representações por pensamentos equivalentes à essência humana, ou seja, para haver mudanças na sociedade o pensador deveria substituir as ideias dominantes por aquelas que considerassem libertadoras. Em face desse contexto, cabe mencionar o texto em que Marx afirma que

Para os jovens hegelianos, as representações, os pensamentos, os conceitos – em uma palavra, a produção da consciência transformada por eles em autônoma – são considerados os verdadeiros grilhões da humanidade [...], é assim se torna evidente

²¹ As citações e indicações da obra de Marx e Engels, *A ideologia alemã*, finalizado pelos autores em 1845/1846 e publicada somente em 1932, apresentadas neste item, têm por base a sua 5ª reimpressão da obra em português, da Martin Claret, publicada em 2012.

que os jovens hegelianos têm que lutar simplesmente contra essas ilusões da consciência. Já que, segundo suas fantasias, as relações dos homens, toda a sua atividade, seus grilhões e seus limites são produtos de sua consciência, os jovens hegelianos, de modo coerente com isso, propõem aos homens o seguinte postulado moral: substituir sua consciência atual pela consciência humana crítica ou egoísta, eliminando assim seus limites. Essa exigência de transformação da consciência significa o mesmo que interpretar diferentemente de modo diferente o que existente, ou seja, reconhecê-lo por meio de outra interpretação. Apesar de suas frases que supostamente “abalam o mundo”, os ideólogos da escola neo-hegeliana são os mais conservadores (MARX, 2012, p. 43).

Para Marx, o princípio fundamental do pensamento e da consciência é o modo de vida do indivíduo, condicionado pelo modo de produção de sua vida material, sendo a consciência a categoria central usada para trabalhar as ideias. A leitura que o autor faz acerca das representações, ideias e pensamentos é de que esses elementos estão contidos na consciência, a qual é determinada pela vida material.

A seguir, alguns fragmentos expressivos referentes a esses aspectos:

Indivíduos determinados, que, como produtores, atuam também de uma maneira determinada, estabelecem entre si relações sociais e políticas determinadas. É preciso que, em cada caso, a observação empírica ponha em relevo – de modo empírico e sem qualquer especulação ou mistificação – o nexo existente entre a estrutura social e política e a produção. [...] A produção das ideias, de representações e da consciência está, no princípio, diretamente vinculada à atividade material e ao intercâmbio material dos homens, como linguagem da vida real. As representações, o pensamento, o comércio espiritual entre os homens, aparecem aqui como emanção direta de seu comportamento material. [...] São os homens os produtores de suas representações, de suas ideias, etc., mas os homens reais e atuantes, tal como são condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e das relações a eles correspondentes, até chegar às suas mais amplas formações. (MARX, 2012, p. 51)

No prosseguimento analítico sobre as representações na perspectiva de Marx, Minayo (2011) refere que o autor elege a consciência como categoria de análise fundante para discutir o campo das ideias. Acrescenta que as representações, ideias e pensamentos consistem em conteúdos da consciência, sendo que esta é determinada pela base material. Como acentua Marx, “não é a

consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (MARX, 2012, p. 52).

A autora acima faz referência também ao que Marx considerou como relação dialética ao se referir à ligação entre a base material e a consciência – isso porque, segundo ele, as circunstâncias fazem os homens, mas estes também fazem as circunstâncias. Concordamos então com a compreensão assumida pela autora, quando diz que Marx, ao sustentar essa percepção dialética sobre esses dois elementos, relativizou o determinismo mecânico existente entre eles e sublinha a questão das contradições entre as forças de produção, o estado social e a consciência.

Após imersão nas análises feita por Minayo a respeito das representações sociais na visão dos três principais clássicos da sociologia, concordamos com a autora quando refere que, em muitos aspectos, esses teóricos apresentam semelhanças em sua forma de pensar a questão das representações; contudo, observa divergência fundamental. Assim, Durkheim, para quem as representações sociais são produtos da ação coletiva e exercem coerção sobre os indivíduos e a sociedade, se distancia do pensamento de Weber, cuja concepção é de que os indivíduos é que são portadores de valores e de cultura que informa a ação social dos grupos. Marx, por sua vez, tem seu pensamento em conformidade com o de Durkheim no que se refere ao papel coercitivo dos valores e crenças sobre as massas, divergindo, pois, ao conferir caráter de classe às representações sociais e ao papel das lutas de classe, que ocorre no modo de produção o qual é determinante das ideias.

Mais recentemente, o conceito de representações sociais é reelaborado no limiar da sociologia e da psicologia, no sentido de adaptar-se à fluidez dos tempos modernos, onde as transformações sociais, a pluralidade de ideias e a mobilidade das pessoas diferem do pensamento do século XIX, onde foram gerados inicialmente os conceitos de representações.

Nesse sentido, torna-se imprescindível mencionar as reflexões de Moscovici sobre representações sociais – embora seja consenso entre os diversos estudiosos da obra desse autor que ele resistiu em apresentar um conceito sobre as representações sociais, por julgar que, ao fazê-lo, incorreria na redução de seu alcance conceitual. Interessa acentuar que, ao adentrar a obra de Moscovici, esse

fato pode ser facilmente observado, a partir de uma ampla variedade de explicações sobre a noção de representações sociais. Entre elas, destacam-se:

A representação social é uma modalidade de conhecimento particular tendo a função de elaboração dos comportamentos e da comunicação entre os indivíduos. [...] São entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano. A maioria das relações sociais efetuadas, objetos produzidos e consumidos, comunicações trocadas estão impregnadas delas. (MOSCOVICI, 2012, p. 27-39).

Importante notar que a divergência nas formas de pensar de Moscovici e Durkheim reside no fato de que este último percebe a individualidade humana estabelecida a partir da sociedade, já que sustenta a primazia do social sobre o individual. Em contrário, Moscovici acredita que o indivíduo tem papel ativo e autônomo no processo de construção da sociedade.

Cabe registrar a forma como Moscovici percebia as representações coletivas pensadas por Durkheim:

[...] As representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião etc.), para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo”. (MOSCOVICI, 2003, p. 49)

Farr (2011) refere que os objetos de estudo de interesse de Durkheim eram religião, costume, mito, mágica, entre outros dessa ordem, e que Moscovici, ao desenvolver a teoria das representações sociais, modernizou esses objetos tidos anteriormente como sagrados, ou seja, ele propugna situar esses objetos no campo da ciência, retirando-os do âmbito da magia. Acrescenta que, dessa forma, o autor estava modernizando a ciência social, ao substituir representações coletivas por representações sociais, a fim de tornar a ciência social mais adequada ao mundo moderno.

Ainda de acordo com Farr, a escolha do pensamento de Durkheim como fundamento para o estudo das representações sociais feito por Moscovici impôs um grande desafio referente a ter de situar efetivamente a psicologia social na

“encruzilhada”, num território limítrofe entre a psicologia e as ciências sociais, onde se desenvolvem fenômenos cuja natureza psicológica e social seja admitida, e não mutuamente excluída.

De acordo com Sá (2001), realizar uma definição precisa sobre as representações sociais é algo complexo, e isso pode ser percebido a partir da forma como os diversos estudiosos dessa teoria iniciam suas exposições acerca do tema, ou seja, pela natureza e complexidade inerentes à definição do conceito: eles preferem iniciar fazendo uma preparação indutiva do leitor. Moscovici admite que a noção de representações sociais seja verdadeiramente complexa e diz: “Se a realidade das representações é facilmente apreendida, o conceito não o é” (MOSCOVICI, 2012, p. 39).

Com relação à elaboração da teoria das representações sociais, Moscovici lhe atribuiu duas faces: a conceitual e a figurativa. Nesse sentido, propôs a representação como um processo que torna conceito e percepção intercambiáveis, em que essas duas faces estão interligadas. Sobre essa questão, o autor refere:

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. Elas sempre possuem duas faces, que são interdependentes, como duas faces de uma folha de papel: a face icônica e a face simbólica. Nós sabemos que: representação = imagem/significação; em outras palavras, a representação iguala toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem. (MOSCOVICI, 2003, p. 46).

Com essa configuração estrutural das representações, tal como descritas acima, de acordo com Sá (2001), torna-se possível retirar delas uma primeira caracterização de seus processos formadores. Assim sendo, a duplicação de um sentido por uma figura a qual se dá materialidade a um determinado objeto refere-se ao processo de objetivação. Numa perspectiva inversa, a duplicação de uma figura por um sentido, pela qual gera um contexto inelegível ao objeto, tem-se o processo de ancoragem. Portanto, a ancoragem e a objetivação são processos formadores de representações.

Assim sendo, Moscovici (2003) define ancoragem como um processo que transforma algo estranho, perturbador e curioso, e o compara com um paradigma de

uma categoria que se pensa mais apropriado. Acrescenta ele que ancorar significa “classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nomes são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2003, p. 61).

No tocante à objetivação, Moscovici defende a ideia de que se trata de um processo que consiste em descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; significa a reprodução de um conceito em uma imagem. Segundo o autor, isso ocorre porque “As palavras não falam sobre ‘nada’, somos obrigados a ligá-las a algo, a encontrar equivalentes não verbais para elas” (MOSCOVICI, 2003, p. 72).

Em síntese, Moscovici considera a ancoragem e a objetivação como processos formadores de representações, sendo, portanto, formas de lidar com a memória. A ancoragem, por sua vez, mantém a memória em movimento colocando e retirando objetos, pessoas e acontecimentos, os quais são por ela classificados conforme um tipo e os rotula com um nome. Já a objetivação é direcionada mais para fora para os outros, extrai desse campo conceitos e imagens a fim de juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, buscando fazer coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Outro aspecto relevante contido na definição dessa teoria refere-se à relação entre representação e comunicação. Ao discutir sobre essa questão, Duveem (2003) refere que as representações são resultantes da interação e da comunicação. Acrescenta que elas ganham forma e configuração exclusivas e não obedecem à noção de tempo, ou seja, se modificam a qualquer momento como efeito desses processos de influência social. Essa relação pode ser observada a partir da definição sobre representações nos termos de Moscovici:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2003, p. 21).

Vale ressaltar que essa breve incursão necessariamente parcial em alguns elementos fundantes da teoria das representações sociais, mais detidamente sob a visão de Moscovici, contribui para iluminar a proposta do estudo aqui presente sobre

as representações sociais da política de saúde mental na visão dos profissionais executores dessa política no município de Fortaleza.

É importante demarcar que a teoria das representações sociais, tendo sido criada como parte da psicologia social, não permaneceu restrita a essa área, ou seja, não é utilizada exclusivamente por esse segmento: ao contrário, ela encontra-se disseminada por várias áreas do conhecimento. Constitui-se como uma referência central de análise do conhecimento produzido no cotidiano, bem como do processo de construção da realidade, a partir das relações sociais no mundo.

Essas observações conduzem diretamente ao campo de fenômenos de representação social que consiste no levantamento dos temas de representação que vêm sendo pesquisados. Em relação a isso, Sá (2001) refere um trabalho elaborado por Jorge Vala, no qual o autor fez um levantamento dos objetos de representação sob estudo, e os achados desse estudo apontaram para campos como sistemas econômicos, conflitos sociais, relações intergrupais e para categorias sociais: mulher, criança, quadros organizacionais, justiça, violência, trabalho, desemprego, sistemas tecnológicos, saúde e doença e “doença mental”.

Outros autores, como Jodelet, Wagner e Elejabarrieta, fazem um mapeamento sobre os campos de investigação das representações sociais. Tais levantamentos apontam para a ampliação do campo e a diversidade de objetos de representação que têm sido alvo de pesquisas. Assim, os primeiros teóricos sistematizam o campo de investigação das representações em três campos abrangentes: campo do conhecimento vulgar ou folk-knowledge; campo dos objetos culturalmente construídos e seus equivalentes modernos; e, por fim, o campo das condições e ocorrências sociais e políticas. Nesse último campo, prevalecem as representações que possuem breve tempo de significação para vida social (SÁ, 2001).

Segundo o autor acima, Denise Jodelet, ao elaborar um mapeamento sobre o campo, propôs a enumeração de seis diferentes perspectivas voltadas à elaboração das representações sociais. São elas: ênfase à atividade exclusivamente cognitiva, na qual o sujeito constrói sua representação; acentuação dos aspectos significantes da ação representativa; tratamento da representação como discurso; consideração da prática social do sujeito na elaboração da representação; determinação das representações pelo jogo das relações intergrupais; e, por fim, ênfase sociologizante – aqui o sujeito é portador das determinações sociais responsáveis pela produção

das representações. A autora acrescenta ainda que essa multiplicidade de perspectivas engendra territórios relativamente autônomos, o que resulta em um campo de pesquisa multidimensional.

Como mencionado linhas acima, a teoria das representações sociais teve sua origem como modelo de explicação da realidade com o trabalho de Moscovici publicado em 1961 e, apesar de esse autor declarar sua relutância em formular um conceito sobre as representações social, alguns autores, a exemplo de Denise Jodelet, vêm contribuindo para o desenvolvimento dessa teoria. Cabe notar que a autora é reconhecida como a principal colaboradora no tocante ao prosseguimento do trabalho de Moscovici. Desse modo, ela propõe uma definição para as representações sociais, entendendo-as como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com o objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22).

Na medida em que representar significa mostrar o objeto, criando sobre ele imagens e reconstituições simbólicas, as representações sociais como saber prático (atividade mental) estão relacionadas ao fato de como os sujeitos sentem, percebem o mundo em sua volta, possibilitando, dessa forma, a compreensão dos sinais que diferenciam cada contexto social e histórico em que se está inserido, bem como as suas perspectivas ideológicas e formas de observar os fenômenos sociopolíticos, podendo causar transformações sociais importantes. Assim sendo, qualquer que seja o campo de fenômenos das representações sociais que se pretenda pesquisar, devem-se levar em conta quais são os indicativos sociais que esse grupo expressa e assume perante aspectos destacados da prática da sociedade.

Nesse sentido, ressaltamos as reflexões da autora ao afirmar que as representações sociais são sistemas de interpretação

Que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como a difusão e assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais (JODELET, 2001, p. 22).

Ao desenvolver um estudo sobre a representação social da doença mental em uma comunidade rural da França, a autora supramencionada lança mão do conceito de representação social enfatizando a articulação entre elementos afetivos,

mentais, sociais, integrando ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação. Assim, ela diz:

Representação social não é somente um conteúdo, mas também estrutura e forma cognitiva, expressiva dos sujeitos que a constroem, nas suas relações com os processos simbólicos e ideológicos, com a dinâmica e energética social [...] as representações sociais devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando – ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação – a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir. (JODELET, 2005, p. 55)

Dessas considerações, podemos inferir que, ao adentrarmos o campo das representações sociais, faz-se necessário analisar aspectos mentais e afetivos no sentido de haver um avanço voltado para a concepção de ser humano essencialmente social, haja vista ser inexecuível conhecê-lo sem levar em consideração seu contexto histórico, cultural, assim como suas condições políticas e econômicas.

Jodelet (2001) considera que uma representação social é uma configuração de saber prático que liga um sujeito a um objeto. Este pode ser de natureza social, material ou ideal, uma vez que a representação se encontra numa relação de simbolização e de interpretação. Com relação à forma de saber, a representação pode ser entendida em várias bases de fundamentação como a linguagem, o comportamento ou materiais, ou seja, trata-se da “modelização” do objeto expressa pela representação social.

Acrescenta a autora que as representações sociais são sempre representações de alguma coisa (o objeto), de alguém (o sujeito) que sabe e que sabe de algum lugar. Observa que é preciso definir e considerar os agentes da representação, o lugar de onde esses agentes sabem, ou seja, considerar o contexto social, de vida, de trabalho dentro dos quais se movem os sujeitos e constroem as representações.

Nesse sentido, Bourdieu (2004) teoriza sobre contextos sociais e condições objetivas, nas quais um determinado grupo cria suas estratégias de reprodução, norteiam suas práticas e constroem simbolicamente suas relações com o mundo. Para o autor, é a estrutura das relações objetivas existentes entre os agentes sociais que irá determinar o que podem ou não fazer, bem como determinar suas posições.

As contribuições de Bourdieu (2007) para a análise das representações sociais estão centradas no estatuto das palavras, na valorização do ato de falar, que expressa as condições de existência dos sujeitos. Para ele, a palavra é símbolo por excelência de comunicação, por acreditar que ela representa o pensamento, revelando, pois, as condições estruturais, os sistemas de valores, as normas e os símbolos. As representações de um determinado grupo por meio de um porta-voz consegue transmitir em que condições socioeconômicas, político-culturais e históricas específicas aquele grupo se encontra.

Bakhtin, citado por Minayo (2011), é outro teórico que considera a palavra um fenômeno ideológico, para quem a palavra constitui a forma mais pura e sensível de relação social. Ao definir o caráter histórico e social da fala, refere que cada época e cada grupo social possuem seus próprios discursos e formas de se comunicar, as quais são determinadas pelas condições objetivas dos meios de produção e estrutura sociopolítica. O autor acrescenta que, por meio da comunicação verbal, as pessoas refletem e refratam os conflitos e contradições inerentes ao sistema de dominação, em que a oposição e submissão fazem parte de uma relação dialética.

Outra referência importante sobre a linguagem encontra-se nas teorizações de Marx, quando este advoga que a linguagem é meio pelo qual a consciência se revela. Diz o autor:

A linguagem é a consciência real, prática, que existe também para os outros homens e que assim existe igualmente para mim; e a linguagem surge como a consciência da incompletude, da necessidade dos intercâmbios com os outros homens (MARX, 2012, p. 56).

Do exposto, podemos inferir, a partir das análises levadas a efeito e tomando por referência as construções teóricas desenvolvidas pelos diversos autores mencionados ao longo deste texto, que as representações sociais são uma teoria que nasce como um instrumento, cujo objetivo é analisar cientificamente as mentalidades e as práticas sociais em sua dinamicidade e diversidade.

A teoria pensada por Moscovici partiu do princípio de que existem várias formas de se conhecer e de se comunicar, norteadas por objetivos diferentes. Tal diferença entre essas formas de conhecer não quer dizer que haja um isolamento entre elas.

Guareschi, ao se referir a essa questão, coloca que as representações sociais voltam seu olhar tanto para o sujeito quanto para o objeto, ou seja, ela se opõe a uma “epistemologia do sujeito ‘puro’, ou uma epistemologia do objeto ‘puro’”. Ao fazer isso, recupera um sujeito que, através de sua atividade e relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio” (GUARESCHI, 2011, p.19).

3.2 Alinhamentos teóricos para investigar as representações sociais no campo da política de saúde mental

3.2.1 Fundamentos de institucionalização e desinstitucionalização

A sociedade moderna se estrutura por mecanismos e modelos de adequação e controle sociais, representando, a priori, uma forma de assegurar e manter a ordem, ou seja, identificar e remodelar os desordenados, os que não se comportam conforme as ordens, isto é, os desajustados.

Com a institucionalização dessa noção de ordem pelo Estado moderno, o ordenamento jurídico tratou de especificar e sancionar as condutas que em princípio não seriam desejadas manter sua prática em sociedade, tentando moldar-se proporcionalmente a pena prevista à conduta indesejada, variando conforme a gravidade ou o clamor público. Para assegurar o cumprimento de tais normas, bem como para tentar reconduzir e readequar o sujeito à sociedade sem que esta sofresse os abalos de se manter um indivíduo inadequado em seu seio, vinculou-se, portanto, tal tarefa às instituições, que deveriam ser fonte de inesgotável processo disciplinar (FOUCAULT, 1993).

Ainda de acordo com esse autor, as instituições foram iniciadas no século XVIII, momento em que eram chamadas de reformatórios, tendo como objetivo o ajustamento de qualquer indivíduo desajustado aos olhos da sociedade. Dessa forma, tinha-se a crença de que, por meio de um exaustivo processo disciplinar e com auxílio de mecanismos propiciados pela consciência humana, quando do isolamento e solidão, se alcançaria o tão desejado ajustamento.

Franco Basaglia, importante estudioso de origem italiana e precursor do movimento de reforma do sistema de saúde mental da Itália, autor de uma das obras mais importantes do campo da saúde mental, intitulada *A instituição negada*,

produzida em 1968, sustenta que as instituições são funcionais ao sistema econômico que lhe abriga. Refere que qualquer que seja a instituição criada pelo sistema econômico na qual está inserida é invariavelmente acessória a esse mesmo sistema. Ele acrescenta que todas elas têm a finalidade de gerir as contradições do próprio sistema.

Para o autor acima, a partir da criação de categorias específicas, o sistema garante para si o controle geral que o proteja contra quaisquer desequilíbrios. Nas diversas instituições criadas, existem os vários tipos de “excluídos, ou codificados”, em que a exclusão específica apresenta um sentido funcional para a sociedade de que é expressão. Ressalta, nesse contexto, o papel das ideologias, que é marcadamente o de encobrir as contradições existentes das instituições. Assim, toda instituição terá em sua base sua própria ideologia específica, definindo a categoria de competência.

Dessa maneira, o que caracteriza as instituições é a relação de poder, ou seja, a existência da divisão entre os que possuem e os que não têm poder. Para o autor, a subdivisão dessas funções

Traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade. (BASAGLIA, 1985, p. 101).

Basaglia (1985), ao analisar as diversas formas de abordagens e vivências junto à doença mental no manicômio de Gorizia, na Itália, aponta que o problema não é a doença em si (gênese, prognósticos etc.), mas as determinações dos tipos de relação que se instaura com o doente. Nesse contexto, verifica três formas distintas de lidar com a doença:

- 1) Relação do tipo aristocrática: nesse modelo, o doente tem um poder contratual que lhe permite opor ao poder do médico. Estabelece-se certo nível de reciprocidade na relação, entre a função técnica do médico a função social do doente. O doente não se submete passivamente ao poder, pelo menos enquanto o seu valor social corresponde a um valor econômico efetivo.

- 2) Relação do tipo mutualista: nessa relação, o poder técnico do médico é reduzido, havendo um aumento do poder arbitrário em relação ao “segurado” (previdenciário). Dito de outra maneira, a reciprocidade ocorre somente quando há um elevado nível de maturidade e consciência por parte do doente em relação aos seus direitos adquiridos, havendo a possibilidade, por outro lado, de ser neutralizado pelo poder técnico.
- 3) Relação institucional: aqui o poder puro do médico é vertiginosamente aumentado, quase absoluto, enquanto o poder do doente é igualmente diminuído. Nesse caso, já não se faz mais necessário o uso do poder técnico. O fato de o sujeito estar internado em um hospital psiquiátrico faz desse indivíduo, automaticamente, um cidadão sem direitos, passível ao arbítrio de médicos e enfermeiros, que podem fazer-lhes o que bem entender sem que haja qualquer possibilidade de contestação.

Do exposto, pode-se inferir que as análises feitas por Basaglia, ainda no final de 1968, se apresentam ainda hoje bastantes atuais e pertinentes às realidades vivenciadas nos manicômios, estabelecidas através das relações entre pessoas com transtornos mentais e os profissionais desses espaços, onde muitas vezes a exclusão e a violência são marcadamente observadas sobre aqueles que apresentam carência de valor contratual, ou seja, recurso econômico, não lhes restando outra saída a não ser um comportamento de submissão.

Nessa direção, torna-se relevante observar a definição de institucionalização na percepção de Basaglia, mencionada por Amarante:

A institucionalização é o complexo de “danos” derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional. (AMARANTE apud BASAGLIA, 1996, p. 84).

Erving Goffman, sociólogo canadense, desenvolveu um estudo, entre os anos de 1954 e 1957, sobre a estrutura e a rotina das instituições de reclusão, intitulado *Manicômio, prisões e conventos*. A partir da análise aprofundada desse universo, e mais detidamente dos hospitais psiquiátricos, o autor elaborou vários conceitos

sobre a dinâmica de funcionamento dentro desses espaços. Contudo, esses conceitos podem também ser aplicados a outros tipos de instituições que, por sua estrutura e finalidade, abriguem características de fechamento.

Assim sendo, o autor buscou identificar a natureza autoritária das instituições a partir da elaboração de conceitos referentes à sua organização hierárquica e burocrática, de suas características coercitivas e de manipulação, das ações proibidas e/ou permitidas e do processo de estigmatização, que se realizam na estratégia opressiva, sob o consenso da ideologia custodial, dos ritos de iniciação, cerimônias e da violência (expressa ou velada) da administração.

Enfatiza-se que, dentre os referidos conceitos elaborados pelo autor acima, o que permite sintetizar mais expressivamente esse conjunto analítico por ele empreendido é o conceito de “instituição total”. As instituições totais são aquelas que isolam grupos de indivíduos do resto da sociedade, objetivando manipular sua consciência. Como acentua o autor,

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e 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. (GOFFMAN, 1974, p. 11).

Para o autor, as “instituições totais” apresentam três características significativas: primeiro, existe uma distinção clara entre os que trabalham na instituição, tendo a função de privar os internos de sua personalidade, sendo possível a partir do controle exercido em todas as dimensões de vida dos internos e após tê-los privado do seu direito à intimidade.

Segundo, nas organizações totais se busca igualdade em tudo o que diz respeito à vida das pessoas que lá estão, como as roupas que vestem, os aposentos ou celas que ocupam, a alimentação, entre outros. E, terceiro, todas as atividades da vida diária do sujeito tornam-se minuciosamente regulamentadas, de tal modo que os internos devem se submeter a terceiros, caso desejem fazer qualquer coisa. Dito de outra forma, a iniciativa para conduzir suas vidas depende totalmente de outros (GOFFMAN, 1974).

A rigidez própria das instituições totais leva ao isolamento total do mundo exterior como exigência intrínseca de sua natureza, de modo a serem comuns

estruturas físicas marcadas por muros extremamente altos, janelas gradeadas, alambrados elétricos, torres de vigilância e tudo que possa separar o mundo organizacional do mundo externo.

Ainda de acordo com autor, aspecto relevante nesse contexto refere-se à ressocialização dos internos como processo ancorado em dois momentos, tais sejam: na “mortificação do eu”, que incide em um processo que engloba humilhação, degradação e enfraquecimento, e na “profanação da identidade” do interno. Esse processo se concretiza e se caracteriza por meio de ações do tipo: recolher objetos pessoais do interno na entrada da instituição, cortar os cabelos dos sujeitos de forma semelhante, uso de uniformes iguais para todos.

Ainda dentro desse contexto de mortificação, ressaltam-se as inspeções diárias, pessoais, de quartos ou celas, os exames médicos, a identificação através da criação de um número para cada interno. Trata-se de formas diversificadas de aviltamento, mecanismos de “mortificação do eu”, que, segundo Amarante (1996, p. 84), designa um “processo de desfiguração, profanação e violação do sujeito institucionalizado”.

Nessa direção, o processo de “mortificação do eu” inicia-se quando a pessoa com um sofrimento mental chega ao hospital psiquiátrico e dele é subtraído a sua “concepção de si mesmo”, bem como sua “cultura aparente” que são trazidas consigo e que foram formadas na vida familiar e civil. Os ataques empreendidos ao “eu adoecido” decorrem do “despojamento” do seu papel na vida civil pela imposição de obstáculos no contato com o mundo externo, do “enquadramento” pela imposição das regras de comportamento, do “despojamento dos bens”. Isso o faz perder a identidade e a segurança pessoal, com a “exposição contaminadora” a partir da criação de um dossiê sobre o “eu doente”, causando perturbação e “desequilíbrio do eu”, tendo em vista que tal mecanismo viola as ações, a autonomia e a liberdade de agir do internado (GOFFMAN, 1974).

Nessa direção, são pertinentes os relatos contidos nesta entrevista:

Considero pontualmente a reforma como um grande salto de paradigma, da forma de olhar essa pessoa que não tinha possibilidade a não ser de estar dentro dos hospícios, anulada, sem uma identidade afetiva, sem uma identidade social, e muitas vezes entrava e ali perdia totalmente seus vínculos, entrava e não conseguia sair, a não ser pela própria morte e a morte numa

concepção mais ampliada, muito forte, de possibilidade de vida. [Ent. 05]

Simultaneamente ao processo de “mortificação do eu”, ocorre o que Goffman chama de mecanismos de “reorganização pessoal”, que representam instruções formais e/ou informais de reestruturação do eu e que asseguram um sistema de privilégios. As instituições possuem um sistema de normas, regras e proibições que, uma vez aceitas, possibilitam a premiação e concessão de privilégios. Cabe ressaltar que, uma vez desobedecidas essas normas e regras, os internados são submetidos aos castigos de toda ordem, havendo assim a suspensão provisória ou constante dos privilégios.

As noções de privilégios no âmbito da instituição total não são retiradas do modelo pertinente à vida civil, ou seja, não é concebido como favores, mas como ausência de privação (GOFFMAN, 1974).

O autor acima refere que, com o advento dos mecanismos de “reorganização”, o internado passa a desenvolver um processo de adaptação que pode ocorrer através dos “ajustamentos primários”. Estes são entendidos como sendo o momento em que há, por parte do internado, cooperação em aceitar as atividades impostas pela instituição.

Outra via de adaptação imposta se dá pelos “ajustamentos secundários”, período em que a instituição se apropria de meios ilícitos ou não permitidos para obter satisfações proibidas, escapando do que a organização supõe que deve fazer ou obter; noutras palavras, esquivando-se daquilo que deve realmente ser. (GOFFMAN, 1974).

Outro conceito proposto por Goffman diz respeito às “táticas de adaptação”, que são estratégias utilizadas pelos internados e se configuram como respostas às regras da instituição. Algumas delas se apresentam como meios de enfrentamento das tensões existentes entre o mundo real e o mundo institucional. Ocorre, pois, como já referido anteriormente, a partir dos ajustamentos primários, secundários ou das duas formas combinadas, podendo ocorrer em momentos diferenciados da vida do internado.

Sobre as diferentes possibilidades de adaptação empreendidas pelos internados, Goffman as classifica como “afastamento da situação”. Predomina, assim, os atos de desatenção e abstenção aos fatos e coisas que acontecem ao

redor do internado. A “intransigência” se configura como negação da cooperação e atitudes provocativas junto à instituição. Em seguida, tem-se outra tática padronizada pela instituição, denominada “colonização”, em que a pessoa passa a considerar a vida institucional como desejável, estável e relativamente satisfatória.

Quanto à tática de “conversão”, esta se dá pela aceitação aparente da interpretação oficial ou da instituição, em que a pessoa tenta representar o papel de internado perfeito. Já a “viração” refere-se ao uso de diferentes táticas como forma de fugir das dores psíquicas e dos sofrimentos físicos. Por fim, tem-se a “imunização” como etapa final desse conjunto de táticas desenvolvidas pelo internado. “O mundo habitual do internado foi de tal ordem que o imunizou contra o sombrio mundo da instituição: nesses casos, não há necessidade de levar muito longe um esquema específico de adaptação” (GOFFMAN, 1974, p. 62-63).

Nessa discussão, o autor sustenta que esses mecanismos denominados “mortificação do eu” e “reorganização pessoal” acabam por gerar um campo cultural responsável por criar no internado uma percepção de fracasso, sentimento de tempo perdido em função da internação, embora consciente de que se faz necessário cumprir esse tempo e também esquecê-lo. Gera também a sensação de angústia em relação à possibilidade de retorno ao mundo externo.

Tal angústia decorre de três elementos que o autor classifica como “status proativo”, “desculturação” e “estigma”. No primeiro (status proativo), percebe-se uma nova posição social em que o internado se encontra, diferente da anteriormente vivida e que jamais será a mesma se ou quando sair do hospital.

Com relação à “desculturação”, a pessoa se vê diante da perda ou da impossibilidade de adquirir os hábitos atuais que a sociedade no mundo externo passará a exigir dele.

Por fim, o elemento chamado de estigma, que é uma expressão bastante conhecida no campo da saúde mental, refere-se ao fato de, quando um internado adquiriu um baixo ou desfavorável “status proativo” (casos particulares de pessoas que saem de prisões ou hospitais psiquiátricos), o ex-internado passa receber uma recepção fria e excludente no mundo externo e, a partir desse momento, empreende esforços no sentido de esconder seu passado e busca criar disfarces.

Goffman identificou ainda, no seu estudo, as características do hospital psiquiátrico como instituição total na perspectiva da equipe dirigente. O autor chamou atenção para o fato de que nas instituições totais – e aqui especificamente o

hospital psiquiátrico – se convive com uma contradição oculta, ou seja, entre aquilo que ela faz e o que deve de fato fazer. Na tentativa de sobrepujar essa realidade, ela se mobiliza da seguinte maneira: primeiro elabora um “esquema de interpretação” que é iniciado no momento em que a pessoa é internada, sendo definida pela equipe dirigente como o tipo de pessoa que a instituição está destinada a “tratar”.

Segundo, a equipe dirigente busca impor um modelo de comportamento que se enquadre às regras do hospital, as quais são exibidas como o objetivo legítimo da instituição; por fim, a pessoa é levada a mostrar um comportamento dócil e controlado (GOFFMAN, 1974).

Adiante, o referido autor refere que no mundo interior das instituições totais a equipe dirigente busca impor a obediência ao internado. Ela precisa passar a impressão de que os valores humanitários são conservados ali, bem como que as finalidades racionais da instituição estão sendo atingidas. O autor reflete sobre a existência de uma distância social entre os dois grupos em questão (internados e equipe dirigente), havendo apenas uma interação limitada aos “padrões de deferências”, entendidos como padrões impostos formalmente, com exigências e sanções para transgressões e que devem ser apresentados pelo internado.

Outro aspecto abordado no trabalho de Goffman refere-se a uma sistematização da sequência padronizada das modificações ocorridas na concepção do eu do internado, cujo processo o autor classifica de “carreira moral” do doente mental. A referida carreira, segundo o autor, inicia-se quando o doente mental tem deflagrada a denúncia de sua transgressão, que vai gerar a sua hospitalização. Segue-se sua chegada no hospital psiquiátrico, onde ainda tem a concepção de si mesmo, que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Assim sendo, ao adentrar a instituição, o internado

[...] é imediatamente despedido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças na sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorreram nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. (GOFFMAN, 1974, p. 24)

Quando de sua inserção na instituição total, a pessoa inicia ao que o autor refere como sendo a fase de “pré-paciente”. Esse momento pode se dar através da internação voluntária ou não. Inicia-se aí o sofrimento e a expropriação de suas relações e direitos com o mundo externo. As pessoas mais próximas (familiares, amigos) e os mediadores (médico, polícia) exercem influência significativa sobre o seu eu. Dessa forma, esse circuito de acontecimentos vai gerando no internado o que Goffman denominou de “coalização alienadora”. Trata-se, pois, de um sentimento de traição, enganação em relação àquelas pessoas de sua confiança e do denunciante de sua transgressão. Posteriormente, a “construção histórica do caso” é estabelecida através dos mediadores, na qual é feita uma retrospectiva do passado do internado.

Ainda nesse contexto, uma sequência de mudanças na concepção do “eu internado”, destaca-se a presença de um sentimento de desamparo por ter sido abandonado pela sociedade, bem como por ter a concepção de que foi desamparado pelas pessoas mais próximas (família e amigos). Identifica-se também a necessidade de anonimato, em que a pessoa evita contatos com as pessoas de modo geral. Com o passar do tempo, estabelece-se a “aceitação”, período em que tem início a concepção por parte do internado de que ele

[...] foi despojado de suas defesas, satisfações e afirmações usuais, e está sujeito a outro conjunto relativamente completo de experiências de mortificações. Informa-se de que as restrições e privações são partes intencionais do tratamento para sua cura. (GOFFMAN, 1974, p. 126-127)

Assim sendo, para conferir justificativas do seu eu, o internado passa a criar “histórias tristes”, visando a explicar o fracasso do passado, bem como apresentar intenção de autorrespeito com o reforço da ficção. Nesse mecanismo de negação da racionalidade do internado, Goffman identifica um fenômeno advindo da equipe dirigente, consubstanciado pelo momento em que essa equipe desmente as histórias tristes contadas pelos internados, utilizando as informações contidas no seu dossiê. Como consequência, a pessoa se vê forçada a se aceitar ou a fingir aceitar a explicação da instituição. Mesmo sendo verdade as informações divulgadas, o internado tenta escondê-las, sente-se ameaçado e impotente diante da exposição de suas intimidades. Não restando alternativa, tenta reconstruir sua história mais uma vez, a qual tende a ser desmentida sucessivas vezes, como num ciclo sem fim.

Ao longo dessas experiências, vem o desgaste, e o internado aprende a viver nessas condições, em que a qualquer momento pode ter sua vida exposta. Quando isso ocorre, surge a denominada “fadiga moral”, momento em que o internado aprende que é possível sobreviver ao agir de uma forma que a sociedade considera destrutiva (GOFFMAN, 1974, p. 127).

No conjunto das contribuições trazidas por Goffman, destaca-se a discussão na busca de apontar elementos que justifiquem a legitimação das instituições totais por parte da sociedade em relação às ações que um hospital psiquiátrico exerce sobre os internados.

Nesse contexto, o autor refere que os indivíduos se aproximam de maneiras diferentes, tendo como objetivo estabelecer interações, destacando que uma das mais importantes interações refere-se ao binômio servidor/servido (profissional e “cliente”), a qual se constitui em uma relação de serviço, em que o “cliente” traz para essa relação um respeito pela competência técnica do servidor. A confiança de que agirá eticamente traz também gratidão.

Ao pensar um hospital médico (não psiquiátrico), a interação ocorre quando a pessoa (cliente) busca um médico (profissional) para curar-lhe uma doença, acreditando ser o único com competência para esse fim. Tecnicamente, o médico recebe as informações dos sintomas e sinais da doença e, pela “operação mecânica”, propicia a cura da doença. Nesse caso, as incapacidades físicas necessitam de tratamento para o bem-estar da pessoa.

Já num hospital psiquiátrico, a operacionalização das ações é mascarada. Para melhor elucidação dessa questão, Goffman diz:

Muitas instituições totais parecem funcionar apenas como depósitos de internados [...] usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. [...] um frequente objetivo oficial é a reforma dos internados na direção de algum padrão ideal. Esta contradição entre o que a instituição realmente faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz constitui o contexto básico da atividade diária da equipe dirigente. (GOFFMAN, 1967, p. 69-70).

Nos casos em que ocorrem denúncias por parte do internado acerca das práticas desenvolvidas na instituição, em relação ao processo de ajustamentos secundários, precisam ser imediatamente analisados por ele (médico) como

sintomas e sinais da sua perturbação mental, devendo ser entendidas também pelo doente mental como o reconhecimento da sua doença. Nessa direção, o tratamento empreendido se estrutura a partir de prescrições sob a forma de “arregimentação” e “tiranização” (dormitório, cela de isolamento, controle de impulsos, remédios, tarefas, eletrochoques, prêmios e castigos), devendo ser analisado como um instrumento de reforma de um “eu adoecido”.

A legitimação do hospital psiquiátrico ocorre mais evidentemente por meio da disseminação de sua ideologia institucional, consubstanciado por meio do trabalho de relações públicas que é bem característico desses espaços.

Goffman destaca que a profissão do médico psiquiatra conduz a refletir sobre a “ideologia institucional” (sistema resultante de crenças que servem para atenuar e estabilizar a definição do serviço médico). Assim, nos hospitais psiquiátricos geralmente são realizadas exposições nas salas de entrada com folhetos de orientação, revistas ou jornal do hospital, ou seja, todo um trabalho de relações públicas, em que mostram ao público novos recursos terapêuticos. Trata-se, portanto, de um mecanismo ideológico com vistas a manter o equilíbrio entre a profissão do médico, os internados, parentes e visitantes, confirmando dessa maneira as afirmações evidentes de uma orientação de serviço médico (GOFFMAN, 1974).

Essa imersão focada no trabalho realizado por Goffman acerca das instituições totais, objeto de estudo do autor, e aqui mais detidamente sobre os hospitais psiquiátricos, aponta para a perda de identidade por parte do internado, bem como evidencia os esforços empreendidos pela equipe dirigente (administradores) no sentido de manter as pessoas que ali estavam sob o crivo da dependência total e do distanciamento da equipe.

O estudo revela a existência de diversos rituais de distanciamento de si mesmo e também abandono da vida exterior ao hospital, sendo o internado obrigado a se destituir de sua singularidade, passando por rituais de padronização que abrange desde as vestimentas iguais para todos aos horários de se alimentar e dormir. Além disso, destacam-se os mecanismos de violência física e psicológica a que eram (e ainda são hoje, em menor grau) submetidas as pessoas dentro dos espaços manicomiais.

Como resultante, tem-se um processo de “desculturamento” e “dependência da equipe dirigente”, em que muitas vezes o doente mental não deseja mais a sua

própria liberdade. Obviamente, o trabalho de Goffman retrata uma realidade de 55 anos atrás, onde os recursos terapêuticos eram limitados em relação aos dos dias atuais. Contudo, torna-se necessário salientar que muito do que o autor refletiu em sua obra ainda continua presente em nossos dias, dentro dos espaços institucionais psiquiátricos, bem como algumas concepções inerentes ao conceito de instituição total podem estar presentes de forma atualizada dentro dos espaços de saúde mental extra-hospitalares.

Vale destacar que esse cenário não representa a totalidade das instituições, ou seja, existem também as instituições ditas abertas, onde seus integrantes têm acesso ao mundo exterior, ainda que estejam dependentes delas e de suas regras. Nesse sentido, trazemos como exemplo as colônias rurais. Essas comunidades abrigam uma instituição psiquiátrica “aberta”, em que as pessoas com transtornos mentais são assumidas administrativa e terapêuticamente por famílias que residem nas proximidades da instituição.

De acordo com Amarante (1982), esse modelo de assistência heterofamiliar era norteado pela experiência do modelo implantado na aldeia de Geel, na Bélgica, no século XVII, fundamentalmente centrada no trabalho agrícola como recurso terapêutico. Nesses espaços, preconizava-se a liberdade dos indivíduos que ali eram deixados e recebiam assistência de famílias que moravam nas proximidades, as quais eram contratadas e recebiam pagamento em dinheiro para assumir tal responsabilidade (alimentação e abrigo dos internados nas dependências de suas casas).

A proposta de assistência heterofamiliar no Brasil data de 1924, com a criação da colônia Juliano Moreira em Jacarepaguá, no estado do Rio de Janeiro, objetivando “reeducar” o indivíduo por meio de atividades agrícolas, a fim de propiciar-lhes recursos necessários à sua reinserção na sociedade, particularmente ao espaço urbano.

Importante salientar que, de acordo com a literatura especializada, não se tem registro da ocorrência de resultados exitosos desse tipo de assistência. Ao contrário, a grande maioria das pessoas com transtornos mentais que eram encaminhadas às colônias jamais teve alta hospitalar.

Do exposto, podemos inferir que, mesmo sendo do tipo aberta, não significa necessariamente que a instituição tenha invertido a lógica da tutela. Nesse sentido, mesmo que seus integrantes possam ter acesso ao mundo externo, é possível haver

cronificação, exclusão, violência e tutela, estando, pois, os sujeitos subjugados simbolicamente em normas e regras inflexíveis sob o argumento da assistência e do cuidar, muitas vezes disfarçadas sob o manto de uma violência sutil.

Outra dimensão também importante nesse contexto em pauta refere-se à desinstitucionalização percebida como empreendimento epistemológico que preconiza a valorização das múltiplas formas de tratar o sujeito, considerando as suas condições concretas e objetivas de vida. Sobre essa questão, Amarante analisa:

A clínica deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pineliano para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber. [...] Desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso é, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 2009, p. 1)

De acordo com Amarante (1996), a noção de desinstitucionalização surgiu na década de 1960, nos Estados Unidos, como uma proposta do movimento preventista, referindo-se a um conjunto de medidas que objetivam a desospitalização. Para esse fim, cria-se um aparato de serviços assistenciais comunitários, visando a reduzir o ingresso ou a permanência dos pacientes em hospitais psiquiátricos.

Ressalta que foi após a Segunda Guerra Mundial que as denúncias e críticas acerca do modelo vigente transformaram-se em ações concretas por parte do Estado, que nesse momento passa a assumir a responsabilidade da questão social. Inicia-se, portanto, a criação de projetos de reformas institucionais centradas na organização administrativa, visando à transformação da dinâmica institucional asilar. Essas experiências iniciais tornaram o ambiente fértil ao debate em torno do movimento de transformação das instituições psiquiátricas.

O processo de desinstitucionalização disseminado pelos Estados Unidos e também pela Europa tornou-se um ideal a ser alcançado por diversos grupos sociais

e ao que aqui nos interessa: a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental ou desinstitucionalização antimanicomial.

A desinstitucionalização antimanicomial foi acontecendo através da atualização e transformação de várias técnicas e organizações guiadas por diversas concepções político-doutrinária vindas dos diversos movimentos desenvolvidos nos países do Ocidente, tais como: a análise institucional, tendo como matriz teórica a psicanálise; a comunidade terapêutica, de matriz na dinâmica de grupo; a antipsiquiatria, a qual tem sua matriz teórica no existencialismo e na fenomenologia; a psiquiatria preventiva e comunitária, centrada na epidemiologia funcionalista; a psiquiatria democrática, de matriz teórica no marxismo; e a psiquiatria de setor, norteadas por fundamentos econômicos que buscava a racionalização dos recursos, resultando em princípios organizativos com vistas à regionalização e hierarquização de serviços (SAMPAIO; BARROSO, 1994).

Essas correntes de pensamento, como dito anteriormente, surgiram com os movimentos sociais, visando a se contrapor ou superar o modelo em voga, em um período de reconstrução da Europa, onde os grandes hospícios eram comparados aos campos de concentração nazistas e quando se necessitava de mão de obra para a reconstrução dos países.

De acordo com Birman e Costa (1994), essas concepções político-doutrinárias podem ser sinteticamente analisadas a partir de três grupos importantes: primeiro, os movimentos que priorizavam as críticas à estrutura asilar, estando aí incluídos os movimentos das comunidades terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e da psicoterapia institucional (França); segundo, os movimentos que priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria. Nesse grupo, incluem-se a psiquiatria preventiva e a psiquiatria de setor; terceiro e último, os movimentos instauradores de rupturas na constituição do saber médico sobre a loucura. Estão presentes nesse grupo o movimento da antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana.

Concordamos com Oliveira (2002) ao observar que as diferentes correntes de busca por reformas tinham, em suas lutas, objetivos diversos, que iam desde a renovação da competência terapêutica da psiquiatria versus controle social, a coação e a segregação, passando pela possibilidade de abolição das instituições, até aquelas concepções que preconizavam a racionalização financeira e

administrativa, a partir da redução de leitos hospitalares, indicando, portanto, uma estratégia de enxugamento resultante da crise fiscal do Estado.

A autora segue em sua análise referindo que este último objetivo vem desenhando sua marca nos processos de desinstitucionalização manicomial realizados por diversos países, particularmente nos Estados Unidos, onde houve a desospitalização na década de 1970, em que foi considerada exclusivamente a redução de leitos hospitalares.

Essa formulação de desinstitucionalização ancorada prioritariamente em fechamento de leitos hospitalares remete à noção de desospitalização, que, de acordo com Amarante (1996), encontra-se ancorada numa redução de custos da assistência para os cofres do Estado, estando pouco voltada para uma profunda transformação da assistência.

A desinstitucionalização manicomial deve ser, portanto, refletida dentro do contexto de avanços da reforma do Estado sob a ótica neoliberal, em que as políticas de cunho econômico se sobressaem às sociais, e isso acaba tendo um desdobramento em todos os segmentos das políticas públicas, entre elas as de saúde e de saúde mental.

Isso pode ser observado a partir de ações referentes à desospitalização, redução de leitos psiquiátricos, fechamento de hospícios, entre outras, significando, pois, a presença do mercado e a lógica da racionalização de gastos públicos, configurando-se no Estado mínimo (OLIVEIRA, 2002).

O conjunto dessas ideias em busca de reformas formou a base que gradativamente foi gerando profundas transformações na prática de atenção à saúde mental, especialmente no que se refere às experiências italianas. Essas foram as que promoveram maior número de mudanças profundas, a partir de Franco Basaglia (psiquiatra reconhecido como precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana – psiquiatria democrática).

Conforme Amarante (1995), o mérito do movimento da psiquiatria democrática italiana (PDI) refere-se à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e principalmente ao cuidado em não reduzir essas denúncias a uma questão específica de responsabilidade dos técnicos de saúde mental.

Seguindo o raciocínio do estudioso supracitado, o movimento da psiquiatria democrática italiana constitui uma possibilidade que permite ir além da propriedade

e da competência “médico-psiquiatra-psicológica”, buscando afirmar alianças com forças sindicais, políticas e sociais. Dito de outra forma, o movimento da psiquiatria democrática italiana traz para a discussão um cenário político mais amplo: a impossibilidade de transformação na assistência sem haver reinvenção do território das relações entre cidadania e justiça. Assim, a trajetória italiana propiciou o estabelecimento de uma “ruptura radical” com o saber e a prática psiquiátrica, em função de ter conseguido atingir seus paradigmas.

Ainda de acordo com autor acima, essa ruptura trazida pelo movimento PDI demonstra a urgência da revisão das relações nas quais o saber médico realiza sua práxis. Nessa direção, o movimento traz em sua matriz dois aspectos importantes: primeiro, a necessidade de uma análise histórica e crítica acerca da sociedade e do modo como ela se relaciona com o sofrimento e a diferença. Segundo, percebê-lo como um movimento político em que as relações econômicas e sociais têm lugar central sobre essa questão, bem como os movimentos sociais como instâncias responsáveis pelo confronto junto às instituições, sendo possível um cenário de questionamentos e reinvenções.

As iniciativas de Basaglia, especialmente em Trieste, situada no nordeste da Itália, promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitária, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centro de convivência e moradias assistidas.

O conceito de desinstitucionalização, na perspectiva de Basaglia (1985), se diferencia do simples desmonte do hospital psiquiátrico, ampliando esse desmonte para algo de maior abrangência, ou seja, desmontar os mecanismos psiquiátricos de exclusão/controle. A palavra-chave do processo de desinstitucionalização é o conceito de desconstrução não só do manicômio, como também de saberes e estratégias, todos referidos ao objeto abstrato, ou seja, à doença. Ao mesmo tempo, refere-se a um processo de invenção de novas possibilidades de assistência ancorado não mais ao objeto fictício, a doença, mas na existência – sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo social.

Essa consideração feita por Basaglia acerca do sofrimento e da loucura coloca esses dois elementos não apenas como condições a serem violadas e toleradas, mas sim como realidades a serem aceitas, em parte, pela sociedade, bem como de serem tratadas como tal. Dessa forma, constata-se que, na forma de

pensar a desinstitucionalização proposta pelo autor, está implícita a noção de cidadania, uma vez que considera a singularidade e as diferenças do indivíduo na perspectiva dos cuidados e dos direitos.

Conforme Rotelli (1990), o processo de desinstitucionalização atualmente não está centrado apenas na remoção dos sintomas, e sim na produção de possibilidades de vida, na perspectiva de um modelo cultural que não seja mais a custódia ou a tutela, mas a elaboração de projetos que ampliem possibilidades e expectativas de vida, apreendendo os processos terapêuticos como alargamento dos espaços de liberdade últimos do sujeito humano no sentido de sua emancipação, aumentando os estatutos de liberdade à sua volta.

Ainda de acordo com Rotelli, a verdadeira desinstitucionalização em psiquiatria compreende três aspectos relevantes: primeiro, a mobilização como atores, os sujeitos sociais envolvidos; segundo, a transformação das relações de poder entre os assistidos e as instituições; e, terceiro, a criação de estruturas/dispositivos de saúde mental que substituam totalmente a internação no hospital psiquiátrico a partir da desconstrução e reconversão de recursos, tanto humanos quanto materiais, contidos nesses espaços. Ele ressalta a diferença entre o conceito de desinstitucionalização e o de desospitalização.

Assim, desospitalização refere-se à “política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos (e, em alguns casos, embora não frequentemente, de fechamento mais ou menos brusco de hospitais psiquiátricos)” (ROTELLI, 1990, p. 91).

O Brasil segue a tendência da trajetória histórica mundial dos movimentos de reforma psiquiátrica com vistas à desinstitucionalização, que procura delinear marcos fundamentais visando a estabelecer relações históricas e metodológicas para, dessa forma, captar a dinâmica do processo de abstração e transformação dos paradigmas psiquiátricos. Segundo Amarante (1995), a história da psiquiatria brasileira é pautada na prática asilar e na medicalização do social.

O advento de uma autêntica indústria para fazer o enfrentamento da loucura que vinha se constituindo no Brasil a partir da década de 1960 acabou provocando uma reação que podia ser evidenciada em seu poder de corrupção e perversão no âmbito da assistência psiquiátrica. Dito de outro modo, os hospitais conveniados à então política governamental de saúde em voga naquele período, no intuito de

garantir lucros, estimulavam a cronicidade dos transtornos mentais. Assim sendo, os gastos com psiquiatria atingiam números desproporcionais (AMARANTE, 1995).

A luta em busca da cidadania para pessoas com transtorno mental inicia-se na década de 1970, recebendo influência das diversas correntes de pensamento, vinculadas às experiências europeias e norte-americanas, avançadas para a época. Contudo, apresentavam-se pouco críticas em relação à realidade social, econômica e cultural do país (SAMPAIO; BARROSO, 1994).

As ações reformadoras iniciaram e prosseguiram ao longo do século XIX, numa busca de levar orientação científica aos setores especializados. No século XX, a reforma é norteadada pela crítica à insuficiência do asilo. Nesse momento, tem-se a criação do modelo das colônias agrícolas ou heterofamiliar, a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas, apresentando-se como um desafio reformista, e o “fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos 60 e 70, são outros momentos da iniciativa do reformismo no campo da saúde mental” (DELGADO, 1992, p.19).

Ainda de acordo com Delgado, a marca distintiva da reforma psiquiátrica brasileira reside no fato de que, nas últimas décadas, a concepção de reforma adquire uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar ao seu aperfeiçoamento ou humanização, incidindo sobre os pressupostos da psiquiatria a condenação de seus efeitos de normatização e controle. A expressão “reforma psiquiátrica” passa a exigir uma adjetivação precisa, denotando um movimento cujo início o autor situa na segunda metade da década de 1970 e que tem uma característica essencial: “no Brasil da restauração democrática, sua característica dominante é o desafio da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita” (DELGADO, 1992, p. 20).

Em síntese, a reforma psiquiátrica no Brasil visa à desconstrução da lógica manicomial como sinônimo de perversão, segregação, exclusão e violência institucional. Busca-se, portanto, a instituição como um novo espaço social para a pessoa com transtorno mental, propiciando a oportunidade de exercer a sua cidadania.

Nesse sentido, a reinserção social passa a ser o principal objetivo da reforma psiquiátrica, tendo em vista potencializar a rede de relações do sujeito através do resgate da noção de complexidade do fenômeno humano e da reafirmação da capacidade de contratualidade do sujeito, criando assim um ambiente adequado

para que a pessoa com transtorno mental possa ter o suporte necessário para reinscrever-se no mundo como ator social.

3.2.2 Fundamentos de identidade e diferença

Diante desse cenário, que entrecruza questões referentes à institucionalização e à desinstitucionalização circunscritas no campo da saúde mental discutido até aqui, impõe-se a discussão de outro aspecto igualmente importante. Trata-se do conceito de identidade, pois a internação psiquiátrica, como bem diz Goffman, representa a perda do conjunto de características próprias de uma pessoa, no momento em que ela é internada.

Para iniciar a discussão teórica referente à identidade, torna-se pertinente destacar que ela vem acompanhada invariavelmente do conceito de diferença. Cumpre observar preliminarmente se tratar de conceitos que, para além de sua aparente facilidade de compreensão conceitual, reserva um campo semântico demasiadamente complexo.

Na linguagem do senso comum, a identidade é percebida como sendo meramente aquilo que se é, um fato autônomo, que se encerra em si mesmo. No trabalho elaborado por Silva (2012) acerca de identidade e diferença, ele inicia a teorização com um exemplo para clarificar o conceito. Desse modo, o autor refere o seguinte: quando alguém diz “eu sou brasileiro”, parece que está fazendo referência a uma identidade que se esgota em si mesma. A necessidade em fazer tal afirmação ocorre pelo fato de existirem outras pessoas que não são brasileiras. No entanto, esta afirmação, “eu sou brasileiro”, integra uma extensa cadeia de “negações”, de declarações negativas de identidade, de diferenças. Por trás de tal afirmação, deve-se ler que o sujeito não é argentino, chinês ou japonês, e assim por diante.

Ainda conforme o autor, fazer todas essas declarações negativas, do tipo “eu não sou chinês, eu não sou argentino ou eu não sou japonês”, tornaria muito complicado o indivíduo pronunciar a sua identidade.

Nessa linha de raciocínio, a identidade e a diferença estão em uma relação de estreita dependência, ou seja, as afirmações sobre diferença só fazem sentido se forem entendidas em sua relação com as afirmações sobre a identidade. Dito de

outra forma, a identidade depende da diferença, e a diferença depende da identidade. Elas são inseparáveis e mutuamente determinadas.

Silva (2012) argumenta que a identidade e a diferença, além de serem interdependentes, possuem uma característica comum: são resultantes de atos linguísticos, ou seja, elas têm de ser nomeadas e apenas através de atos da fala torna-se possível instituí-las. Nesse sentido, são ativamente produzidas, não sendo possível pensá-las como algo do mundo natural ou transcendental, mas do mundo sociocultural.

Concordamos com Silva e outros teóricos da literatura especializada ao afirmarem que a identidade e a diferença são criadas no contexto das relações entre os homens: portanto, são criações sociais e culturais.

Como referido anteriormente, a identidade e a diferença constituem uma relação social. Conseqüentemente, sua definição é discursiva e linguística, estando, pois, sujeita às relações de poder. Tais relações ocorrem em um campo hierárquico de disputa. Essa disputa pela identidade abrange uma disputa maior por outros recursos simbólicos e materiais da sociedade. Na análise de Silva,

A afirmação da identidade e a enunciação da diferença traduzem o desejo dos diferentes grupos sociais, assimetricamente situados, de garantir o acesso privilegiado aos bens sociais. A identidade e a diferença estão, pois, em estreita conexão com relações de poder. O poder de definir a identidade e de marcar a diferença não pode ser separado das relações mais amplas de poder. A identidade e a diferença não são, nunca, inocentes. (SILVA, 2012, p. 81)

É pertinente o raciocínio de Silva quando diz que, onde há diferenciação instituída pela relação identidade e diferença, ali está presente o poder, sendo essa diferenciação o processo fundamental pelo qual a identidade e a diferença são produzidas.

As diferenciações, segundo o mencionado autor, são traduzidas por diversos processos que trazem a presença do poder, tais como: inclusão e exclusão ("estes pertencem, aqueles não"); demarcação de fronteiras ("nós" e "eles"); classificação ("bons e maus"; "puros e impuros"; "desenvolvidos e primitivos"; "racionais e irracionais"); normalização ("nós somos normais; eles são anormais").

Esses atos, que consistem em demarcar, separar e distinguir grupos ou pessoas, não ocorrem aleatoriamente. Trata-se, pois, de referências que demonstram a posição que os sujeitos ocupam nas relações de poder.

Outro aspecto envolvido nessa discussão refere-se à questão da classificação. É consenso entre grande parte dos teóricos dessa temática que o processo de classificar é central na vida social, podendo referir-se à forma pela qual os homens dividem e ordenam o mundo social em grupos e em classes. Nesse sentido, a identidade e a diferença estão estreitamente relacionadas às formas pelas quais a sociedade produz e utiliza classificações. Estas são continuamente elaboradas a partir da demarcação da identidade.

Portanto, o mundo é dividido em classes, estando longe de se constituir em agrupamentos harmônicos. Silva (2012) salienta que, nesses termos, dividir e classificar institui hierarquia. O privilégio de classificar constitui igualmente o privilégio de impor distintos valores aos grupos ou a pessoas assim classificadas.

Woodward (2012) corrobora com Silva ao afirmar que as diferenças estabelecidas nas relações sociais advêm dos sistemas classificatórios. Para a autora, “um sistema classificatório aplica um princípio de diferença a uma população de uma forma tal que seja capaz de dividi-la (e a todas as suas características) em ao menos dois grupos opostos – nós/eles [...] eu/outro” (WOODWARD, 2012, p. 40).

A classificação de identidade apresenta formas diversificadas. Porém, de acordo com Silva (2012), a mais importante refere-se àquela que se estrutura em torno de oposições binárias, ou seja, ao redor de duas classes polarizadas. Contudo, é preciso ter presente que, numa oposição binária, um dos termos é sempre privilegiado, ou seja, tende a receber valor positivo, enquanto o outro recebe valor negativo.

Aprofundando a discussão, o autor acima aborda um aspecto igualmente importante no processo de conceitualização da identidade, referindo-se à questão da norma. Segundo ele, a normalização é um dos processos mais sutis, em que o poder revela-se no âmbito da identidade e da diferença. Nas palavras do autor,

Normalizar significa eleger – arbitrariamente – uma identidade específica como o parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas. Normalizar significa atribuir a essa identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa. (SILVA, 2012, p. 83)

As interpretações dos autores mencionados até aqui estão em consonância com o pensamento de Pierre Bourdieu em relação à conceitualização de identidade. Para este último, a identidade é um fenômeno sociocultural que se estabelece a partir da relação entre pessoas ou grupos e que supõe reconhecimento e classificação. A consolidação das identidades é norteadas pelas disputas ocorridas no âmbito da classificação, ou seja, do poder de divisão do mundo social e da nomeação dos vínculos sociais em categorias mentais, formadas nos discursos e nas práticas do cotidiano.

Bourdieu observa o seguinte:

As lutas a respeito da identidade étnica ou regional, a respeito de propriedades (estigmas ou emblemas) ligadas à origem através do lugar de origem e dos sinais duradouros que lhes são correlativos, como o sotaque, soa um caso particular das lutas das classificações, lutas pelo monopólio de fazer ver e fazer crer, dar a conhecer e de fazer reconhecer, de impor a definição legítima das divisões do mundo social e, por este meio, fazer e de desfazer os grupos. (BOURDIEU, 2007, p. 113)

Para esse autor, o que está em disputa dentro dessas relações é o poder de impor uma visão de mundo social por meio dos princípios de “di-visão” que, ao ser imposta a um grupo, realizam o sentido e o consenso sobre a identidade, conforme os interesses em jogo.

O efeito produzido pelo ato de classificar não se reduz ao reconhecimento consentido àquele que detém o discurso, mas depende do grau em que o discurso é anunciado ao grupo da sua identidade. Está fundamentado, pois, no reconhecimento e na crença que lhe concedem os membros desse grupo, bem como dependem das vantagens econômicas ou culturais aí implicadas (BOURDIEU, 2007).

Dentro desse contexto, o autor chama atenção para as circunstâncias onde as lutas são travadas com os grupos minoritários, ou seja, os agentes dominados entram numa luta isoladamente, a exemplo das interações da vida cotidiana, faltando-lhes alternativas, restando apenas aceitar a definição dominante da sua identidade de forma “resignada ou provocante, submissa ou revoltada”. E ainda

[...] Da busca da assimilação a qual um trabalho que faça desaparecer todos os sinais destinados a lembrar o estigma (no estilo de vida, no vestuário, na pronúncia etc.) e que tenha em vista propor, por meio de estratégias de dissimulação ou de embuste, a

imagem de si o menos afastada possível da identidade legítima.
(BOURDIEU, 2007, p. 124)

Outra importante contribuição para a discussão conceitual sobre identidade refere-se às análises feitas por Stuart Hall (2007). Em trabalho elaborado sobre esse tema, o autor caracteriza três tipos de identidade, as quais foram denominadas: identidade do sujeito do iluminismo, identidade do sujeito sociológico e identidade do sujeito pós-moderno.

A identidade do sujeito do iluminismo está fundamentada na concepção de um indivíduo totalmente centrado, unificado e dotado de razão, um ser consciente e de ação. Aqui, o “centro” é entendido como núcleo interior do indivíduo, ou seja, a identidade que é inerente à pessoa. O referido “centro” reserva uma essência que permanece fixa, contínuo “idêntico” durante toda a vida do indivíduo.

Com relação à identidade do sujeito sociológico, parte-se da consciência de que o núcleo interior do indivíduo não é autônomo nem tão pouco autossuficiente, e sim construído através das relações que vão se estabelecendo com as pessoas, as quais repassam noções de valores, sentidos e símbolos, ou seja, a cultura na qual o indivíduo está inserido.

E, por fim, há a identidade do sujeito pós-moderno, que se encontra ancorada na compreensão de que as mudanças estruturais e institucionais provocam uma instabilidade e provisoriedade na identidade do indivíduo. Dito de outra forma, a identidade torna-se pouco fixa e pouco permanente, e a pessoa passa a ter várias identidades.

Stuart Hall (2012), em outro trabalho, ainda refletindo sobre identidade, sustenta que

É precisamente porque as identidades são construídas dentro e não fora do discurso que nós precisamos compreendê-las como produzidas em locais históricos e institucionais específicos, no interior de formações e práticas discursivas específicas, por estratégias e iniciativas específicas. Além disso, elas emergem no interior do jogo de modalidades específicas de poder e são, assim, mais o produto da marcação da diferença e da exclusão do que do signo de uma unidade idêntica, naturalmente constituída, de uma “identidade” em seu significado tradicional – isto é, uma mesmidade que tudo inclui, uma identidade sem costuras, inteiriça, sem diferenciação interna. (HALL, 2012, p. 109-110)

A discussão feita até aqui sobre identidade e diferença, assim como os conceitos a elas relacionados, especificamente aqueles que revelam ser a identidade uma construção sociocultural, contraditória, a qual estabelece conexões com relações de poder, nos remete a pensar criticamente na condição das pessoas com transtorno mental, buscando perceber a forma e o quanto essas pessoas foram (e ainda são, em alguma medida) vítimas desses processos de construção de identidade.

Nesse sentido, a diferença, como dito anteriormente, é crucial no processo de construção da identidade, de modo que são processos que implicam operações de “inclusão e exclusão”, “eles e nós”, “classificação”, classificar quem é bom e quem é mau, quem é normal e quem é anormal, ou seja, é um processo que se apresenta negativamente para uma das partes. Analisando historicamente o caso das pessoas com transtornos mentais, cujos comportamentos apresentavam-se de forma diferente, isto é, contrários ao padrão pré-estabelecido pela sociedade, elas passaram a ser classificadas como “o louco”, “os outros” – portanto, um ser diferente de “mim”, de “nós”. Nessa direção, a loucura passou a ser uma identidade representativa dos transtornos mentais, assim como daqueles considerados inadaptados e transgressores da ordem e das regras sociais.

3.2.3 Fundamentos de normalidade e anormalidade

Outras duas concepções importantes e necessárias para uma compreensão mais ampla do objeto aqui em estudo diz respeito aos conceitos de normalidade e anormalidade que, na percepção de Foucault (1993), são conceitos operacionais que foram sendo apropriado por grupos de pessoas que, ao longo da história, foram se constituindo em poder, cuja forma é a dominação consubstanciada na exclusão de grupos ou pessoas do convívio social, mascarado pelo discurso de suposta harmonia e equilíbrio.

Foucault, em sua obra *Os anormais*, desenvolveu uma reconstrução genealógica sobre o conceito de anormalidade que, segundo ele, foi construído no século XIX. Assim, o autor descreve como o domínio da anormalidade vai se firmando historicamente.

Na ótica de Foucault (2001), o conceito de anormalidade foi usado com o objetivo de normalizar as diferenças. Ele apresenta três aspectos que constituem o campo da anormalidade: o monstro humano; o indivíduo incorrigível e os onanistas. Esses aspectos serão descritos nas linhas abaixo.

O monstro humano refere-se a uma noção jurídica. Sua definição se faz pelo fato de haver violação tanto das leis da sociedade quanto da natureza, em função de sua própria existência e forma. Juridicamente, o monstro humano está em toda anormalidade, servindo de modelo às técnicas médicas e judiciárias presentes no final do século XVIII e durante o século XIX. Ele é evidenciado nas transgressões das definições e classificações da existência humana, uma vez que não se encontra em nenhum dos polos socialmente aceitos, tais como os hermafroditas, irmãos siameses, entre outros.

O indivíduo incorrigível é um fenômeno entendido como sendo normal, sendo que não se pode esperar dele uma correção espontânea. Nesse sentido, requer uma reeducação, aplicação de técnicas de adestramento capazes de propiciar a convivência em sociedade. Surgem então as técnicas de disciplina que nos séculos XVII e XVIII ganham força em instituições militares, escolas, presídios, manicômios e, posteriormente, nas famílias. Essas instituições cumpriam a tarefa de isolar da sociedade aqueles classificados como indesejáveis, transgressores e inadaptáveis. Diversas técnicas de correção e de reparação foram criadas objetivando o adestramento do corpo, do comportamento e das aptidões.

Por fim, o outro aspecto que configura a anormalidade na visão de Foucault é o onanista (masturbação). Característico do século XIX, seu campo de origem é a família. Refere-se à correlação com as novas relações entre sexualidade e a organização familiar, constitui a sexualidade infantil como objeto de educação. Atribui-se à sexualidade o poder etiológico ilimitado das doenças. Assim, a família é responsabilizada pelos abusos de onanista, demonstrando, pois, que houve situação de negligência, falha na vigilância, desinteresse pelos filhos. O ponto culminante é a repressão do corpo produtivo em detrimento da sexualidade.

Como argumenta Thomas Szasz (1984) em sua obra produzida em 1970, intitulada *A fábrica da loucura*, a medicina apreciou a masturbação como causa essencial da loucura, bem como de toda ordem de transtornos psicossomáticos. Como resultante dessa situação, são criados vários dispositivos educativos com o objetivo específico de desarraigar esse mal.

Aprofundando essa discussão, torna-se necessário refletir à luz das análises de Canguilhem (2000) acerca do termo normal, o qual foi bastante debatido em sua tese de doutorado em medicina, cujo título *Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e ao patológico* revela que “o normal” está intrinsecamente relacionado à norma e ao regulamento.

Assim sendo, o autor lança mão do *Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie de Lalande* (Boletim da Sociedade Francesa de Filosofia, reconhecidamente importante no meio acadêmico), fazendo uma análise semântica com o objetivo de abstrair com precisão o sentido da palavra normal, que pode ser melhor elucidada na citação a seguir:

É normal, etiologicamente – já que norma significa esquadro –, aquilo que não se inclina nem para esquerda nem para a direita, portanto, o que se conserva num justo meio-termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável. (CANGUILHEM, 2000, p. 95)

O estudo de Canguilhem surge como uma crítica à tradição positivista presente na medicina de sua época, centrada especificamente na função de diagnosticar e curar. O autor buscou mostrar e dar base científica à concepção de que os fenômenos patológicos são variações de intensidade de seus “correlatos” normais. Dito de outra forma, a doença não se reduz a desequilíbrio ou desarmonia, representada aqui como desvio, anormalidade, mas um esforço que a natureza exerce no homem a fim de alcançar um novo equilíbrio.

O autor acima organiza suas compreensões de saúde e doença a partir da leitura crítica do pensamento de Augusto Comte (filósofo francês) e Claude Bernard (médico e fisiologista). Esses comungam da tese hegemônica do pensamento médico do século XIX, segundo a qual os estados patológicos, nos organismos vivos, seria apenas uma variação quantitativa dos fenômenos normais.

A percepção de Canguilhem (2000) em relação ao normal e ao patológico apresentam-se de forma distinta das visões dos autores supracitados. Ele inicia as suas explicações partindo do conceito de vida, que na sua compreensão significa uma polaridade dinâmica. Tal polaridade implica uma oscilação do organismo entre períodos que são diferentes. Aqui ele chama atenção dizendo que o fato de haver a

ocorrência de tal oscilação não significa atribuir valor positivo ou negativo entre um polo e outro, e sim entender a oscilação como um evento que faz parte da dinâmica da vida.

O autor nega a coexistência dos dois períodos, afirmando que ora se está em um, ora se está em outro. A compreensão do que seja normal, nesse caso, diz respeito à obtenção orgânica de certas constantes, as quais estabelecem uma ordem que otimiza e potencializa o funcionamento do organismo. Dessa forma, o normal refere-se à capacidade do corpo de obedecer a certas normas que colocam em ordem e organizam a execução das diversas funções.

Assim, a doença caracteriza-se por uma incapacidade do corpo em se colocar de maneira normativa, o que não significa dizer que a doença sugere uma desordem. Nessa perspectiva, a doença também obedece a certa normatividade, pois a doença tem seu próprio funcionamento (CANGUILHEM, 2000).

Nessa perspectiva, para Canguilhem (2012), a normatividade no campo da saúde mental é caracterizada através da força normativa, a qual é vista como liberdade individual, revisão e criação de novas normas. Dito de outra maneira, a saúde mental se configura como certa disposição de superar crises psíquicas para restabelecer uma nova ordem mental.

Nesse sentido, Canguilhem faz a seguinte declaração:

Ora, como nos pareceu reconhecer na saúde um poder normativo de colocar em questão normas fisiológicas usuais pela procura do debate entre o vivente e o meio — debate que implica a aceitação normal do risco da doença —, do mesmo modo nos parece que a norma em matéria de psiquismo humano é a reivindicação e o uso da liberdade como poder de revisão e de instituição de normas, reivindicação que implica normalmente o risco da loucura. (CANGUILHEM, 2012, p. 168)

Dessa forma, tanto na fisiopatologia quanto na nosologia psíquica, não é possível restringir a doença mental ao louco, tendo em vista que a anomalia pode ser a expressão da normatividade psíquica diante de algumas circunstâncias econômicas, sociais e ou culturais. Como argumenta esse autor,

Da mesma maneira que em biologia chega-se a perder o fio condutor que permite diante de uma singularidade somática ou funcional distinguir entre a anomalia progressiva e a doença regressiva, também em psicologia perde-se o fio condutor que permite, na

presença de uma inadaptação a um meio de cultura determinado, distinguir entre a loucura e a genialidade (CANGUILHEM 2012, p. 168).

Compreendida por esse ângulo, a normatividade psíquica consiste na capacidade do indivíduo em não se fixar em normas e valores culturais, sendo possível, a partir da não aceitação ou da transgressão, restabelecer outros valores num determinado contexto cultural (CANGUILHEM, 2012).

O autor comenta que a capacidade normativa, atributo da saúde, foi negada por psicólogos e psiquiatras, os quais adotaram os valores sociais como valores absolutos, verdades encerradas em si mesmas, de modo que a percepção de indivíduo normal estava reduzida a indivíduos que se acomodam à realidade, que se apresentam, assim, incapazes de recriar outros valores e formas de relação com o meio social:

Mas a maior parte do tempo, falando de condutas ou de representações anormais, o psicólogo e o psiquiatra viram, sob o nome de normal, uma certa forma de adaptação ao real ou à vida que não tem, todavia, nada de absoluto, salvo para quem nunca suspeitou da relatividade dos valores técnicos, econômicos ou culturais, quem adere sem reserva ao valor destes valores e quem, finalmente, esquecendo as modalidades do seu próprio condicionamento pelo seu meio social e a história deste meio social, e pensando de boa fé que a norma das normas se encarna nele, revela-se, para todo pensamento um pouco crítico, vítima de uma forte ilusão próxima daquela que ele denuncia na loucura. (CANGUILHEM, 2000, p. 168)

Seu pensamento complexifica na medida em que propõe, por assim dizer, uma “inversão” de conceitos, ou seja, Canguilhem, ao discorrer sobre psiquiatras e psicólogos no processo de classificar os indivíduos como normais, assegura que, na sua concepção, o “doente mental” e “o anormal” na verdade são aqueles ditos normais. Isso porque, segundo ele, o indivíduo, por estar restrito e imerso nas normas pré-estabelecidas pela sociedade, já não tem capacidade de ir além ou de idealizar outras normas.

De forma geral, a loucura coloca em risco o princípio essencial da sociedade burguesa da razão, de modo que ela constrói um conjunto de questionamentos “impensáveis” a um indivíduo dito normal. Em suma, questiona-se a credibilidade implicada nos princípios da ordem, da legalidade e das instituições. Nessa direção, são válidas as reflexões de Castel quando diz:

Insensato, o louco é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas “normais” e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional. (CASTEL, 1978, p. 16)

Na trilha dessa compreensão, o pensamento de Castel nos remete ao entendimento jusnaturalista, segundo o qual a noção do transtorno mental e do “doente mental” implica o dever de ficar à margem do contrato social, pois não partilha da mesma racionalidade burguesa. Nessa perspectiva, constituem-se as bases ideológicas que historicamente legitimaram a exclusão e a segregação da pessoa com transtorno mental pelo Estado.

3.2.4 Fundamentos de clínica ampliada e clínica tradicional

Tomando por referência os teóricos citados até o momento a partir de suas análises sobre normalidade e anormalidade, e mais detidamente o pensamento de Canguilhem, podemos observar uma crítica acentuada em relação à tradição positivista de forte influência no campo da medicina, que historicamente – usando aqui emprestado um termo de Franco Basaglia – colocou o sujeito entre parênteses.

Conceber o sujeito fora dos parênteses e, em seu lugar, colocar a doença revela-se uma nova forma de pensar as políticas e práticas em saúde como um todo, retirando a doença do foco exclusivo de atenção e trabalho, passando a considerar também a pessoa.

Cabe lembrar que, na perspectiva de Franco Basaglia, esse modo de pensar e agir estão para além de uma intervenção puramente técnica: ao contrário, ela diz respeito a um modelo de intervenção que está estreitamente relacionada à noção de reprodução social do sujeito. Portanto, essa ampliação no modo de conceber a relação sujeito/doença remete a uma fecunda discussão teórica muito em voga na contemporaneidade: trata-se do conceito de clínica ampliada. Este se refere a um conceito inovador com forte tendência em instituir um novo modelo de atenção nos

diversos serviços públicos de saúde e por vezes nos serviços abertos de saúde mental, a exemplo dos CAPS.

A partir de 2003/2004, torna-se possível encontrar o termo clínica ampliada nas cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde, numa busca de disseminar essa reformulação e ampliação dos saberes e práticas referentes à clínica.

A clínica, numa perspectiva de expansão de saberes e práticas, passa a ser denominada de clínica ampliada, que comporta uma tecnologia pensada sob o manto da humanização no tocante à assistência no campo da saúde.

A clínica ampliada é, pois, um método para cogestão de coletivos, proposta por Gastão Wagner de Sousa Campos, médico e professor do departamento de medicina preventiva e social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

A proposta de Campos (2007b) de promoção da cogestão visa à coprodução de um sujeito dialeticamente constituído pela dinâmica das forças internas e externas. Dito de outro modo, é a transformação da clínica clássica hegemônica, centrada predominantemente na doença, para um modelo de atenção que permite a compreensão de outros aspectos importantes da vida do sujeito, indo além do enfoque mecanicista e biologista.

Campos (2007b), em seu trabalho intitulado *Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*, toma como referência o legado de Franco Basaglia, teórico com o qual já mantivemos diálogo em outra seção deste estudo, cuja concepção sobre o transtorno mental não está focada em evoluções, diagnósticos/prognósticos, mas sim na construção de novas possibilidades de vida e subjetividade dos sujeitos acometidos por algum transtorno mental.

A concepção de saúde em geral, para o autor supracitado, significa intervenções técnicas diretamente relacionadas à noção de “reprodução social” do sujeito, e o observador deve considerá-lo em sua experiência.

Vale destacar que reprodução social, nessa perspectiva, diz respeito à questão da cidadania ativa e do protagonismo da pessoa com transtorno mental, isto é, perceber essa pessoa como alguém que tem direitos e que necessita de uma preparação com o objetivo de ter tais direitos assegurados. Dessa forma, constitui-se um ambiente fecundo para criação de diversas ações que envolvem política, promoção e atenção à saúde. Em síntese, trata-se da reformulação da clínica

tradicional, havendo um deslocamento da ênfase centrada exclusivamente na doença para centrar agora no “sujeito concreto”.

Cabe lembrar que, ao longo deste estudo, foi mencionada, por meio das contribuições de Foucault – tomando por referência suas análises sobre *O nascimento da clínica* e *A história da loucura* –, a maneira com que historicamente o sujeito era obscurecido e submetido aos ditames da psiquiatria.

Havia, portanto, uma centralidade do foco científico apenas no corpo adoecido, grande valorização e preocupação em classificar, organizar e ordenar as “doenças mentais” em classes, gênero e espécies. A reformulação da clínica seria, pois, um contraponto à noção de clínica tradicional descrita nos estudos de Foucault.

Basaglia, em suas investigações sobre a reformulação da assistência em saúde mental, refere que a psiquiatria pôs o sujeito entre parênteses, tendo como finalidade se apropriar da doença como fenômeno natural. Segundo Amarante (1996), quando Basaglia propôs uma inversão dessa relação doença/sujeito, colocando agora a doença entre parênteses, havia nessa lógica a pretensão de tornar possível tratar com o sujeito, e não apenas com a doença.

Ainda conforme as análises de Amarante (1996) acerca dessa nova invenção prático-teórica, que põe a doença entre parênteses e que envolve um processo de desconstrução de saberes e práticas da psiquiatria, sustenta-se que não se trata de negar o transtorno mental, a existência da dor e do sofrimento: esses elementos são significativamente considerados. Entretanto, admite a recusa em aceitar a completa capacidade do saber psiquiátrico no que se refere a compreender e explicar o fenômeno da loucura reduzido ao conceito de doença. Nas palavras de Amarante,

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objeto de trabalho, e não a doença. Desse modo, a ênfase não é colocada no processo de “cura”, mas no processo de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. (AMARANTE, 1996, p. 104)

Campos (2007b) e Amarante (1996) discutem teoricamente essa reformulação criativa no trato da pessoa em sofrimento mental e ambos concordam que essa concepção sempre esteve presente na obra de Basaglia, quando este analisava a situação sujeito/doença considerando o contexto estrutural e conjuntural sem, contudo, deixar de perceber as possibilidades de criação do novo.

As ideias de Basaglia são aprofundadas por Campos (2007b), que percebe haver uma necessidade de ir para além dessa clínica que toma e valoriza o sujeito concreto (clínica do sujeito) acometido por alguma doença. Ele propõe, então, a ampliação da clínica em geral, não se reduzindo ao contexto dos manicômios. O entendimento de clínica do sujeito pensado por Campos refere-se a

[...] uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também inclusive considerando a doença como parte dessas existências. No entanto, a medicina não somente trabalha como uma ontologização das enfermidades – as doenças são o verdadeiro objeto de trabalho da clínica –, como acaba por tomar as pessoas por suas doenças. Seria como se a doença ocupasse toda a personalidade, todo o corpo, todo o Ser do doente. (CAMPOS, 2007b, p. 56)

Campos (2007b), ao estudar as variações das clínicas, refere existir muitas clínicas e haver entre elas uma “contiguidade”, permeada, contudo, por muitas diferenciações. Nesse sentido, propõe uma classificação que considera importante a partir de três tipos específicos, tais sejam: a clínica oficial (clínica clínica), a clínica degradada e a clínica ampliada (clínica do sujeito).

Dentro de uma preocupação mais reducionista, voltada para os aspectos biológicos, ou seja, a doença, encontra-se a clínica oficial ou a também conhecida clínica clínica. As características em relação aos saberes e práticas nesse modelo de clínica são assinaladas por enfoques mecânicos e unilaterais. Nessa perspectiva, as dimensões subjetivas e sociais do sujeito são obscurecidas e, quando se considera esse sujeito, na maioria das vezes isso ocorre de forma fragmentada, sem que haja uma responsabilização pela pessoa na sua integralidade. (CAMPOS, 2007b)

Noutra obra de Campos, publicada em 1992 e intitulada *Reforma da reforma: repensando a saúde*, o autor menciona que nesse tipo de assistência há uma tendência de o sujeito ser tratado como uma espécie de “objeto inerte passivo”. Aqui o autor faz uma analogia entre esse “sujeito inerte passivo” e um “ser incapacitado” de expressar qualquer reação, seja ela boa ou ruim, em relação às ações daquele agente responsável pela “cura”.

Nessa direção, se estabelece a relação profissional/doente, que é concebida como uma espécie de troca entre um “sujeito potente”, aquele que geralmente cura (o médico), e um objeto hipoteticamente dócil, que deve se pronunciar apenas

quando for solicitado a prestar algum tipo de informação para elaborações de seu diagnóstico. Um objeto do qual se espera, além da docilidade, uma voluntária servidão. (CAMPOS, 1992)

Convém ressaltar que o autor acima chama atenção para um dos elementos reveladores dessa relação de servidão contido na própria denominação atribuída ao “doente”: paciente. O termo paciente remete a noções de paciência, pessoa que espera com calma, que persevera com ânimo sereno, virtude de suportar o sofrimento sem queixa.

O modelo de clínica tradicional ainda hegemônico em muitos países, entre eles o Brasil, vem sendo amplamente criticado, havendo sinalizações no sentido de que as instituições formadoras dos cursos de medicina reavaliem seu *modus operandi*. (CAMPOS, 2007b)

Esse distanciamento reducionista em relação ao indivíduo por parte da medicina implica no que Campos (2007) considera como consequências negativas caracterizadas por abordagens exageradas na concepção de cura, o que, segundo ele, com frequência se confunde com eliminação de sintomas e simultaneamente deixa à margem as possibilidades de promoção e prevenção da saúde.

Nessa direção, torna-se pertinente assinalar, com base nas discussões feitas até aqui por Campos, sobre clínica oficial, que se trata de uma realidade muito presente no cotidiano dos serviços públicos de saúde em geral na sociedade brasileira, onde há uma tendência absolutamente reconhecida de abordagens superficiais, intervencionistas, hospitalocêntricas e mecânicas (consultas frias e impessoais, em que o profissional nem ao menos dirige o olhar à pessoa que ali está diante dele), com utilização excessiva de recursos medicamentosos, muitas vezes reconhecidamente como desnecessários.

Em se tratando da saúde mental, esse panorama acima descrito retrata com certa propriedade a forma como os serviços ambulatoriais tradicionais de psiquiatria vêm tratando historicamente as pessoas que a eles recorrem. Trata-se, pois, do crescente número de pessoas que desenvolveram tolerância, síndrome de abstinência e dependência devido ao uso inapropriado de benzodiazepínicos²².

²² Os benzodiazepínicos são drogas que foram criadas em meados da década de 1950 e comercializadas na década seguinte. Elas funcionam como ansiolíticos, anticonvulsivantes, sedativos e hipnóticos. Dentro de poucos anos após a sua criação, essas substâncias tornaram-se um dos medicamentos mais consumidos no mundo.

Importante frisar que esse tipo de medicação é bastante tolerado e amplamente popularizado atualmente. Desde o início de sua adoção, teve boa aceitação por parte da clínica e, por sua vez, tornou-se um dos objetos de desejo de significativa parcela da população.

O excesso de prescrições desse tipo de psicotrópico, muitas vezes feitas de forma inadequada e pouco responsável por parte de alguns profissionais impulsionados pela dificuldade de realizar uma boa escuta, resulta na medicalização de situações que são da própria condição humana. Percebem esse tipo de medicação como uma espécie de panaceia e, como consequência, registram-se os alarmantes números de dependentes de benzodiazepínicos espalhados por todas as esferas da rede de atenção à saúde.

Essas formas de abordagens centradas na doença e muitas vezes desconectadas das múltiplas dimensões do sujeito na sua singularidade perdem a possibilidade de operacionalização das ações de saúde de uma forma qualitativa, que impliquem resoluções coletivas.

Nessa direção, concordamos com Campos (2007b) quando afirma que posturas dessa natureza implicam uma antidialética da medicina positivista, que enfatiza a doença e desconsidera toda responsabilidade pela história dos sujeitos concretos.

Em síntese, a clínica oficial tipificada por Campos, apesar dos avanços na direção contrária e das diversas críticas que vêm se construindo a seu respeito ao longo dos anos, ainda é hegemônica, sobretudo no contexto da sociedade brasileira, cuja cultura apresenta uma tendência que coloca a medicina numa condição mitológica.

Disso resulta uma espécie de ambiguidade na relação existente entre a clínica oficial e a população, pois essa população que muitas vezes reclama o distanciamento e a falta de vinculação é a mesma população que demanda e aprova essa clínica. O autor diz também que a medicina, mesmo diante de relações paradoxais com a sociedade, nunca deixou de exercer seu poder sobre a maioria das pessoas, mas sublinha que

Percebe-se no dia a dia grau cada vez maior de alienação de seus agentes em relação aos sujeitos concretos dependentes de seus cuidados. Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar

queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos e, no entanto, grande capacidade de influenciar o imaginário social. [...] Talvez pela função social de adversário da morte e do sofrimento, talvez pela capacidade de resolver uma série de problemas de saúde e aliviar muitos sofrimentos que a Clínica, mesmo quando degradada, ainda conserve, por tudo isso, a Clínica segue sendo uma instituição importante e influente. (CAMPOS, 2007b, p. 63)

O outro modelo enfatizado por Campos refere-se à clínica degradada. Esse modelo apresenta baixa potencialidade no que se refere à resolutividade dos problemas de saúde. A degradação aqui é entendida como uma espécie de combinação entre uma política inadequada de saúde com o modo alienado de agir dos profissionais de saúde. Isso ocorre em função dos impactos exercidos pelos contextos sociais de uma determinada realidade que privilegia as questões de ordem econômica em detrimento dos problemas de saúde.

Campos (2007b) ressalta ainda que a clínica oficial vem sendo bastante criticada em função desse modelo acima citado. As degradações são, assim, a consequência dos interesses econômicos e/ou políticos e corporativos, que se estabelecem a cargo das políticas públicas de saúde deficitárias. O autor explica essa afirmação mencionando a confusão que pode ser gerada quando, por exemplo, uma empresa médica resolve limitar as ações dos médicos, impondo restrições em seus procedimentos, resultando em baixa eficácia dos casos, culminando em uma crítica (culpabilização) que acaba recaindo sobre a clínica oficial. Para muitos teóricos, essa crítica deveria estar centrada verdadeiramente na clínica degradada.

Afirma-se que, no momento em que a racionalidade clínica é atravessada por algum tipo de racionalidade estratégica, ocorre uma degradação consubstanciada na impossibilidade de resolução de problemas de saúde.

Com base nessa argumentação, sustenta que, resguardada a devida noção da impossibilidade de se desenvolver uma forma pura para o exercício da clínica e considerando também as especificidades do real vivido, as organizações de saúde podem criar espaços “mais ou menos protegidos de todas as determinações”, possibilitando a prevalência dos interesses das pessoas que demandam os serviços de saúde.

Dentro de uma percepção mais voltada para a compreensão da pessoa na sua singularidade e integralidade, Campos (2007b) defende a noção de clínica

ampliada ou clínica do sujeito. Essa concepção de clínica abrange a doença, o sujeito e o contexto no qual ele está inserido.

Nessa direção, concordamos com a visão do autor acima no tocante ao fato de haver a impossibilidade de se desconsiderar a doença. Entendemos que ela existe, sim, pois negá-la implicaria assumir que não se trataria de clínica e sim de sociologia ou filosofia existencial, como bem diz o autor.

De acordo ainda com autor acima, todo saber traz em si uma tendência que implica causar uma ontologia do seu objeto – no caso, a ontologia das doenças no âmbito da clínica. Nas palavras do autor,

Todo saber tende a produzir uma certa ontologia do seu objeto, tende a transformar o objeto de análise em um Ser com vida própria. [...] Toda padronização, toda programação e todo planejamento implicam em supor um mundo de regularidades. Um mundo em que as doenças seriam a mesma em cada uma de suas múltiplas manifestações, um mundo em que estas variações jamais destruiriam a identidade da doença, ou do problema institucional ou social enfrentado por essas formas de práxis. (CAMPOS, 2007b, p. 65)

Nesse sentido, concordamos com Cunha (2010) quando diz que o saber/ontologia cria um ambiente fértil de possibilidades para um entendimento mais amplo da biomedicina. Dito de outra forma, o limite não se refere apenas à biomedicina, mas a todos os saberes implicados no processo saúde/doença, bem como de desenvolver a capacidade crítica no que se refere à questão da classificação sem, contudo, desconsiderá-la. Isso implica, como bem diz Campos, o reconhecer de forma explícita os limites de qualquer saber estruturado, o que levaria todo especialista a reconsiderar “sempre” seus saberes diante de qualquer caso concreto.

Para Campos (2007b), não se constitui uma tarefa tão fácil a de conhecer os aspectos genéricos dos processos saúde/doença, embora estes sejam extremamente importantes e necessários nesse campo.

Tomando por base o raciocínio do teórico acima, cabe salientar que entendemos ser imprescindível não esquecer as bases de formação das diversas áreas do conhecimento. Assim, para que haja uma leitura ampliada do real vivido referente ao processo saúde/doença ou qualquer processo que seja, o olhar do técnico tem de estar treinado para isso. Para o alcance desse fim, importa pensar na

reformulação e no *modus operandi* das grades curriculares dos equipamentos formadores universitários.

Campos (2010), ao constatar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em relação ao ato de perceber o processo saúde-doença numa perspectiva que possa compreender o real, partindo do geral para o particular, diz de forma enfática que é exatamente por essa razão que se faz necessário aprender com a variação, pois é muito importante saber escutar o sujeito e perscrutar o caso singular, decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas e compartilhando dúvidas.

Nesse sentido, são pertinentes as colocações expressas na entrevista abaixo:

[...] O usuário deixa de ser sujeito passivo para uma passagem para um sujeito ativo, participante. [...] É um desafio colocá-lo como sujeito participante na construção dessa terapêutica, ele não tem que estar aceitando os pacotes que são elaborados pelos técnicos. E esse é um poder *versus* saber que os profissionais precisam estar tocando, trazendo o usuário para discussão, ouvindo o que ele quer e precisa, [...] os projetos são elaborados à luz do que o profissional vê, mas é ele [*sujeito*] quem mais detém esse conhecimento. Então, que isso seja também pauta de proposta de trabalho, de tratamento. [Ent. 05]

Do exposto até o momento sobre a clínica ampliada, percebe-se que ela resguarda em sua definição uma importância significativa ao ato da escuta, da observação a cada caso em particular, bem como ao movimento de tomada de decisão, que deve ser algo ponderado, de forma individual e também coletiva com a equipe, num momento de exposição e partilha das incertezas.

Campos (2007b) adverte que a “arrogância” contida no conhecimento absoluto de um “sábio” (lugar estratégico do saber médico) acerca da história de um Ser inexistente²³ está mais propício a diminuir sobremaneira as possibilidades de ajuda de um determinado caso. E acrescenta a necessidade de pôr sentido nas ações do tratar em saúde, pois elas (ações) se ampliam na medida em que se resolve trabalhar em equipe numa perspectiva de comunicação entre os saberes. Nisso consiste a clínica do sujeito ou clínica ampliada.

A entrevista abaixo nos convida a refletir essa questão, em articulação com as afirmações feitas por Campos:

²³ O termo *Ser inexistente* está presente no trabalho de Campos (2007b) usado para se referir à doença. Esta é, para ele, uma abstração concreta, porém inexistente na prática.

Hoje você não tem mais a supremacia do médico. Vejo até esse profissional com uma certa crise social, o papel social da profissão médica, que era suprema, e que hoje, você já vislumbra esse profissional circulando com os outros saberes, procurando seu espaço. A grande representação desse movimento de transformação é esse olhar integral. [...] Você não trata mais só a doença, trata a pessoa dentro de seu contexto de vida, dentro dos seus limites, mas também dentro das suas grandes possibilidades. A partir daí já é uma grande diferença, porque você tem resultados mais satisfatórios [...]. [Ent. 05]

A clínica tradicional (clínica clínica) é perpassada por contradições na medida em que há uma exigência na atualidade em realizar a clínica isenta de riscos e conseqüentemente de fracassos.

Disso decorre a tendência atual das empresas e profissionais de saúde de atuarem apenas em casos em que os riscos de insucesso daquele procedimento se apresentam significativamente reduzidos. Isso porque existe uma tensão produzida dentro das instituições de saúde em razão dos diversos processos judiciais por exercício de atividade mal praticada.

Nessa direção, justifica-se a tendência das práticas omissas em lugar das práticas medicalizante, ou seja, há uma polarização, onde se observam procedimentos de saúde que vão de um extremo a outro, sem que haja intervenções mais úteis. (CAMPOS, 2007b)

Portanto, as análises de Campos acerca da clínica, de uma forma geral, são de que esta, em sua vertente tradicional, deve ser superada, dando espaço para uma clínica ampliada, em que a atenção dirigida ao sujeito permita que os profissionais de saúde percebam outros aspectos envolvidos no processo saúde/doença para além dos aspectos puramente biológicos.

A construção de um modelo de clínica numa perspectiva mais qualitativa tem levado as organizações de saúde a admitirem uma postura voltada para a valorização de uma cultura da comunicação. Nessa direção, alguns elementos são apontados como estratégia para a referida superação da clínica tradicional para a clínica ampliada, tais sejam: em primeiro lugar, anular a arrogância historicamente constituída no campo da medicina; os protocolos devem ser ampliados a todos os membros da equipe de saúde e não ficar restrita apenas a uma área do conhecimento; a gestão deve ser colegiada; os serviços de saúde devem ser

estruturados em unidades formadas por equipes multiprofissionais. (CAMPOS, 2007b)

Em face dessas considerações, torna-se necessário expor que no âmbito da saúde mental há um campo de tensão que envolve, de um lado, as intervenções pautadas nos parâmetros da clínica tradicional (lógica manicomial) e, por outro, as ações intituladas de reabilitação psicossocial, as quais procuram superar as concepções da clínica tradicional.

Ao contrário da clínica tradicional, as ações de natureza psicossociais buscam o exercício de uma prática política em favor da inserção social dos sujeitos com transtorno mental, ou seja, há uma priorização dos aspectos transformadores da realidade social e institucional.

Importa destacar que as práticas terapêuticas no âmbito da saúde mental, derivadas da clínica, são consideradas por muitos estudiosos, entre eles Saraceno (2010), como práticas insuficientes, e eles justificam seu posicionamento. Segundo ele, os transtornos mentais constituem uma das poucas morbidades que não vêm apresentando modificações ao longo do tempo, e atribui o fato à insuficiência da clínica. Para alguns autores dessa área, a concepção desse autor é percebida como sendo bastante radical.

Enfatiza esse mesmo teórico que, num outro eixo, encontram-se as práticas de reabilitação psicossocial, as quais vêm apresentando resultados qualitativos, tendo em vista tratar-se de uma concepção que aposta na lógica da negociação, trocas, construção conjunta de projetos terapêuticos, numa dimensão relacional entre os sujeitos envolvidos no processo, considerando sujeitos e contextos.

Importa assinalar que o termo *reabilitação psicossocial* reserva alguns aspectos relevantes suscitados por Pitta (2010). Conforme refere a autora, a utilização desse termo traz consigo alguns conceitos e valores implícitos importantes se analisarmos a sua etiologia, começando pelo sufixo “re” que remete a ideia de movimentação para trás e repetição. No tocante à “*habilitação*”, chama a atenção para o significado contido, aí referente a treinar, capacitar, adquirir conhecimentos. Enfatiza a conotação observada a partir do âmbito jurídico, em que a palavra passa uma ideia de capacidade legal para exercer algum tipo de tarefa.

Em síntese, é fato que, no âmbito da saúde de forma geral, na contemporaneidade e no contexto brasileiro, existe em andamento um significativo debate que atravessa significativamente a reforma psiquiátrica em busca da

superação do modelo da clínica tradicional e em seu lugar esquadrinha-se a consolidação uma clínica que valoriza a pessoa como sujeito ativo do processo, bem como a viabilização da inclusão social. Nisso resulta a busca pela construção da clínica ampliada em todas as esferas de atenção à saúde.

4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CIRCUNSCREVENDO SUA HISTÓRIA E SEUS CONCEITOS

A avaliação de políticas e programas sociais é um campo de estudo que vem se ampliando nos últimos 50 anos. Sua importância reside basicamente na possibilidade estratégica que possui de tornar transparentes as ações públicas, numa perspectiva democratizante do Estado e da sociedade civil.

Antes de iniciarmos uma discussão teórica acerca dos processos avaliativos, torna-se necessário fazer uma breve exposição, mas tão completa quanto possível, sobre a trajetória histórica de construção e desenvolvimento da pesquisa avaliativa. Para esse fim, nos apoiaremos mais detidamente na revisão de literatura realizada por dois teóricos desse campo: Silva (2008) e Holanda (2006).

Cabe destacar que há concordância de opinião entre os estudiosos da área em apontar os Estados Unidos como sendo o lugar de origem das primeiras experiências no âmbito da avaliação de políticas e programas sociais. Assim sendo, as discussões enfocarão, num primeiro momento, o caminho percorrido pelo cenário norte-americano e posteriormente o contexto brasileiro.

Tais experiências foram inicialmente desenvolvidas na década de 1930 com o objetivo de validar os investimentos do governo. Nesse contexto, recorrem às conhecidas avaliações do tipo *ex-ante*²⁴, as quais foram adotadas em projetos de infraestrutura, em que o Estado preocupava-se basicamente em verificar a relação custo/benefício.

Embora a consolidação da tradição americana, no âmbito das avaliações, tenha ocorrido na década de 1950, essas iniciativas demarcaram o começo de um período de produção de avaliações, que, ao longo dos anos, foi agregando conhecimentos, os quais se fizeram necessários à constituição do que representa hoje esse tipo pesquisa e que continua em processo de expansão.

Silva (2008), ao discorrer sobre os aspectos históricos sobre a avaliação de políticas públicas, refere que esta se expandiu a partir da década de 1960 nos Estados Unidos com o objetivo de construir modelos que fossem capazes de mensurar o nível de sucesso ou fracasso dos programas de combate a pobreza.

²⁴ Avaliação *ex-ante* é um tipo de avaliação realizada no início da elaboração de um determinado programa que possibilita a tomada de decisão considerando a estimativa dos custos empreendidos e os benefícios a serem alcançados. (COHEN; FRANCO, 2012)

Silva, citando Figueiredo e Figueiredo, diz que, para esses autores, nesse contexto, as avaliações eram centradas em aspectos “quantitativistas” e “neutralistas”, com ênfase na eficiência e na eficácia, não havendo preocupação com os princípios, fundamentos e conteúdo das políticas. Ela complementa essa reflexão referindo que nesses termos a pesquisa avaliativa elege critérios que ignoram as variáveis contextuais, tornando possível constituir-se em obstáculo à intervenção social.

Esse modelo de avaliação propiciou a criação de diversos cursos e treinamentos tanto em nível de graduação como de pós-graduação, ministrados por diversas universidades norte-americanas, bem como a fundação de centro de pesquisa de caráter complementar aos referidos cursos. O mencionado modelo também potencializou diversas publicações em revistas especializadas e a criação de associações de profissionais de avaliação de políticas públicas. Esse contexto de sucessivas criações institucionais no âmbito da avaliação de políticas públicas passou a ser conhecido na literatura como “indústria” da pesquisa avaliativa. (SILVA, 2008).

Com base nos estudos desenvolvidos por Chambers, Wedel e Rodwel, a autora refere que, entre as décadas de 1930 e 1960, a avaliação de programas sociais nos Estados Unidos já tinha passado por duas gerações do desenvolvimento de suas ações, sendo possível abstrair dessas experiências duas significativas constatações: a primeira refere-se ao fato de que naquele país as políticas públicas não conseguiram alcançar os resultados esperados; a segunda constatação mostrou que eventos políticos de longo alcance levaram à criação de pesquisas avaliativas de programas sociais instituindo modelos de pesquisa voltados ao mercado e ao consumo, impulsionados pelo advento da Segunda Guerra Mundial. Esse modelo que priorizava métodos de amostragens e procedimentos de medição foi adotado largamente em pesquisas de avaliação de programas sociais (SILVA, 2008).

A terceira geração de avaliação de políticas públicas teve início na década de 1960, durante o governo de Lyndon Johnson, momento político de forte investimento na área social a partir da criação de diversos programas sociais. Nesse contexto, a avaliação passa a configurar campo específico de estudo da área social. Salienta que a terceira geração, compreendida como o período de expansão da pesquisa avaliativa, perdurou entre os anos de 1960 e 1970. O declínio dessa fase se deu a partir da década de 1980, no governo de Ronald Regan, período de significativa

redução e desconstrução dos investimentos na área de políticas sociais (SILVA, 2008).

A década de 1990 marca o período de retomada de interesse pela pesquisa avaliativa, sendo denominado de quarta geração de avaliação de políticas públicas, trazendo consigo inovações, isto é, propondo abordagens compreensivas as quais comportam a articulação entre os aspectos quantitativos e qualitativos. Isso incide em valorização de variáveis contextuais, ao contrário dos modelos hegemônicos empregados nas décadas passadas, os quais eram centrados fortemente em aspectos meramente quantificáveis e “neutralistas”. A autora enfatiza que é exatamente nesse momento histórico que a avaliação de políticas públicas passa a considerar a dimensão política em articulação com os aspectos técnicos (SILVA, 2008).

Rossi, Howard e Lipsey (2004), ao traçarem também a trajetória histórica da pesquisa avaliativa, referem que as primeiras iniciativas no sentido de avaliar as políticas públicas antecedem o período da Primeira Guerra Mundial. Assim sendo, as primeiras experiências ocorreram em duas áreas específicas: a educação e a saúde pública. As ações avaliativas no âmbito educacional ocorreram nos programas de alfabetização e treinamento profissional. Com relação ao campo da saúde, buscou-se priorizar as avaliações de programas relacionados à questão da mortalidade por doenças infecciosas.

Os referidos autores, em consonância com as reflexões de teóricos anteriormente mencionados nesse trabalho, como Chambers, Wedel e Rodwel, sustentam que a expansão das pesquisas de avaliação de políticas públicas ocorreu após a segunda Grande Guerra Mundial, tendo em vista as exigências por avaliações de resultados, uma vez que se registrava a criação de um significativo número de programas sociais.

Dando prosseguimento a suas análises, observam que é também no período pós-Segunda Guerra Mundial que a pesquisa avaliativa começa a ser adotada por programas internacionais, que por suas especificidades demandaram somas elevadas de recursos financeiros, havendo, portanto, preocupação em avaliar se os resultados foram alcançados (ROSSI; HOWARD; LIPSEY, 2004).

A prática da avaliação de programas sociais, na segunda metade da década de 1950, era uma atividade comum praticada nos Estados Unidos, mas também em diversos países da Europa, onde se tornou frequente avaliar programas sociais de

prevenção da delinquência, tratamentos psicoterápicos, programas públicos de habitação, programas educacionais, desenvolvimento comunitário, entre outros apontados pelos autores. Acompanhando essa tendência, países da Ásia passaram a desenvolver pesquisas avaliativas em seus programas de planejamento familiar. Na África, a avaliação foi centrada nos programas de desenvolvimento comunitário e agrícola. Já na América Latina, registra-se o enfoque de avaliar programas de saúde. (ROSSI; HOWARD; LIPSEY, 2004)

De acordo ainda com os autores acima, a notoriedade referente às pesquisas avaliativas na década de 1960 se deu em decorrência da implementação de programas econômicos e sociais na América Latina, onde foram realizados investimentos altíssimos pelo governo dos Estados Unidos, a exemplo do Programa Aliança para o Progresso, criado na administração do presidente John Kennedy entre os anos de 1961 e 1970, fazendo com que as exigências por avaliação de resultados ficassem em destaque. (ROSSI; HOWARD; LIPSEY, 2004)

Complementando esse delineamento histórico da pesquisa avaliativa, destacamos as contribuições de Hollanda (2006) em concordância com as indicações anteriormente citadas, ao referir que foi a partir da década de 1960 que as avaliações de projetos sociais transformaram-se em uma prática corrente nos Estados Unidos, sobretudo após a criação do programa Guerra à Pobreza, um projeto audacioso lançado pelo então presidente Lyndon Johnson em 1964. Em função das elevadas somas de recursos aplicados nesse programa, se fazia necessário para o governo investir também na prática de pesquisas avaliativas, objetivando aferir resultados.

Nesse contexto, a ampliação das práticas avaliativas foi impulsionada pela generalização da percepção de que, na medida em que havia elevação dos gastos no campo social, observava-se desperdício. A realidade apreendida residia na constatação de que o fato de se investirem volumosas quantias financeiras num determinado programa não garantia que ele iria produzir os resultados esperados. (HOLLANDA, 2006).

Nessa direção, para além de um enfoque econométrico centrado apenas na relação custo/benefício, ficam evidentes a necessidade e a importância da prática dos processos avaliativos no âmbito das políticas e programas sociais como ferramentas capazes de avaliar a eficiência e eficácia de um determinado programa, não no sentido de superdimensionar cortes e restrições por parte do governo, mas

visando a evitar dispêndios públicos infrutíferos. Ao mesmo tempo, cumpre o papel de auxiliar na tomada de decisões de forma qualitativa.

Ainda de acordo com Hollanda (2006), a preocupação em relação à questão dos desperdícios observados quando da aplicação de recursos em programas sociais levou o governo norte-americano a criar diversas leis e regulamentos governamentais no final da década de 1960, objetivando a exigência de avaliações sistemáticas junto aos programas. Posteriormente, na década de 1970, registra-se a ampliação de promulgações de leis referentes à avaliação no Congresso. Nesse contexto, citam-se as denominadas “sunset laws”, criadas para exigir o encerramento de programas quando estes eram avaliados e apresentavam resultados ineficientes. O autor chama atenção para o fato de que nesse mesmo período houve a adoção de técnicas de análise da relação custo/benefício em áreas pouco comuns, como é o caso de programas de pesquisa e defesa civil.

A década de 1970 foi marcada também pelo volume de publicações especializadas acerca da avaliação, pela criação de associações profissionais do setor, propiciando dessa forma uma investigação minuciosa acerca do tema, bem como pelo estudo de metodologias para avaliações de programas da área social.

Nessa direção, são pertinentes as reflexões de Wholey (2010) sobre avaliação de políticas e programas sociais quando diz que, desde 1960, a produção científica de modo geral, no campo da avaliação, vem apresentando significativos avanços e modificações, sendo amplamente influenciados pela produção teórica dos Estados Unidos (e que se mantém na contemporaneidade).

Tais avanços ocorridos no âmbito das avaliações de programas sociais, no contexto da sociedade norte-americana, segundo o autor, foram propiciados pelas reivindicações feitas pela sociedade civil americana, bem como pela emergência de novas tendências políticas. Por conseguinte, registram-se decisões políticas mais racionalizadas, com vistas a níveis mais satisfatórios no que se refere à eficiência e à eficácia (WHOLEY, 2010).

Os anos da década de 1980 são marcados pela reforma do Estado e o consequente estabelecimento do liberalismo econômico. O governo do presidente Ronald Regan efetiva a reforma estatal, havendo desmonte dos programas sociais, cujo desdobramento é o decréscimo dos processos avaliativos. (HOLLANDA, 2006)

Registra-se uma retomada da valorização das pesquisas avaliativas no âmbito do governo na década de 1990. Nesse período, foram implementados sistemas de avaliação e monitoramento de programas com o foco em resultados, visando a dinamizar e validar a administração governamental. Conforme analisa Silva (2008), nessa época intensifica-se a demanda por avaliações, potencializada pela crise fiscal e econômica que levava ao estabelecimento de critérios mais rigorosos na empregabilidade dos recursos. Cabe salientar que essa década ganha destaque por sua acentuada politização e forte presença de diversos segmentos da sociedade envolvidos nos debates políticos, dinamizando e potencializando aspectos referentes ao controle social, o que constitui também outro fator que contribuiu para o crescimento da demanda por avaliações de programas sociais.

Segundo refere Holanda (2006), a década de 1990 deu início a um importante debate sobre os paradigmas e metodologias no campo da avaliação. Isso diz respeito a uma tendência que não ficou restrita aos Estados Unidos, tendo repercussão em diversos países do mundo. Como consequência, registra-se a substituição da forma de pensar e conceber os procedimentos metodológicos no campo das pesquisas avaliativas, que até então eram norteados amplamente por uma visão quantitativista, estabelecida como único método de rigor científico. Nesse sentido, a dicotomia metodológica entre quantitativo e qualitativo é percebida sob outro prisma, ou seja, postula-se o reconhecimento, utilidade e cientificidade dos dois métodos, não numa dimensão de oposição, mas de complementariedade.

Wholey (2010) refere que a demanda por avaliação de programa tem apresentado crescimento cada vez maior nos Estados Unidos. Desse modo, é possível identificar atualmente, em diversas unidades da federação daquele país, uma ampliação em termos de legislações locais, a exigir informações a partir de avaliações, com o objetivo de saber de que forma os recursos dos programas foram utilizados, bem como o que eles têm produzido.

Cabe ressaltar que, segundo esse autor, essa intensificação da prática avaliativa não se restringe à esfera estatal: ao contrário, ela estende-se a outras instâncias da sociedade como, por exemplo, fundações, organizações sem fins lucrativos e organizações financiadoras de modo geral, com destaque para organismos como o Banco Mundial e o Bird, os quais desenvolvem essa prática tradicionalmente.

Essa tendência é percebida através da intensificação de iniciativas, envolvendo um número crescente de gestores e profissionais no desenvolvimento de metas, monitoramento de desempenho e conseqüentemente a elaboração de relatório para tomada de decisão. Além disso, no que concerne aos recursos públicos, a sociedade vem se tornando cada vez mais exigente em relação à forma como seus impostos vêm sendo utilizados (WHOLEY, 2010).

Tomando por referência as análises dos autores citados até aqui, podemos inferir que desde as primeiras iniciativas, ocorridas entre as décadas de 1930 e 1950, as pesquisas avaliativas de programas sociais vêm continuamente se expandindo – e não apenas nos Estados Unidos (considerado como um país a possuir um dos mais sofisticados sistemas de avaliação), mas observa-se um processo de amadurecimento daqueles países que institucionalizaram a avaliação ainda no período de efervescência da avaliação, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1960, tais como Reino Unido, países escandinavos, Canadá e França.

A referida expansão diz respeito também ao salto qualitativo verificado em países como México, Peru e Chile²⁵, os quais, a partir de suas experiências mais abrangentes, desenvolveram habilidades em avaliações de programas, instituindo assim auditorias de desempenho.

No que diz respeito à realidade brasileira, é opinião consensual entre os estudiosos desse campo que a avaliação de políticas públicas é uma prática que vem crescendo nos últimos anos. Conforme refere Silva (2008), esse processo de expansão, que teve início a partir da década de 1980, teve influência dos movimentos sociais em busca de políticas sociais de caráter democrático, no contexto da redemocratização da sociedade brasileira. O período é marcado por fortes críticas em relação à forma de desenvolvimento das políticas sociais, as quais se julgava haver mau uso dos recursos financeiros a elas destinados.

A autora continua sua análise acrescentando que a expansão do referido processo está relacionado também às exigências feitas pelas organizações financeiras internacionais, a exemplo do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (Bird). Estes, no papel de financiadores dos programas sociais,

²⁵ Para um aprofundamento sobre os sistemas de avaliação da América Latina, ver a pesquisa de Nuria Grau e Sonia Ospina (2008).

passaram a exigir a pesquisa avaliativa, tendo em vista a racionalização dos gastos, bem como do rendimento dos valores investidos.

Ainda de acordo com Silva (2008), observou-se no país um significativo desenvolvimento daqueles modelos de pesquisas avaliativas, cuja ênfase é centrada na aferição de resultados e em recursos metodológicos que priorizam a eficiência e a eficácia. Considera que os desdobramentos no âmbito das avaliações ocorridas nesse período demonstraram que no Brasil a prática de avaliar políticas e programas sociais situa-se numa dimensão muito mais voltada ao exercício de fiscalizar e policiar e menos pela prática histórica e sistemática desses processos.

Seguindo a tendência da nova ordem do capital, consubstanciada pela reestruturação produtiva e o predomínio do projeto neoliberal, a década de 1990 vai impulsionar a avaliação de políticas e programas sociais, havendo, nesse contexto, algumas especificidades importantes, entre as quais se destaca a transferência da execução dos programas sociais, que passa nesse momento a ser feita pelo setor público não estatal.

Dessa forma, compete destacar as considerações de Pereira (2009), para quem esse foi um período em que as críticas contra o Estado “forte” colocavam o terceiro setor ou o setor público não estatal como sendo mais eficiente e menos burocrático que o Estado.

Na conjuntura de reforma do Estado no âmbito da sociedade brasileira, a avaliação de políticas e programas sociais se configura como dispositivo de controle por parte do Estado, no sentido de monitorar os recursos, os quais agora são gerenciados pelas organizações não governamentais. Para uma melhor elucidação dessa questão, são válidas as reflexões feitas por Silva, quando afirma que

[...] nesse contexto, a avaliação passa a ser utilizada principalmente como mecanismo de controle social das políticas públicas pelo Estado, com intensa participação de avaliadores externos, na busca de eficiência dos gastos públicos e da eficácia dos programas sociais, com focalização nos grupos mais pobres e vulneráveis. Visa superar restrições financeiras do Estado, com redução e controle sobre os gastos públicos (SILVA, 2008, p. 109).

Como contribuição para discussão dessa dinâmica, envolvendo a avaliação das políticas e dos programas sociais, a autora acima aponta três aspectos considerados por ela como consequentes desse cenário e que condicionou as

avaliações às exigências dos organismos internacionais e ao rigor da racionalidade dos recursos.

Assim sendo, o primeiro aspecto refere-se à instituição de um mercado dinâmico em que empresas e profissionais concorrem ao fundo público na busca de realizar avaliações. Registra-se nesse momento o desenvolvimento dos processos avaliativos, a partir das práticas de agentes externos aos programas; o segundo diz respeito à transformação da avaliação em instrumento de simples aferição de resultados propostos; e o terceiro aspecto surge como resultado dos dois primeiros aspectos descritos, ou seja, eles contribuíram para potencializar a despolitização dos programas sociais, havendo dessa maneira uma acentuada valorização da dimensão técnica da avaliação.

As contribuições de Holanda (2006) sobre a experiência brasileira no campo da avaliação colocam-na como um tipo de ação que ainda não foi consolidada, apesar de apresentar uma significativa diversificação de conhecimentos obtidos através de planejamento, acompanhamento e avaliação de programas. Chama atenção para diversificação de conceitos, abordagens e a descontinuidade das avaliações. Esses aspectos se configuram como elementos impeditivos do processo na busca por consistência no campo das pesquisas avaliativas.

Na literatura referente ao tema em questão, há um consenso de opinião no tocante à existência do amplo leque de abordagens conceituais no campo de avaliações, bem como a descontinuidade que atravessa os processos avaliativos dos programas governamentais brasileiros. Essas características acabam imprimindo suas marcas nos procedimentos avaliativos, isto é, tradicionalmente os resultados de pesquisas avaliativas no Brasil tendem a não apresentar transformações significativas, e em muitos casos significa apenas o cumprimento de uma função burocrática.

De acordo com Holanda (2006), o Brasil, em termos de planejamento, teve suas primeiras experiências no governo de Getúlio Vargas, a partir da instituição do Departamento Administrativo de Serviço Público (Dasp) e da elaboração do Plano Especial de Obras Públicas e Aparelhamento da Defesa Nacional, no ano de 1939, transformado em 1943 no Plano de Obras e Equipamentos.

Ainda em conformidade com autor acima, em se tratando de planejamento no âmbito governamental brasileiro, diversos foram os planos fracassados. Menciona o Plano Salte (1948-1950), o Plano de Metas de Juscelino Kubitscheck (1956) e os

Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND), elaborados no contexto da ditadura militar.

Os anos que sucederam o ano de 1979 foram profundamente marcados pelas consequências advindas da crise financeira internacional e as reações dos movimentos populares contra o regime militar. Iniciou-se, portanto, um período de forte estagnação econômica no Brasil.

Os Planos Nacionais de Desenvolvimento²⁶, com exceção do I PND, que ocorreu num momento de estabilidade econômica, foram uma sequência de tentativas “frustradas”, como bem diz Holanda. O II PND, por exemplo, lançado no fim de 1974, no governo de Ernesto Geisel, representou uma tentativa de superação da crise econômica internacional, mas foi criticado de forma veemente, ficando sem credibilidade na sua execução.

Instituído em plena efervescência da crise econômica e política vivenciada pelo País no governo do presidente João Batista Figueiredo, o III PND não conseguiu atingir nenhuma de suas metas, marcando o fim do ciclo desses planos, no período do regime militar.

Esse breve panorama sobre os PND sinaliza o modo como essas ações, em sua maioria, foram realizadas de modo a colocar o planejamento como instrumento de gestão sem importância, resultando em projetos geralmente fracassados no contexto da realidade do País naquele momento.

De acordo com Holanda (2006), no período que vai da Nova República iniciada com o governo de José Sarney (1985-1990) ao lançamento do Plano Real em 1994, no governo de Itamar Franco, registram-se recorrentes fracassos no âmbito governamental em relação aos planos de estabilização, popularmente conhecidos como “pacotes”, entre os quais se destacam os Planos Cruzados I e II, em 1986 e 1987, respectivamente; o Plano Bresser, em 1987; Plano Verão, em 1989; Plano Collor I, criado em 1990; e Plano Collor II, em 1991.

Concordamos com o autor acima quando refere que nenhum desses planos trouxe resultados exitosos: ao contrário, foi possível registrar naquele período uma falaciosa instabilidade no âmbito da política econômica. Essa situação pôde ser constatada ao se verificar que, até o fim da década de 1980, o Brasil tinha sua

²⁶ Para uma maior compreensão do processo de desenvolvimento econômico do País, ver o trabalho de Leite Júnior, em *Brasil: a trajetória de um país forte* (2009).

programação financeira dividida em quatro orçamentos: orçamento fiscal, orçamento monetário, orçamento previdência e orçamento das estatais.

Com o advento da Constituição de 1988, em seu Art. 74, inciso IX, o qual determina que se deve “julgar anualmente as contas prestadas pelo presidente da República e apreciar os relatórios sobre a execução dos planos de governo”, ficou estabelecida, como se pode observar, a obrigatoriedade de elaboração de relatórios sobre os planos do governo no âmbito federal, estadual e municipal. Trata-se dos chamados Planos Plurianuais (PPA).

A avaliação do cumprimento das metas previstas em cada esfera do governo, constante no PPA, ficará a cargo do sistema de controle interno (Tribunais de Conta dos Estados e do Distrito Federal e Conselhos de Contas dos Municípios).

O Plano Plurianual²⁷ é uma ferramenta importante e fundamental para as atividades de planejamento no âmbito governamental. Como referido anteriormente, esse plano foi criado a partir da Constituição de 1988 e regulamentado pelo Decreto 2.829, de outubro de 1998, assinado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. Tem como objetivo tornar públicas as decisões pactuadas com a sociedade, no prazo médio de quatro anos (sistema governamental brasileiro). O referido plano deve conter as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal em relação aos recursos empregados nos programas.

Devem constar também no PPA as diretrizes referentes à forma como será organizado e executado os orçamentos anuais. Ressalta-se que o PPA deve iniciar sempre no segundo ano de exercício de cada governo e terminar no início do mandato seguinte. A lógica dessa engenharia de ações consiste em garantir que as ações não sofram descontinuidade de um governo a outro.

De acordo com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2012), o Brasil possui cinco Planos Plurianuais, são eles: o PPA 1996-1999, no primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso²⁸; PPA 2000-2003, no segundo mandato do governo de FHC; PPA 2004-2007, no primeiro mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva; PPA 2008-2011, no segundo mandato do governo de Luiz

²⁷ Ver os artigos 49 e 74 da Constituição Federal de 1988 e o Decreto nº 2.829, de outubro de 1998, da Presidência da República.

²⁸ Embora o documento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão não mencione, alguns autores como Holanda (2006) referem-se ao plano do período de 1991 a 1995 no governo de Collor de Melo e Itamar Franco.

Inácio Lula da Silva; e o atual PPA 2012-2015, do governo da presidenta Dilma Rousseff.

Para Holanda (2006), os PPAs e seus respectivos relatórios nada mais representam que documentos formais com pouca utilidade até 1998, período em que o Ministério do Planejamento iniciou a implantação do Sistema Integrado de Acompanhamento do PPA (Siappa). O referido sistema foi criado com o objetivo de “conectar” os órgãos do governo federal no âmbito da administração para o fornecimento das informações a serem postas nos relatórios correspondentes de acompanhamento. Na sequência de suas reflexões, o autor destaca que, apesar das “frustrações” dos planos anteriores, percebe, até o período da publicação de sua obra, um esforço por parte dos técnicos do Ministério do Planejamento em busca de aperfeiçoamento dos processos de avaliação de planos de desenvolvimento.

Outras ações vêm sinalizando os avanços no campo da avaliação de políticas e programas sociais no contexto da sociedade brasileira. Nessa direção, sobressaem-se as experiências de avaliação no âmbito regional, iniciadas na década de 1960, objetivando o alcance do desenvolvimento das regiões mais pobres do País. Cabe registrar que nesse período já havia sido criada a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene)²⁹, a qual foi extinta em 2001, no segundo mandato do governo de Henrique Cardoso.

Outros aspectos relevantes nesse processo dizem respeito à consolidação de um sistema de planejamento plurianual, à redefinição na forma como as auditorias dos Tribunais de Conta nas diferentes esferas do governo vêm tratando a questão da avaliação, ou seja, não considera apenas os aspectos de conformidade legal, mas enfatiza a avaliação do desempenho dos programas. Importa destacar também, fundamentalmente, as reformulações ocorridas no gerenciamento das políticas públicas sociais em decorrência da construção dos processos democráticos, marcadamente a partir da segunda metade da década de 1990.

Percebe-se, portanto, uma ampliação do escopo da área de atuação das avaliações das políticas e programas governamentais, e isso pode ser observado a partir do trabalho que vem sendo desenvolvido por órgãos ligados ao Ministério do Planejamento, a exemplo do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea).

²⁹ Após ter sido substituída em 2002, pela Agência de Desenvolvimento do Nordeste (Adene), no governo de Fernando Henrique, a Sudene é novamente implantada sob a Lei Complementar 125/2007 (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, 2012).

A colaboração desse órgão junto ao governo ocorre através das ações pertinentes ao Plano Plurianual. Nessa direção, o Ipea colabora efetivamente na elaboração do PPA, analisando e discutindo a viabilidade dos programas propostos, e avalia anualmente o PPA. Essa atividade ocorre no segundo e terceiro mês de cada ano, para o envio ao Congresso Nacional, que deve ocorrer no sétimo mês (setembro) e finalmente a atividade anual de revisão do PPA, momento de verificação dos programas, buscando perceber a necessidade de ajustes, pertinência ou não das propostas dos programas. (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2012)

Não se pode deixar de mencionar os avanços ocorridos no sistema educacional, onde os processos avaliativos tradicionalmente estiveram presentes. Nesse sentido, registra-se a criação de sistemas permanentes de avaliação, os quais vêm cumprindo um significativo trabalho desde as suas estruturações, como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), instituído em 2004. Hoje se encontra estruturado de modo a avaliar as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes. O Sinaes possui diversos instrumentos de avaliações complementares, entre os quais se destacam o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) e a Avaliação dos Cursos de Graduação.

De acordo com Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep) (2011), o Enade tem como objetivo avaliar o desempenho e as habilidades dos estudantes, considerando os conteúdos programáticos das grades curriculares dos cursos de graduação. Ele substituiu o antigo Provão em 2004, e atualmente é uma prática obrigatória para os alunos selecionados através de amostragem para realização do exame. Constitui-se em critério para emissão do histórico escolar. Vale ressaltar que a média dos estudantes define o conceito de cada curso, podendo variar de 1 a 5. Trata-se de um diagnóstico da situação dos cursos de graduação e possui validade de três anos.

Com relação à Avaliação dos Cursos de Graduação, ela é um instrumento criado para avaliar periodicamente os cursos de educação superior, os quais são submetidos a três formas de avaliação. A primeira é a avaliação para autorização, realizada a pedido da instituição ao MEC para abrir o curso. Os avaliadores realizam visitas aos estabelecimentos, e nesse momento são verificados aspectos referentes à organização didático-pedagógica, ao corpo docente e técnico-administrativo e às dependências físicas. A segunda forma refere-se à avaliação para reconhecimento,

que ocorre quando a primeira turma inicia a segunda metade do curso – aqui se verifica o cumprimento ou não do projeto apresentado para autorização. A terceira é a renovação de reconhecimento, que acontece a cada três anos e no qual se calcula o Conceito Preliminar do Curso (CPC) (INEP, 2011).

No âmbito da pós-graduação, encontra-se o Sistema de Avaliação da Pós-Graduação, criado em 1976 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Esse sistema contempla dois processos avaliativos: a Avaliação dos Programas de Pós-Graduação e a Avaliação das Propostas de Cursos Novos de Pós-Graduação. O primeiro realiza o acompanhamento anual e avalia o desempenho de todos os programas e cursos integrantes do Sistema Nacional de Pós-Graduação. A avaliação é trienal e as notas podem variar de 1 a 7, dando base para obtenção ou não da renovação de reconhecimento junto ao CNE/MEC. A Avaliação das Propostas de Cursos Novos de Pós-Graduação diz respeito a um instrumento de avaliação que verifica a qualidade das propostas para admissão de novos cursos. Observa-se igualmente se eles atendem aos padrões de qualidade estabelecidos.

Ainda de acordo com o Inep (2011), a avaliação do ensino médio é realizada através do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). Instituído em 1998 com o objetivo de verificar o conhecimento adquirido pelo estudante ao fim da educação básica, esse instrumento de avaliação teve modificações em 2009, passando a ser utilizado para ingressar nos cursos de ensino superior. Cabe ressaltar que diversas universidades e faculdades atualmente fazem uso dos resultados desse exame.

Os problemas do sistema educacional brasileiro são obviamente uma questão de ordem estrutural, que envolve diversos aspectos referentes à desigualdade de renda, condições de saúde, diversidade cultural, entre outros. Diante dessa realidade, a avaliação firma-se como instrumento significativamente necessário ao processo de implantação e redefinição de programas e políticas nessa área. Nesse sentido, a partir das discussões feitas linhas acima, é possível considerar, em termos gerais, que o sistema de avaliação da educação brasileira sinaliza significativos avanços em termos de estruturação e organização de sistemas complexos para o desenvolvimento de pesquisas avaliativas, assim como na ampliação de linhas de atuação.

Para além dos equívocos que geralmente são apontados pelos estudiosos da área sobre a avaliação, ela refere-se a um processo que permite haver um

redirecionamento na formulação, implementação e resultados de uma determinada política, programa ou projeto social. Holanda (2006), ao analisar as experiências brasileira no campo da avaliação de políticas e programas, admite que houve avanços importantes, mas que é necessário avançar ainda mais. Partilha de uma opinião que é consensual entre boa parte dos estudiosos do campo de avaliação, que é a crença no fato de que os problemas sociais de um país não podem ser resolvidos apenas com a ampliação de recursos financeiros, ou seja, se faz necessário preocupar-se também com a eficiência e efetividade, o que implica criar a cultura de avaliar políticas e programas de modo sistemático.

Um estudo iniciado em 2006, patrocinado pelo Banco Mundial e pelo Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (Clad), editado por Nuria Grau e Sonia Ospina em 2008, analisou os Sistemas de Monitoramento e Avaliação (M&A) na América Latina, envolvendo 12 países, entre eles Brasil, Argentina e Chile. Os achados da pesquisa evidenciaram que o Brasil ocupa um lugar de destaque em relação à diversificação e integração de sistemas públicos de monitoramento e avaliação. O relatório traz como exemplo de sistemas que comportam aquelas características o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Plano Plurianual; o Sistema de Monitoramento de Metas Presidenciais; o Sistema de Monitoramento de Políticas e Programas Sociais; e o Sistema de Avaliação Externa de Programas Governamentais. Segundo a pesquisa, essas práticas colocam o Brasil num alto grau de consolidação de sistemas públicos de monitoramento e avaliação em relação aos demais países pesquisados.

Nesse sentido, são válidas as análises de Barreira e Carvalho (2001) quando referem que o recente reconhecimento da importância e valorização da avaliação de políticas públicas reservam algumas “armadilhas”. As autoras utilizam esse termo para se referirem aos processos avaliativos que, por sua forma, estão desconectados das reais intenções de propiciar uma transformação nas vidas dos sujeitos beneficiários dessas políticas. Acrescentam que a mais importante das “armadilhas” refere-se ao fato de os avaliadores se deixarem seduzir por modelos de avaliações focadas numa visão tecnológica e imediatista de eficiência e eficácia.

Ainda de acordo com autoras, pensar a avaliação nesses termos significa despolitizar essa ação em função da elaboração de indicadores e índices de eficiência e eficácia. Nessa perspectiva, os indicadores são vistos como medidas reificadas de valor e instrumentos de controle dos agentes decisórios, em que a

ênfase é dada exclusivamente aos aspectos técnicos, porém, como instrumento de controle social a ser exercido pelos beneficiários desses programas e serviços, se apresenta pouco acessível (CARVALHO; BARREIRA, 2001).

Para Minayo (2010), a avaliação como técnica e estratégia investigativa refere-se a um procedimento sistemático que inclui a elaboração de questionamentos acerca da capacidade e importância de uma determinada questão ou programa social. Ao pensar a avaliação com foco voltado para os programas e projetos sociais, nisso reside vários sentidos, dentre os quais a autora destaca como sendo o mais nobre aquele cuja finalidade é fortalecer o movimento de transformação em busca de cidadania e direitos humanos.

No tocante às práticas de avaliação de políticas públicas no campo da saúde, torna-se relevante fazer referência ao advento da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que em seu artigo 15, nos itens primeiro e terceiro, estabelece que seja atribuição do governo, no âmbito da União, dos estados e dos municípios, criar instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde, bem como de acompanhamento, avaliação e divulgação das condições ambientais e de saúde da população.

Nessa direção é que os processos avaliativos no âmbito da saúde pública vêm se constituindo, de modo a ser criado em 1989, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Este, nos anos 2001 e 2002, realiza uma pesquisa, cujo objetivo foi avaliar os serviços hospitalares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004/2005).

Interessante notar que os resultados obtidos a partir da referida pesquisa geraram significativo impacto na esfera da saúde mental como um todo. Os resultados apontaram para as precárias condições de funcionamento de grande parte das instituições hospitalares psiquiátricas, tendo como consequência uma redefinição no tocante à gestão e ao financiamento de leitos psiquiátricos, além da criação de portarias que deram sustentação legal para a elaboração de mecanismos de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede CAPS.

Ainda de acordo com esse documento do Ministério da Saúde (2004/2005), no ano de 2004 o PNASH transforma-se no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), numa tentativa de tornar mais amplo o alcance das avaliações, tendo agora como foco não apenas os hospitais, mas as diversas

instituições de saúde, independentemente do nível de complexidade. Cabe então observar os objetivos do PNAAS:

Avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões. Avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004/2005, p. 70).

Nessa direção, podemos inferir que a avaliação dos serviços de saúde ainda é uma prática relativamente recente no Brasil e apresenta alguns avanços. Contudo, observa-se em textos oficiais do governo uma tendência ao desenvolvimento de avaliações ainda muito centradas em aspectos técnicos (eficiência e eficácia). Não se trata aqui de desconsiderar a importância e a necessidade do uso desses procedimentos técnicos e analíticos, mas é importante ter em mente que sua utilização desconectada de um real interesse sobre a modificação nas condições de vida dos usuários dos programas e serviços públicos representa um grande equívoco. Nesse sentido, concordamos com Barreira e Carvalho quando afirmam que avaliações dessa natureza tendem à reificação de indicadores, configurando-se “quase como cartões de ‘apresentação de excelência técnica’ das instituições”. (CARVALHO; BARREIRA, 2001, p. 8)

Em relação à saúde mental, a avaliação de serviços, notadamente nas instituições abertas de base comunitária, criadas com advento da reforma psiquiátrica, é uma prática ainda mais recente, sendo possível observar as primeiras indicações para sua efetivação nos relatórios dos fóruns de debates públicos sobre a política de saúde, a exemplo da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), ocorrida em 1987, e a da II CNSM, em 1992. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987; 1992)

Vale ressaltar que, apesar das menções contidas nesses documentos acerca da avaliação, esta aparece com o foco direcionado mais ao controle social e menos para uma reflexão crítica sobre as ações públicas. Dito de outra forma, a avaliação naquele contexto é mencionada de forma indireta e relacionada a outras questões, como a criação de Conselhos de Saúde, com o objetivo de monitorar as ações dos serviços de saúde.

Outro relevante evento, que desta vez põe em destaque especificamente a avaliação no campo da saúde mental, ocorreu em 1996, no Panamá. Trata-se da Reunião de Avaliação da Iniciativa para Restauração da Atenção Psiquiátrica. Estiveram presentes vários países da América Latina. As propostas do referido evento foram encaminhadas à Organização Panamericana de Saúde (OPS). Dentre as propostas, destaca-se a que apontava para a necessidade de determinar instrumentos e indicadores para avaliar adequadamente os impactos em função da reestruturação assistencial no campo da saúde mental. (OPS/OMS, 1985)

A avaliação como instrumento técnico – mas também político – constitui elemento de significativa importância dentro dos serviços de saúde mental, sendo referida em textos da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001), em relatório dedicado à saúde mental, sob o título: “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”. O documento, entre outros aspectos igualmente relevantes, recomendou dez ações a serem desenvolvidas pelos países de acordo com as suas necessidades e, entre essas ações, duas delas estão relacionadas diretamente à temática da avaliação: monitoramento em saúde mental nas comunidades e maior apoio à pesquisa. (OMS, 2002)

Nos textos acima mencionados, percebe-se que é dada ênfase à inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e notificação sobre saúde, objetivando monitorar as tendências e modificações nas condições de saúde mental da população, a partir de dados epidemiológicos. Contudo, vale lembrar que, seguindo a tendência da maioria dos documentos anteriormente citados acerca da avaliação em saúde, esse também coloca a avaliação numa perspectiva tecnicista.

A exposição feita até aqui a respeito da avaliação de políticas públicas, e mais especificamente no campo da saúde mental, remete às reflexões de que a avaliação dos serviços implementados com o advento da reforma psiquiátrica se constitui em uma prática extremamente necessária e importante, objetivando tornar visível para a população usuária e para a sociedade em geral se aquilo que os serviços estão oferecendo é realmente o que estava previsto para oferecer, ou seja, se os resultados estão de fato sendo alcançados, já que uma das metas prioritárias da política de saúde mental é a inversão do modelo tradicional de assistência.

4.1 Delimitação conceitual da avaliação

No cotidiano, a palavra avaliação é usualmente utilizada para nominar aquelas ações que ajudam as pessoas a tomarem alguma decisão quando estão perante determinados problemas, ou mesmo para facilitar a busca de escolhas mais oportunas. Trata-se de avaliações pessoais, sem rigor técnico ou científico, mas que supõem imediatamente analisar uma situação e lhe atribuir determinado valor.

Diferentemente da avaliação subjetiva descrita acima, tem-se a avaliação de programas sociais que, por sua especificidade, exige rigor de procedimentos metodológicos. Numa definição estrita, em conformidade com a literatura especializada sobre o tema em pauta, busca-se comparar aquilo se pretende avaliar a partir de critérios preestabelecidos.

Conforme Holanda (2006), no sentido lato, avaliar significa determinar valia, valor, preço, merecimento ou estima de algo ou alguém. No sentido estrito, utilizada no campo profissional, ela é complexa, orienta-se pelo método científico e possui múltiplas dimensões: valorativa, cognitiva e comportamental. Dependendo da área de conhecimento, a avaliação procura dar conta de problemas, realizar mensurações e buscar instrumentos capazes de aferir cada dimensão.

Cohen e Franco (2012) referem haver entre essas duas esferas muitas conexões, mas o que as tornam diferentes são os seguintes aspectos: a objetividade, a informação suficiente, a utilização de métodos rigorosos, os resultados válidos e confiáveis.

Segundo os autores acima, a objetividade busca apreender a realidade a partir da utilização de métodos para evitar os interesses particulares e os juízos preestabelecidos. Sobre a informação, asseguram que ela deve ser suficiente, procurando evitar a exaustão. Enfatiza a necessidade de manter um equilíbrio entre o ideal e o viável, observando se é necessária ou não a exaustividade da avaliação frente aos resultados pretendidos.

A validade de uma avaliação supõe a exigência de instrumentos que, de fato, possam medir aquilo que se pretende medir. Por sua vez, a confiabilidade de um processo avaliativo vai depender da qualidade da informação, ou seja, o uso será feito dela. A estabilidade visa a que os resultados de uma avaliação não apresentem variações em caso de mudança de avaliadores, modo de avaliação e instrumental utilizado (COHEN; FRANCO, 2012).

Para uma maior compreensão do conteúdo da avaliação, torna-se necessário refletir à luz da definição do pensamento de Franco, quando ressalta que “avaliar é fixar o valor de uma coisa; para ser feita se requer um procedimento mediante o qual se compara aquilo a ser avaliado com um critério ou padrão determinado” (FRANCO apud COHEN, 2012, p. 77).

Cohen e Franco (2012) consideram que avaliação é um instrumento cuja atividade objetiva maximizar a eficácia no que se refere a resultados alcançados e a eficiência, tendo em vista os aspectos econômicos para sua execução.

Os processos avaliativos são ferramentas capazes de conferir visibilidade às demandas na esfera das políticas públicas. Silva (2010) afirma que a avaliação pode ser considerada, entre outros aspectos, dentro de uma perspectiva de cidadania, podendo se constituir em instrumento eficaz para o controle social das políticas sociais.

Gomes (2010), em sintonia com o pensamento da autora acima citada, refere que a avaliação é estratégia de construção da esfera pública como mecanismo de articulação entre Estado e sociedade civil numa perspectiva de crescente democratização da vida brasileira, em uma nova ordem social que valoriza a universalização dos direitos de cidadania.

Nesse sentido, a avaliação de política pública é concebida como ferramenta essencial para o alargamento da esfera pública e da participação da sociedade civil, favorecendo ações fundamentadas nos princípios da transparência e da democracia, entendida como socialização da política.

As discussões até aqui registradas sobre avaliação permitem entendê-la como uma espécie de instrumento que abrange tanto aspectos técnicos/metodológicos quanto teóricos/políticos. Nesse contexto, cabe referir que os métodos e técnicas da pesquisa social podem funcionar como estruturas aptas a trazer subsídios capazes de confirmar ou negar as contribuições que uma determinada política ou programa público são capazes de oferecer, no sentido de melhorar as condições de vida da população, bem como para subsidiar a intervenção do Estado nas tomadas de decisões.

Nessa direção, são válidas as reflexões de Silva (2008), para quem a avaliação de políticas públicas está inscrita numa relação dialética que possui uma dupla dimensão: a dimensão técnica-metodológica e a dimensão política. Sustenta que elas não são isoladas, mas articuladas, e em ambas se lança mão de métodos e

técnicas da pesquisa social aplicada que conferem sentidos quando for possível dar subsídio a decisões e ações concretas.

Importa salientar que na literatura especializada é frequente encontrar noções de avaliação focadas exclusivamente em sua função de julgar processos e atribuir valor para ações. Entretanto, é preciso ter em mente que se trata também de um procedimento que envolve ricamente a produção de conhecimento.

Nesse sentido, a reflexão acima está em consonância com a realidade vivenciada pelos sujeitos que se dispõem à prática de avaliar um determinado programa ou política pública – isso porque é opinião consensual entre estudiosos da área de que é condição imperativa dos processos avaliativos que o avaliador se dedique a responder os questionamentos postos, os quais não têm respostas de imediato. Para tanto, são levantadas certas proposições, pesquisa-se a realidade em que se pretende intervir, objetivando conhecê-la em profundidade, dessa forma constituindo produção de conhecimento.

Ala-Harja e Helgason (2000), ao discorrerem sobre as práticas de avaliação, definem avaliação de programas como uma análise contínua dos elementos fundamentais de um determinado programa, tendo em vista o alcance de resultados confiáveis que permitam a sua utilização. Nesse sentido, sustentam que avaliação de programas deve ser percebida na sua especificidade de instrumento capaz de tornar melhor o processo de tomada de decisão, objetivando fornecer informações precisas aos gestores para melhor fundamentação de suas decisões e consequentemente possibilitar a prestação de contas acerca das políticas e dos programas públicos.

Ainda de acordo com os autores, trata-se de um processo cujo objetivo não é a resolução ou a substituição de juízos subjetivos presentes na tomada decisão, mas permite conhecer em alguma medida os resultados de um determinado programa. A utilização da informação, nesse sentido, propicia haver um melhoramento na concepção e implementação de dado programa. (ALA-HARJA; HELGASON, 2000)

Importa ressaltar que existe certo consenso de opinião na literatura sobre avaliação com relação ao vasto campo de definições que é incorporado a esse conceito. Dito de outra forma, na concepção de um significativo número de autores, há discordância sobre o significado de avaliação.

Nesse sentido, as análises de Ala-Harja e Helgason (2000) auxiliam na compreensão da questão acima referida. Para os autores, de fato, o conceito admite múltiplas definições, sendo possível a identificação de elementos contraditórios em função da apropriação desse conceito pelas diversas áreas do conhecimento, a exemplo, entre outras, da economia, da formulação de políticas públicas, da estatística, da psicologia e da sociologia. Além disso, há uma diversificação em termos de instituições, de executores, clientes e necessidades que abrangem o campo da avaliação, colaborando, dessa forma, para que haja um dissenso quanto ao que vem a ser o seu significado. Na ótica dos autores,

[...] na medida em que cresce em popularidade, as avaliações passam a ser reconhecidas sob diferentes formas de feedback e consulta. Um sem-número de termos passa a ser utilizado (revisões, acompanhamento, monitoramento, auditoria, escrutínio, avaliação) como referência a atividades avaliativas. Alguns especialistas mostram-se preocupados com as possibilidades de que o conceito venha a perder sua significação por completo [...]. Ademais, há outros mecanismos de feedback, além da avaliação, e que também podem ser usados no processo de aperfeiçoamento de tomada de decisão. Nem todo mecanismo de feedback se constitui em uma avaliação, embora muitos deles dividam com esta algumas características comuns. (ALA-HARJA; HELGASON, 2000, p. 7)

Como se pode notar, existe uma diversidade de definições sobre a avaliação, o que leva a divergências, em alguns casos. Apesar dessa realidade, Holanda (2006) sinaliza para o fato de que também é real a existência de elementos comuns no âmbito da avaliação: o objeto ou foco da avaliação – ação ou intervenção governamental: programa, projeto ou política; processo ou método de trabalho: investigação científica embasada nos dados colhidos de forma sistemática; o objetivo analítico, essencial ou imediato: estabelecimento de concepções acerca do programa ou projeto no que se refere ao seu desempenho e seu mérito, sucesso ou fracasso; objetivo empírico ou final: auxílio na prática de tomada de decisão e estimulador da prática de planejamento.

Dentro desse contexto, importa destacar a definição de avaliação na concepção de alguns organismos financeiros, os quais estiveram, desde sua instituição, condicionados à prática de avaliar. Os bancos de desenvolvimento cujo objetivo é o desenvolvimento econômico e social (pelo menos em tese) tiveram

expansão a partir de 1944, com a criação do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird). (HOLANDA, 2006)

Na década seguinte, outras instituições foram sendo criadas para subsidiarem o Bird, como o Banco Interamericano, Asiático e Africano. No Brasil, são emblemáticos a criação do Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES) em 1952 e do Banco Nacional da Habitação em 1964 (extinto em 1985), a reestruturação da Caixa Econômica Federal, a criação na década de 1940 do Banco da Amazônia, subsidiado pelos Estados Unidos³⁰ em função do ciclo da borracha. O Banco do Brasil, apesar de ter sido criado ainda no século XIX, só veio a apresentar-se como banco de desenvolvimento a partir da década de 1930. (HOLANDA, 2006)

Importa salientar que, para haver a concessão de empréstimos para esses bancos acima mencionados, fazia-se necessária a realização de avaliação *ex-ante* de projetos, mais detidamente os econômicos. Apenas nas décadas seguintes registra-se certo interesse em projetos sociais por parte dos bancos internacionais. (HOLANDA, 2006)

Conforme definição da Organização para Cooperação e o Desenvolvimento (OECD) (2012), a avaliação refere-se a uma estimativa sistemática e objetiva acerca das características e efeitos de uma determinada política, programa ou projeto, estando concluído ou mesmo em fase de execução de concepção, implementação e resultados, tendo como objetivo verificar a eficiência, a eficácia, os impactos e sustentabilidade numa perspectiva de desenvolvimento. Deve conter informações verdadeiras e úteis para subsidiar nas tomadas de decisões por parte dos financiadores, assim como dos beneficiários dos programas.

4.2 Tipos de avaliação

Aprofundando a discussão sobre avaliação, podemos inferir que se trata de um campo repleto de possibilidades e complexidade. Isso pode ser observado a partir da constatação das diversas abordagens, definições, bem como pelas dimensões, momentos e etapas de um determinado programa, projeto ou política ao serem avaliados. Assim sendo, alguns autores, para melhor sistematizar os estudos

³⁰ O governo americano tinha interesse na produção de borracha em função do uso do produto para fabricação de material bélico durante a Segunda Guerra Mundial.

sobre a avaliação, classificam-na a partir de tipos. Nesse caso, a ênfase é voltada à relação temporal, isto é, corresponde às circunstâncias de análise prévia de um determinado programa (*ex-ante*) ou avaliação realizada ao término de sua execução (*ex-post*).

Cohen e Franco (2012), ao discorrer sobre a tipologia da avaliação, enfatizam ser possível distinguir as tradições de diferentes áreas do conhecimento e que, no campo da economia, a distinção clássica reside na avaliação *ex-ante* e *ex-post*. Por avaliação *ex-ante*, entende-se aquele tipo de avaliação cujo objetivo é propiciar critérios relacionais para uma tomada de decisão qualitativa decisiva, ou seja, se o projeto será ou não implementado, bem como definir se um determinado projeto é eficiente ao ponto de alcançar os resultados propostos.

No que concerne à avaliação *ex-post*, as avaliações podem ser feitas durante ou ao final da execução de um projeto. Seu objetivo é apreender elementos que deem sustentação para as tomadas de decisões no âmbito qualitativo, referentes ao fato de continuar ou não com o programa e no quantitativo, isto é, manter o desenho inicial do projeto ou fazer alterações. (COHEN; FRANCO, 2012)

A avaliação *ex-post* comporta uma dupla dimensão temporal que torna possível diferenciá-la entre o “durante” a realização do projeto, consistindo, dessa forma, em avaliação de processos ou concomitante, e do “depois”, incidindo em avaliação terminal. (COHEN; FRANCO, 2012)

Assim sendo, a avaliação de processo está relacionada com as atividades de um determinado programa, bem como à forma de sua implementação. É como esclarecem Cohen e Franco (2012) ao definir esse tipo de avaliação:

Avaliação de processo. Determina a medida em que os componentes de um projeto contribuem ou são incompatíveis com os fins perseguidos. É realizado durante a implementação e, portanto, afeta a organização e as operações. Procura detectar as dificuldades que ocorrem na programação, administração, controle, etc., para serem corrigidas oportunamente, diminuindo os custos derivados da ineficiência. Não é um balanço final, e sim uma avaliação periódica. [...] sua função central é medir a eficiência de operação do projeto. (COHEN; FRANCO, 2012, p. 109)

Os autores ora mencionados asseguram que a avaliação de processos está mais voltada a melhorar a eficiência no âmbito operacional de um determinado programa, diferentemente da avaliação de impacto, cuja preocupação maior é

verificar em que medida os objetivos foram alcançados, bem como os seus efeitos – ao passo que as avaliações de processos são ferramentas capazes de fornecer um diagnóstico sobre as condições do projeto a que se propõe intervir. Nesse sentido, identifica fatores que dificultam o alcance dos objetivos. Além disso, elas apontam possibilidades que visam à superação dos problemas identificados. (COHEN; FRANCO, 2012)

De acordo com Cotta (1998), a avaliação de processo diz respeito à dimensão de gestão. Sua finalidade é julgar se a intervenção está sendo implementada como planejado, se a população-alvo está sendo atingida, se o cronograma está sendo cumprido, se os recursos estão sendo usados com eficiência etc.

Ala-Harja (2000) nos ajuda a compreender melhor o conceito desse tipo de avaliação e suas aplicações. Segundo o autor, sua aplicação se dá durante a implementação de um dado programa, com o objetivo de apoiar e melhorar a gestão, a implementação e o desenvolvimento do programa.

A avaliação de impacto é outro tipo de avaliação focalizado por Cohen e Franco (2012). Os autores referem que o seu objetivo é determinar em que medida um determinado projeto alcança seus fins propostos, assim como identificar seus efeitos secundários. Ao fazerem uma analogia entre os dois tipos de avaliação (de processo e de impacto), os autores referem que, no primeiro tipo, há uma preocupação em influenciar as decisões operativas no momento presente, visando a executar logo correções e ajustes. Já a avaliação de impacto “se dirige para fora” do projeto, ou seja, busca saber se o projeto de fato funcionou e, a partir dessa constatação, decidir pela continuação ou não dele.

Também chamada de avaliação contínua, a avaliação de processo é realizada durante a implementação de um programa ou no momento de sua operacionalização. A avaliação de impacto pode ocorrer durante a finalização ou após ter finalizado completamente o programa. (COHEN; FRANCO, 2012)

Cohen e Franco (2012) classificam a avaliação conforme quem a realiza e apontam para quatro tipos: avaliação externa, avaliação interna ou autoavaliação, avaliação mista e avaliação participativa.

Nessa perspectiva, os autores discutem sobre cada uma delas, iniciando pela avaliação externa, a qual é realizada por pessoas estranhas ao quadro da instituição, programa ou ação. Nesse tipo de avaliação, existe uma suposta crença em relação a uma maior experiência nesse tipo de atividade, e por essa razão

acredita-se numa maior possibilidade de comparação de resultados (eficácia e eficiência). Segundo os autores, esse tipo de avaliação tende a dar mais ênfase aos métodos de avaliação e menos ao conhecimento específico da área do projeto que se propõe a avaliar.

A avaliação interna diz respeito àquele tipo de avaliação realizada no interior da organização gestora do projeto, por pessoas vinculadas ou não à formulação do programa. Traz como um dos aspectos favoráveis a quebra de resistências por parte daqueles que serão avaliados, pois, na ótica de Cohen e Franco (2012), o fato de ser avaliado por pessoas estranhas incorre em posições defensivas e, por conseguinte, em informações parciais acerca do que se deseja avaliar. Por outro lado, apontam como um dos aspectos desfavoráveis a esse modelo de avaliação a possibilidade de baixas garantias em relação à questão da objetividade, já que

[...] a organização agente seria “juiz e interessado”. [...] seus membros teriam ideias preconcebidas a respeito do projeto tanto por interesses (já que foram eles que o formularam ou executaram e, por isso, não irão querer mostrar um possível fracasso), como por valor (no sentido que se encontram identificados com os objetivos e a forma escolhida para atingi-los), estando, portanto, menos capacitados para apreciar o projeto de forma independente e imparcial. (COHEN; FRANCO, 2012, p. 112)

Do exposto acima, tomando por base as análises dos autores sobre os aspectos negativos implicados nos modelos de avaliação que são elaborados e/ou executados por membros de organizações que se deseja avaliar, remete à reflexão acerca das pretensas avaliações realizadas nos serviços públicos governamentais brasileiros, especificamente no âmbito da saúde, que seguem essa tendência. Torna-se efetivamente delicado para os profissionais executores de uma determinada política ou programa colocarem as suas verdadeiras posições, pois isso implicaria, no nosso ver, que, em alguma medida, se estaria denunciando a própria incapacidade de atingir os objetivos propostos pelo programa. Assim, há uma tendência de os técnicos trazerem para si a culpabilização pelos insucessos que por ventura possam existir e, como forma de evitar essa culpa, acabam muitas vezes boicotando as informações.

Além disso, concordamos com Cohen e Franco quando mencionam que os avaliadores, nesse tipo de avaliação, encontram-se numa condição de “juiz e

interessado”, o que permite refletir sobre o quanto aumenta a probabilidade de resultados tendenciosos.

Outro tipo de avaliação elencado pelos autores é a avaliação mista, que combina as modalidades interna e externa com a intenção de superar os limites de ambas e preservar as suas vantagens. Referem que tanto na avaliação externa quanto na interna identificam um grande ausente: os usuários dos programas. Porém, existe uma busca em preencher essa lacuna a partir da construção de avaliações denominadas de participativas.

A avaliação participativa visa, em princípio, a minimizar a distância entre quem avaliar e os usuários dos programas. É geralmente usada em pequenos projetos, dando assim condições para que haja modificações a partir do interior do próprio grupo. Esse é um modelo de avaliação que prevê a participação da população usuária desde o planejamento, a programação e a execução até a avaliação. Ele se diferencia dos demais exatamente porque sua adequada implementação está condicionada à população beneficiária. (COHEN; FRANCO, 2012)

A terceira tipificação sobre avaliação é feita pelos autores acima, a partir do número de beneficiários e da magnitude dos recursos necessários. Assim sendo, tem-se a avaliação de projetos grandes e de projetos pequenos. No tocante aos projetos grandes, a avaliação pode ser feita de modo parcial, buscando verificar o sucesso alcançado em objetivos intermediários (cortes transversais); pode haver também a verificação do alcance de objetivos específicos (cortes longitudinais e transversais).

A lógica da avaliação dos grandes projetos é geralmente dedutiva, ou seja, sua verificação requer a criação de variáveis, indicadores e índices os quais permitirão a determinação do grau de modificação causado pelo programa em relação aos objetivos propostos. Importa notar também que outra característica desse tipo de avaliação diz respeito ao *roteiro*, ou seja, ela se apropria de modelos das ciências naturais: experimental clássico. (COHEN; FRANCO, 2012)

As técnicas de análises nos projetos grandes geralmente são quantitativas, sendo às vezes complementadas por análises qualitativas. Sobre os resultados concernentes a esse tipo de avaliação, são gerais em função de seu tamanho. Nesse sentido, consideram-se as diferentes etapas, dimensões e processos,

buscando fazer afirmações em relação a sua especificidade. (COHEN; FRANCO, 2012)

Outro aspecto relevante no rol das características dos grandes projetos refere-se aos avaliadores. Pelo tamanho do projeto, não é possível para o avaliador estar em contato permanente com os usuários dos programas, em cada local onde o projeto esteja sendo executado. Os autores destacam que, para superar essa limitação, recorre-se a métodos que propiciem a otimização do acesso às informações geradas com os resultados da avaliação. (COHEN; FRANCO, 2012)

Os pequenos projetos, por sua vez, guardam especificidades referentes, primeiro, ao uso em maior escala de aspectos qualitativos, sem, contudo, desconsiderar dados de teor quantitativos; segundo, à lógica indutiva, tendo em vista o julgamento a partir da realidade observada; terceiro, ao fato de partir geralmente do global, visando a compreender o programa a partir das articulações dos indivíduos e grupos; quarto, às técnicas de análises comumente utilizadas de cunho qualitativo, a exemplo das observações participantes, entrevistas em profundidade, história de vida, entre outros; quinto, aos resultados da avaliação propiciarem tratamento específico em relação àqueles que participam do projeto; sexto e último, ao fato de geralmente o avaliador fazer parte da instituição gestora do programa e se abrir a possibilidade de desenvolvimento de avaliações participativas. (COHEN; FRANCO, 2012)

Cohen e Franco (2012) distinguem as avaliações também a partir da função dos seus destinatários, em que identificam três tipos: os dirigentes superiores, que têm a incumbência de definir a política e estabelecer as prioridades entre os projetos de acordo com os objetivos institucionais; os administradores, cuja função refere-se à distribuição de recursos para efetivação dos objetivos propostos; e, por fim, os técnicos executores dos projetos, os quais devem centrar em aspectos operativos, isto é, traduzem os modelos para a prática. (COHEN; FRANCO, 2012)

Merece ser salientado que, em estudo sobre avaliação de políticas e programas sociais, editado em 2008 e desenvolvido por Ozanira Silva (já citada algumas vezes ao longo desse texto), ao dialogar também com Cohen e Franco, refere que, no aspecto concernente aos destinatários das políticas e programas sociais, há que se refletir sobre a inclusão no rol desses destinatários os próprios usuários do programa, pois, segundo a autora, são eles (usuários) a parte do processo que mais apresenta interesse pelos resultados.

4.3 Metodologias de avaliação

Para que seja bem sucedida a avaliação de uma determinada política ou programa social, faz-se necessário ter presentes alguns aspectos, dentre os quais se encontra o rigor metodológico, consubstanciado nas formas de procedimentos investigativos e de análises. A prática avaliativa de modo geral reserva certo grau de complexidade e assume formas diversas, sendo por essa razão passível de admitir múltiplas formas de investigação.

A partir de uma imersão na literatura sobre avaliação de programas sociais, é possível inferir a existência de significativo número de autores que tende a enfatizar apenas os aspectos técnicos dos processos avaliativos. Dito de outra forma, percebe-se uma preocupação cujo foco é centrado nos aspectos puramente econômicos e nos objetivos alcançados. Por outro lado, observa-se também uma ampla e crescente parcela de estudos sobre avaliações de políticas e programas sociais, cujo teor é qualitativo.

Concordamos com alguns autores, como Ozanira Silva, ao dizer que a avaliação tem seu próprio processo, e por essa razão são processos constantes e contínuos, expressos por várias operacionalizações. Nesse sentido, pode-se dizer que o conjunto de pressupostos que guiam uma determinada realidade vai determinar a metodologia, bem como o instrumental a ser utilizado para intervir no real, consubstanciando-se num amplo e diversificado conjunto de instrumentos operacionais.

Nesse contexto, torna-se importante chamar a atenção para essa variedade existente no campo operacional das avaliações, pois isso implica a existência também de várias formas de definição desse campo por parte dos teóricos da área. Assim sendo, buscaremos nos aproximar dos aspectos metodológicos da avaliação, considerados mais relevantes no nosso entendimento.

Holanda (2006), ao sistematizar a sua análise sobre metodologia de avaliação, utiliza o termo “dicotomia” para se referir aos dois tipos formais de pesquisa em avaliação: avaliação quantitativa e avaliação qualitativa.

A palavra dicotomia, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa, significa dividir um gênero em duas espécies que absorvem o total. O autor, ao empregar essa palavra nesse contexto, deixa clara a existência de confrontos entre os paradigmas quantitativos e qualitativos.

Importa ressaltar que na atualidade existe, em alguma medida, um consenso de opiniões a respeito da utilidade dos dois métodos formais de avaliação descritos acima. Porém, no nosso entendimento, historicamente falando, esse é um fato relativamente novo, sendo possível observar na literatura uma predominância de métodos influenciados por correntes filosóficas de base positivista, as quais preconizavam o rigor dos experimentos controlados estatisticamente.

Conforme refere Holanda (2006), em 1965, nos Estados Unidos, ocorreu um significativo debate sobre as metodologias empregadas nos processos avaliativos. O enfoque quantitativo foi hegemônico entre os anos de 1950 e 1960, devido ao grandioso avanço ocorrido nas ciências físicas naturais, que por vezes só foi possível a partir da utilização dos rigorosos procedimentos metodológicos. Nesse período, as pesquisas qualitativas eram vistas como estudos desprovidos de base científica.

Esse cenário passa a se modificar nas duas últimas décadas do século passado, sendo possível perceber uma abertura em relação à questão da pesquisa qualitativa e conseqüentemente convergindo para um consenso de opiniões acerca do reconhecimento da pertinência e vantagens sobre o referido método na busca de resultados mais amplos e profundos, ou seja, a coexistência dos dois métodos no sentido de complementariedade.

Silva (2008), ao analisar os processos avaliativos, refere que a abordagem qualitativa não exclui a quantitativa, apenas restringe sua influência, devendo a articulação entre os dois métodos ocorrer de forma cuidadosa, pois, segundo a autora, a integração desses métodos requer processos avaliativos com níveis elevados e sofisticados. A autora segue dissertando sobre questões em que se articulam a pesquisa quantitativa e qualitativa, propõe uma “subordinação” da primeira abordagem pela segunda e explica o porquê.

A quantificação da realidade só tem sentido se é considerada necessária para melhor conhecimento dessa realidade e quando essa quantificação também e devidamente interpretada a partir de elementos que qualifiquem essa realidade (SILVA, 2008, p. 143).

Adentrando a discussão sobre a avaliação quantitativa, tem-se um tipo de avaliação voltada a trabalhos com números, variáveis, em que há uma apropriação de métodos estatísticos visando a estabelecer a relação entre causa e efeito de uma

determinada política, programa ou projeto, tornando-se, portanto, factível à apresentação de resultados em gráficos, tabelas ou equações. (HOLANDA, 2006)

Seguindo a linha de raciocínio de Holanda, a pesquisa quantitativa típica é a do experimento randomizado, com grupos de controle, em que, a partir de uma amostragem, selecionam-se dois grupos que irão representar os universos a serem investigados. Há a representação daqueles beneficiados por uma determinada intervenção, chamados de “grupo de experiência”, e daqueles que não foram beneficiados, denominados “grupo de controle”.

Assim sendo, esses grupos são comparados antes e após a intervenção, tendo em vista identificar os efeitos causados e as mudanças ocorridas no grupo de experiência, posteriormente conferindo com as mudanças ocorridas no grupo de controle, o que possibilita identificação e quantificação de mudanças. Tais mudanças podem ser atribuídas à intervenção: nesse caso, isola-se o impacto de outros fatores. O modelo pertinente a esse tipo de análise busca explicar os fenômenos, assim como o desempenho passado, possibilitando previsões. (HOLANDA, 2006)

Esse modelo possibilita a aferição de resultados e o impacto do programa, bem como identificar a relação de causa e efeito entre as variáveis selecionadas. Tem-se aqui o isolamento de influência entre fatores, possibilitando inferências e conclusões perpassadas de valor científico, permitindo explicar os fenômenos investigados e fazer previsões. (HOLANDA, 2006)

Segundo o autor acima, duas questões fundamentais se apresentam para os dois métodos: a validade e a confiabilidade. Nessa direção, enfatiza que, enquanto o enfoque qualitativo é útil à avaliação de processo, os métodos quantitativos são utilizados sobretudo na avaliação de resultados ou eficiência, pois resguardam a precisão e a objetividade e são adequados às generalizações em relação a situações semelhantes.

Holanda (2006) ressalta que a aplicabilidade da pesquisa quantitativa é feita em situações bastante específicas, onde o problema social é conhecido amplamente. O programa encontra-se bem definido (objetivos e metas quantificadas) quando há estudos anteriores que permitam definir antecipadamente as variáveis relevantes e os critérios de comparação e avaliação a serem adotados. Para o autor, essas especificidades descritas acima consistem em restrições inerentes à pesquisa quantitativa, significando que o método quantitativo apenas permite trabalhar com limitado número de variáveis e, dessa maneira, acaba

forçando o pesquisador a reduzir enormemente o universo em estudo. (HOLANDA, 2006)

Outro método de avaliação referido pelo autor é denominado modelos quase experimentais, os quais se diferenciam do já citado modelo experimental pela sua falta de rigor metodológico, ou seja: no momento de integrar os dois grupos para o estudo, a fim de controlar as variáveis, deixa-se de fazer essa composição de forma aleatória, tornando-o quase experimental. A adoção desse método pode ocorrer em função de fatores como falta de tempo, oportunidade e dificuldades de recursos financeiros (HOLANDA, 2006).

Os modelos não experimentais são métodos de pesquisa que se apropriam de procedimentos metodológicos da estatística voltados a um conjunto de observações ou unidade de avaliação. Esse tipo de pesquisa propicia a identificação de relação entre variáveis e a construção de modelos que permitam explicar ou prever os impactos de intervenções econômicas ou sociais. (HOLANDA, 2006)

No tocante às variáveis, elas podem ser qualitativas ou categóricas e quantitativas. As primeiras são caracterizadas por sua capacidade de definir grupos, classes ou categorias onde se inserem os sujeitos, como religião, raça, sexo e faixa etária. Com relação às variáveis de cunho quantitativo, especificam atributos relacionados a valores diversificados para indivíduos diferentes, a exemplo de aspectos como renda monetária, poupança e gastos. Ao serem atribuídos valores numéricos às variáveis, elas podem auferir tratamento estatístico, possibilitando o estabelecimento de dados que podem transformar-se em informações significativas a serem analisadas sobre um determinado fenômeno. (HOLANDA, 2006)

Concernente aos modelos de avaliações qualitativas, o autor acima refere que nos últimos anos houve um incremento em relação ao uso desse tipo de pesquisas, assim como um reconhecimento de suas potencialidades, e acrescenta, “se não como alternativa, pelo menos como um complemento aos modelos quantitativos”. (HOLANDA, 2006, p. 279)

A característica mais marcante da pesquisa qualitativa, em nosso entendimento, se inscreve na perspectiva de que ela transcende os aspectos de procedimentos e técnicas. Dito de outra forma, é um tipo de pesquisa que permite fazer um recorte na totalidade do real e que não pode deixar de considerar o lugar de onde se fala, as escolhas dos pesquisadores, os seus pressupostos, o conhecimento que se possui de um determinada realidade.

Esses elementos são de fundamental importância para a prática de pesquisa, pois significa saber lidar com o material colhido, saber percebê-lo e sobretudo saber o que fazer com ele. Trata-se de algo que é possível quando se faz parte do universo pesquisado. Obviamente não se trata de desconsiderar os métodos quantitativos, ao contrário, entendemos que eles reservam seu valor e utilidade. Também não se trata de desconsiderar a necessidade de rigor metodológico como critério para alcançar os resultados nas pesquisas qualitativas. Contudo, há que se perceber que o método qualitativo responde a questões mais profundas e subjetivas, improváveis de serem observadas a partir de dados estatísticos.

As particularidades da pesquisa qualitativa reserva complexidade, pois seus temas são igualmente complexos, havendo um número menor de dados em que as conclusões podem ser generalizadas – contudo, a abordagem se faz de modo profundo, amplo e detalhado. Quanto ao processo de investigação, observa-se uma significativa variedade de procedimentos alternativos e há menos estruturação ou padronização no tocante aos instrumentos investigativos se comparados aos da pesquisa quantitativa, a exemplo das entrevistas e questionários abertos.

Holanda (2006), baseado em estudos de Merriam e Patton, identifica quatro características básicas da pesquisa qualitativa: raciocínio indutivo, que busca explorar meios, construir hipóteses e formular teorias; tentativa de entender os significados dos fenômenos sociais a partir da concepção de quem os cria, e não somente na perspectiva de pesquisadores; visão holística, que busca o entendimento da totalidade, evolução e interação entre os elementos pesquisados; e, por fim, a obtenção, como resultado final, de dados e informações amplamente descritivos.

Assim sendo, lembra Holanda, dessa visão doutrinária resultam duas orientações: a pesquisa qualitativa, que impõe trabalho de campo e conseqüentemente envolvimento direto do pesquisador na realidade, na dinâmica e com os sujeitos dos programas. A outra orientação refere-se ao elevado grau de flexibilidade e variedade dos processos e enfoque de investigação que se dá em resposta às condições específicas do objeto em foco.

O autor segue em sua análise frisando que, nesse tipo de pesquisa, a ênfase recai sob a sua flexibilidade de métodos e instrumentos. Desse modo, os dados são coletados essencialmente das seguintes formas: por meio de entrevistas estruturadas de forma aberta, cujo objetivo é um aprofundamento do fenômeno sob

estudo; através de observação direta; e com o auxílio de documentos escritos: questionários abertos, diários pessoais, registros do programa e arquivos oficiais.

No tocante ao formato e à abrangência, a avaliação qualitativa pode se dar basicamente sob a forma de *survey* ou enquete (macro ou mesovisão) e do estudo de caso. Em relação ao *survey*, trata-se de um dos tipos mais comuns dentre as pesquisas qualitativas, em que há ênfase no levantamento sistemático de informações a respeito de uma população geral ou específica, faz uso de entrevistas e questionários aplicados, os quais podem ser respondidos diretamente entre entrevistador e entrevistado ou através dos correios e via telefônica. (HOLANDA, 2006)

Importa notar que os *surveys* podem apresentar formas diferentes, tais como: enquetes e pesquisas de opinião, buscando aferição de inclinações eleitorais; a motivação, preferência e satisfação de consumidores; a audiência de programas televisivos ou de rádio; a avaliação de serviços públicos por parte de seus usuários.

Além desses aspectos, observam-se os levantamentos para monitoramento e avaliação de cobertura e desempenho de programas sociais (que já foram executados ou em processo de implementação) e os estudos de *cross section*, os quais se referem a levantamento, em um único ponto no tempo, de diversas variáveis de um determinado fenômeno, possibilitando analisar as relações a partir do cruzamento dessas variáveis. Tais parâmetros são de relevante importância para o mercado, na medida em que propicia uma leitura sobre tendências, assim auxiliando sobre a implantação ou não de novas unidades de produção. (HOLANDA, 2006)

De acordo com autor acima, os estudos de caso utilizam múltiplas fontes de dados e adotam uma visão holística, tendo em vista uma investigação em profundidade e exaustiva, cujo objetivo é identificar e compreender a dinâmica e o relacionamento entre as variáveis de um universo considerado complexo e pouco definido. No estudo de caso, a tônica é a riqueza de detalhes e a profundidade de análise.

Quanto aos instrumentos de avaliação, Holanda (2006) identifica oito elementos utilizados pela avaliação qualitativa, os quais denomina de processos ou enfoques, tais sejam: etnográfico, observador participante, observador não participante, entrevista informal ou não estruturada, entrevista estruturada (questões

abertas ou fechadas), grupos focais, pesquisa documental e estudo de caso. O quadro a seguir é ilustrativo e sintetiza esses enfoques³¹.

Enfoque	Características
Etnográfico	Bastante utilizado por antropólogos; Imersão na cultura da sociedade ou comunidade pesquisada; Busca absorver as ideias e entender as crenças, atitudes e comportamentos; Interpretação dos dados sob a ótica sociocultural; observação essencial através de visita de campo; interação entre atores envolvidos no estudo.
Observador participante	Ativa participação do pesquisador no universo em estudo.
Entrevista informal ou não estruturada	O mais importante instrumento da pesquisa avaliativa; Pode ser estruturada quando o pesquisador já conhece o assunto investigado; Não estruturada: mais geral e de natureza exploratória (quando há pouco conhecimento sobre o objeto).
Observador não participante	Maior distanciamento entre observador e observado
Grupos focais	Busca reproduzir no grupo selecionado a comunidade em estudo; O grupo deve ser homogêneo (renda, idade, classe social etc.); Permite no mínimo cinco e no máximo 12 participantes; É facilitado pelo pesquisador; Induz a interação produtiva no grupo; Busca identificar experiências relevantes para a análise do estudo; Bastante úteis nas avaliações de necessidades, formativa; Monitoramento e avaliação.
Pesquisa documental	Análise de relatórios, atas de reuniões e publicações diversas; Documentos escritos são importantes fontes de informações; Fundamental no planejamento da avaliação; Técnica não intrusiva: não perturba o ambiente sob investigação.
Estudo de caso	Utiliza múltiplas fontes de informações e técnicas de investigação; Busca identificar as inter-relações entre fatores: técnicos, organizacionais, humanos e culturais; É subjetivo: capta informações que não podem ser apreendidas por métodos quantitativos; Mais específico: aceita o fenômeno em toda sua complexidade; Mais estreito: foco de investigação permite aprofundamento do objeto em análise, é mais contextual: conhecimento obtido estreitamente relacionado ao fenômeno em estudo.

Quadro construído pela autora com base nas reflexões de Holanda (2008).

Aspectos de fundamental importância no campo metodológico do processo avaliativo dizem respeito ao processamento, análise e síntese dos dados e informações. Conforme Silva (2008), esse é um momento em que se realiza a elaboração dos dados e informações de forma ordenada em classes e agrupamentos, tendo como norte o referencial teórico adotado pelo estudo, o objeto

³¹ Mantivemos aqui o termo “enfoques” por ser o utilizado pelo autor.

e os objetivos da avaliação para que, de posse desses agrupamentos, se possa iniciar a análise e em seguida elaborar as conclusões.

A autora acima menciona que esse processo ora descrito inclui atividades como: a categorização de respostas abertas ou semiabertas, consistindo em grupamentos numéricos de informações verbais, os quais devem reservar algum nível de homogeneidade que possam ser considerados quantitativos; tabulação de dados e informações (construção de tabelas para agrupamento e contabilização); elaborações estatísticas de quadros e gráficos para exposição de dados e informações.

As informações verbais de teor qualitativo (que não se deseja quantificar) no âmbito das avaliações devem ser mantidas em sua forma conceitual, podendo ser ordenadas e classificadas a partir da elaboração de matrizes, referenciadas pelas questões a que se pretende responder no estudo e posteriormente submetidas à análise (SILVA, 2008).

A autora chama atenção para o significado da operacionalização de análise e síntese das informações. Assim, o sentido de análise nesse contexto diz respeito a decompor o todo em suas partes constitutivas para ser examinadas. Em sentido contrário, encontra-se a síntese, a qual busca explorar as relações entre as partes sob o foco do estudo visando a reconstruir a totalidade.

A análise deve pautar-se no referencial teórico construído para dar sustentação à avaliação. Quanto à sua natureza, a avaliação pode ser quantitativa (informações numéricas e apreciação de variáveis) ou qualitativa, referente à informações do tipo verbal. A análise qualitativa reporta-se a um mesmo aspecto da avaliação, destacando “convergências” e “divergências”. Com relação a esse último aspecto, impõe-se a necessidade de verificar a razão de sua ocorrência, que pode acontecer em função de opinião, posições contrárias, erros de fonte de dados, ou mesmo de categorização. (SILVA, 2008)

A autora supracitada sustenta que, tendo sido encerrado o processo de análise dos dados e informações, é chegado o momento de construção da síntese do que foi analisado, e posteriormente inicia-se a interpretação final das informações sob investigação. Silva, dialogando com Sabino, assegura que o fato de um determinado processo avaliativo ter sido concluído deve ser considerado inacabado e provisório, uma vez que se trata de construção de conhecimento na realidade social, e este é um campo continuamente complexo e dinâmico.

A elaboração de relatório é uma etapa importante no processo avaliativo e não deve ser visto meramente como um momento formal. Trata-se de um instrumento de publicação onde deverá estar contida a síntese dos resultados da avaliação, as conclusões e as recomendações elaboradas pela equipe técnica de avaliação, visando à aplicabilidade do estudo avaliativo (SILVA, 2008).

Importa destacar que é frequentemente referido na literatura especializada que o relatório deve ser compartilhado com a equipe técnica implicada na avaliação, antes de sua divulgação. Deve-se também levar em consideração a elaboração de versão simplificada visando ao alcance dos usuários do programa ou outros interessados.

Observa-se na atualidade uma tendência ao término das pesquisas avaliativas, que é exatamente a não utilização direta dos resultados, bem como das recomendações elaboradas. Tal realidade acaba por causar certo grau de frustração nos avaliadores, uma vez que se tem conhecimento de que esta é uma prática recorrente, sobretudo nas avaliações realizadas no âmbito acadêmico. Assim, o pesquisador é tomado por uma certeza de que seu trabalho pode se transformar num simples documento formal e que o destino reservado à sua avaliação é o arquivamento.

Nesse sentido, são válidas as contribuições de Aguilar e Egg (1996) ao assinalarem alguns fatores que podem dinamizar a situação acima descrita, entre os quais se destacam: incompetência técnica da equipe de avaliação (utilização inapropriada de procedimentos àquela investigação ou quando a apresentação dos resultados ocorre de forma complexa); rejeição ou desconsideração por parte dos tomadores de decisão (pode haver discordância ou rejeição aos resultados da avaliação) – nesse caso tem-se a avaliação como um documento meramente burocrático; ocorrência de confronto de interesses causados pelos resultados da avaliação, havendo como desdobramento a permanência dos problemas detectados pela avaliação, em função da impossibilidade dos gestores naquele momento ou mesmo por falta de interesse.

Na ótica de Holanda (2006), torna-se necessária a divulgação dos seus resultados da avaliação da forma mais ampla possível ou seletiva, fazendo com que os subsídios alcançados cheguem ao conhecimento daqueles que podem fazer bom uso dela, criando um canal de comunicação com a sociedade em mão dupla. O autor afirma ainda que, no contexto brasileiro, a realização de avaliação é

perpassada pela falta de entusiasmo, comprometimento e pouca transparência por parte de seus patrocinadores, sem uma adequada divulgação dos resultados. Conclui o raciocínio enfatizando ser essencial divulgar de forma adequada os resultados da pesquisa, pois esta só poderá ter utilidade se seus resultados forem incorporados ao processo de planejamento, contribuindo para eficiência da gestão pública.

No tocante às expectativas, sobre as possibilidades de mudanças de uma determinada realidade, potencializadas pelos resultados finais de uma avaliação, Holanda (2006) enfatiza que ela (avaliação) por si só não consegue assegurar que haverá tais modificações. Isso porque ela pode fornecer dados sobre um processo de implementação de um programa ou resultados, por exemplo, mas as mudanças têm implicações importantes do ponto vista político, legal e administrativo. Nesse aspecto, o autor corrobora com as análises de Aguilar e Egg anteriormente citadas. Acerca desses conflitos de interesses, ele nos diz:

Em alguns casos, é necessário preservar a confidencialidade de determinados tipos de informações [...] noutros casos, quando os resultados da avaliação são negativos ou atingem temas politicamente muito sensíveis, há que redobrar cuidados e reservas (HOLANDA, 2006, p. 214).

É consenso na literatura especializada, independente da natureza da avaliação, que é de fundamental importância que o avaliador seja cauteloso em relação ao rigor científico no campo avaliativo, pois é esse rigor no método que vai garantir aos resultados encontrados um caráter objetivo, confiante e de validade dos conhecimentos produzidos.

Nessa direção, são pertinentes as reflexões de Aguilar e Egg (1996). Os autores destacam dois aspectos fundamentais ao se referirem aos princípios da pesquisa avaliativa como características exigidas pelo método científico: primeiro, a avaliação deve ser capaz de demonstrar, de forma controlável, que as valorizações e juízos são válidos e dessa maneira evidenciar sua capacidade em estimar com rigor o que se propôs a comprovar, bem como a certeza de que os instrumentos mediram o que se pretendeu medir. O segundo aspecto refere-se à confiabilidade. Uma avaliação pode ser apreciada com status de confiança ou segura quando os seus resultados são iguais ou aproximados caso a pesquisa seja repetida, obedecendo às mesmas condições no mesmo grupo.

4.4 Critérios para avaliação

A literatura especializada apresenta consenso de opiniões em relação ao estabelecimento de critérios para realização de avaliações de políticas e programas sociais. A exigência desses critérios no campo avaliativo se faz necessária para dar sustentação ao julgamento que é inerente à prática de avaliação.

De acordo com a definição trazida pelo Dicionário da Língua Portuguesa, a palavra critério diz respeito à faculdade ou forma de apreciar algo, distinguir, conhecer a verdade, ou seja, um recurso que serve de norma para julgar e auxiliar em decisões.

No campo da avaliação, conforme as reflexões de Holanda (2006), trata-se de um instrumento que permite identificar, de forma resumida, o nível de desempenho, realização ou sucesso já alcançado ou que se pretende atingir na implementação de um determinado programa.

O autor sustenta que existem casos em que os critérios tendem a ser confundidos com os padrões de comportamento, assim como as medidas e os indicadores utilizados para verificação de desempenho. Enfatiza que é fundamental distinguir critérios de padrões, pois se referem a significados diferentes, sendo o primeiro relacionado ao conceito da prática de medir e o segundo operacionaliza a referida medição. Um critério é, portanto, uma variável escolhida com o objetivo de expressar a concepção de como deve ser a prática de avaliar e medir o desempenho de um programa.

Observa-se, a partir de uma revisão de literatura no campo de avaliação de políticas e programas sociais, que o estabelecimento de critérios nesse campo é extremamente diversificado, isto é, vai depender amplamente de alguns elementos pertinentes ao processo avaliativo, tais como: os objetivos a que se pretende a avaliação, a natureza do programa, os interesses dos *stakeholders*³² e a perspectiva do avaliador.

Os critérios de avaliação, na perspectiva de Holanda (2006), podem ser percebidos sob dois aspectos: um referente à avaliação de eficiência econômica, em que são utilizados padrões sistemáticos de seleção de projetos e mensuração de

³² O termo *stakeholders*, em inglês, de forma simplificada remete ao sentido de interessados. “Stake” (interessados) e “holder” (aquele que possui). Na definição de Holanda (2006), o termo serve para indicar o cidadão, cliente ou usuário de um determinado serviço público, que tem interesse nos resultados da ação pública.

resultados estritamente voltados aos aspectos econômicos, a maximização dos lucros; o outro, numa perspectiva mais gerencial, é atinente à avaliação de desempenho, ao qual será dada ênfase neste estudo.

Em razão dos problemas enfrentados no âmbito das políticas públicas sociais, recomendam-se avaliações contínuas de cunho gerenciais, não se limitando às questões de ordem da economia, diferentemente das avaliações de eficiência econômica.

Nessa direção, observa-se com frequência na literatura sobre avaliação menções acerca das dimensões a que se pretende em termos de desempenho, quer seja institucional ou de programas sociais. Tais dimensões são traduzidas pelos conceitos de eficiência, eficácia e efetividade dos programas sociais.

O conceito de eficiência, segundo referem Cohen e Franco (2012), é predominantemente utilizado para realizar análises financeiras, estando relacionado à concepção de ótimo, ou seja, quantidades mínimas de recursos utilizados para produzir uma determinada quantidade de produto. Ao ser introduzido a esse processo o custo dos insumos (todas as despesas e investimentos), ocorre a homogeneização dessa dimensão e passa-se a conceber a eficiência. Nesse sentido, a eficiência é definida como a relação entre os produtos e os custos dos insumos.

Na ótica de Arretche (2007), a avaliação de eficiência refere-se à relação entre o esforço empreendido na implementação de uma determinada política ou programa social e os resultados alcançados. Aprofundando essa análise, a autora refere que em sua opinião esse tipo de avaliação no contexto da sociedade brasileira se apresenta como a mais importante e urgente das avaliações em função da insuficiência de recursos públicos a exigir máxima racionalização de gastos, uma vez que o contingente populacional a ser contemplado pelos programas sociais é de grande magnitude.

Ainda conforme Arretche, no âmbito governamental se impõe a necessidade de avaliação de eficiência, visto que, ao dispor dos recursos para implementar políticas públicas, o Estado faz uso de um recurso que não é seu, e sim do contribuinte. Concordamos com a autora, pois, dessa forma, ao se realizar esse tipo de avaliação, implica a diminuição dos riscos de improbidade e desperdícios dos recursos públicos, além de se constituir também em um instrumento democrático, permitindo haver transparência nas ações governamentais.

A autora ressalta ainda, com base no exposto acima, que há uma diferenciação entre o critério de eficiência no setor público e no setor privado, isto é, no setor público não se trata do rigor entre custos os mais reduzidos possíveis e os resultados alcançados (os melhores), tal como ocorre no setor privado. No setor público se interpõem questões como redução de desigualdades, por exemplo, o que poderia justificar uma política compensatória – o que não está de acordo com a noção de eficiência, a qual, como já dito, busca reduzir ao máximo os custos. Mesmo assim, a referida avaliação, na concepção da autora, “não elimina a necessidade de aplicar uma política de subsídios com maior grau de eficiência possível, eliminando custos desnecessários e não condizentes com o princípio da equidade” (ARRETCHE, 2007, p. 36).

No tocante à avaliação de eficácia, torna-se pertinente refletir o conceito à luz das análises de Chiavenato (2011), para quem a eficácia é uma medida normativa cujo objetivo é alcançar resultados, ao passo que a eficiência é uma medida normativa de utilização de recursos no referido processo.

Na concepção de Arretche (2007), a avaliação de eficácia busca aferir a relação entre as metas propostas e as metas alcançadas por um determinado programa ou entre os instrumentos previstos à sua implementação e aqueles realmente empregados.

A autora acima salienta que esse tipo de avaliação, do ponto de vista financeiro, é a que se apresenta menos onerosa – portanto, é a mais factível. Contudo, traz como limite mais importante do processo a obtenção e a confiabilidade das informações. Isso porque o avaliador, com base nas informações disponíveis, estabelece uma equação entre as metas propostas pelo programa e as metas atingidas. O resultado dessa equação implicará o sucesso ou não do programa que se pretendeu avaliar.

Na perspectiva de Cohen e Franco (2012), a eficácia operacional é o grau alcançado pelos objetivos e metas propostos por um determinado projeto junto à população beneficiária dentro de certo período de tempo e sem estar sujeito aos custos empreendidos. Nesse sentido, considera dois aspectos importantes: metas e tempo.

Holanda (2006), ao trazer a definição de eficácia, menciona um exemplo que é particularmente interessante e facilita na elucidação do referido conceito. Assim sendo, menciona que, se uma empresa consegue obter bons resultados naquilo que

se propôs a produzir, isso faz dela uma empresa eficiente. Mas, caso essa mesma empresa tenha fracassado na venda desse produto, poder-se-ia dizer que a empresa foi eficiente, mas não foi eficaz.

Dando continuidade à sua análise, o autor acima faz referência aos cientistas sociais que, segundo ele, indagam sobre o fato de os resultados alcançados pelas políticas e programas sociais trazerem transformações sociais nas condições de vida das pessoas. Essa percepção remete ao terceiro tipo de avaliação: efetividade.

A avaliação de efetividade, de acordo com Arretche (2007), diz respeito à apreciação da relação estabelecida entre a implementação de um programa e seus impactos, ou seja, o sucesso ou fracasso em relação às efetivas transformações nas condições sociais da população, tomando como referência a situação anterior ao programa.

Do ponto de vista metodológico, a principal dificuldade percebida pela autora em relação à avaliação de efetividade refere-se a esta ter de demonstrar que os resultados encontrados (de sucesso ou não) estão causalmente relacionados aos produtos oferecidos por uma dada política sob análise. Dito de outra forma, o que irá determinar o impacto de uma dada população pela via da política pública é o estabelecimento de objetivos operacionais e de modelo causal que permita vincular o projeto com os efeitos (ARRETCHE, 2007).

Cabe notar que existe na literatura especializada certo consenso de opiniões em relação aos conceitos de eficiência e eficácia, ao contrário da concepção de efetividade. Nesse sentido, concordamos com autores com Holanda e outros ao observarem que existem diferentes interpretações acerca desse tipo de avaliação. Uma delas refere-se, por exemplo, à noção do conceito como o somatório da eficiência com a eficácia, numa perspectiva de análise mais econômica; a outra, de cunho mais social e mais abrangente, apresenta-se como mais adequada ao setor público e visa a aferir os impactos trazidos pelas políticas e programas a uma dada população.

4.5 Medidas e indicadores

É possível que nunca se tenha ouvido tanto a expressão “indicador social” quanto nos últimos tempos, sobretudo após o advento da mídia eletrônica. Ouve-se

falar de forma recorrente nos jornais, artigos e telejornais, por exemplo, sobre taxa de mortalidade infantil, indicadores de acesso à cultura, indicadores de pobreza, entre outros. Mas, afinal, do que se trata?

Após uma imersão na referida temática à luz de autores como Jannuzzi (2012), Holanda (2008), Minayo (2009), entre outros, é possível abstrair que se trata de construções geralmente de teor quantitativo que têm por base a observação de um determinado aspecto da realidade social no qual se tem algum tipo de interesse.

Holanda (2008), num estudo sobre indicadores sociais, inicia sua análise lembrando que avaliar significa julgar o mérito, o valor ou a utilidade de algo; logo, implica processos essencialmente subjetivos. Assim sendo, para que haja uma tradução em modelos operacionais, se faz necessário identificar e selecionar variáveis, especificar formas de medição e construir indicadores que possibilitem aferir e julgar, de modo claro e sem controvérsia, o nível de alcance dos objetivos dos programas ou política pública.

Jannuzzi (2012), em seu livro *Indicadores sociais no Brasil*, traz a definição de indicador social como sendo uma

[...] medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usada para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. Para a pesquisa acadêmica, o indicador social é, pois, o elo entre os modelos explicativos da Teoria Social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados. Em uma pesquisa programática, o indicador social é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e de reformulação de políticas públicas. (JANNUZZI, 2012, p. 21-22)

Ainda de acordo com o autor acima, os indicadores sociais auxiliam nas atividades de planejamento e formulação de políticas públicas sociais nos três níveis de governo, possibilitando o processo de monitoramento por parte do poder público e da sociedade civil acerca das condições de vida e bem-estar da população usuária dos serviços prestados, propiciando aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social, bem como sobre os fatores determinantes dos fenômenos sociais.

Alguns autores da literatura especializada, entre eles Holanda (2008), chamam atenção para o fato de que existe uma tendência em confundir levantamento estatístico, que se refere a um dado bruto, nem sempre referenciado por alguma teoria, com indicador social, que constitui esse mesmo dado, contudo devidamente trabalhado, contextualizado e interpretado dentro de um aparato referencial teórico sobre as políticas públicas.

Interessa acentuar alguns aspectos históricos dos indicadores sociais que são encontrados nas diversas referências sobre o assunto. O seu surgimento remonta ao século XVII, quando um matemático amador chamado John Graunt (1620-1674) deu os primeiros passos nessa área ao resolver analisar os dados de mortalidade da população no período de pragas, tornando-se assim o pai da demografia.

Em 1790, realiza-se o primeiro censo dos Estados Unidos, dando início à consolidação da estatística como ciência. Contudo, os avanços nessa área só aconteceram com o advento do keynesianismo nos anos 1930, dando início à construção de um sistema de contas nacionais depois da segunda Guerra Mundial, sob a influência dos organismos internacionais (Nações Unidas, Pnud, FMI, Bird, entre outros).

Holanda está em consonância com o pensamento de Jannuzzi (2012) quando refere que, apesar dos avanços ocorridos entre os anos de 1920 e 1930, foi apenas na década de 1960 que se deu início ao processo de desenvolvimento propriamente dito dos sistemas de indicadores – portanto, esse é um campo ainda recente.

Observa-se que os avanços e recuos no processo de construção de indicadores acompanharam as variações econômicas e o enfoque gerencial do Estado, de modo que, com a liberalização da economia deflagrada na década de 1980, os indicadores passam a ser prioridade. A lógica que norteava a economia mundial e a forma de governabilidade era a de um Estado mínimo e de intervenção indireta em assuntos econômicos, de acordo com os ditames do Banco Mundial. A partir da influência dessas ideias, registra-se nos Estados Unidos a promulgação, em 1993, da Lei de Resultados e Desempenho do Governo, cujo objetivo foi verificar o desempenho governamental através de indicadores.

Há consenso de opinião entre os estudiosos da área de que existem várias formas de se classificar os indicadores sociais e que elas são tão variadas quanto os planos, programas ou projetos a que fazem referência.

De acordo com Jannuzzi (2012), a classificação mais comum dos indicadores é aquela que se dá por área temática da realidade social a que se referem. Dentre os vários indicadores sociais, cita alguns dos mais convencionais, como os indicadores de saúde (taxa de natalidade, entre outros), indicadores educacionais (taxa de analfabetismo, por exemplo), indicadores de mercado de trabalho (rendimento médio do trabalho etc.), indicadores demográficos (taxa de mortalidade etc.).

Há classificações temáticas ainda mais agregadas, estabelecidas nos sistemas de indicadores sociais. Isso porque os indicadores podem ser de abrangência regional, nacional e internacional, tendo em vista o diagnóstico de conjunturas econômicas e sociais, monitorando sua evolução no tempo e avaliando processos, resultados e efeitos das intervenções e programas governamentais.

Outra classificação apontada pelo autor acima se refere à divisão dos indicadores entre objetivos e subjetivos ou quantitativos e qualitativos. Os primeiros dizem respeito a ocorrências concretas, ou seja, àquilo que Minayo (2009) considera como aspectos tangíveis da realidade social e facilmente observáveis, como renda, escolaridade e percentual de domicílio.

Já os indicadores de cunho subjetivo, conforme nos diz Jannuzzi, são construídos com base na avaliação dos interessados num determinado aspecto da realidade, a partir de opinião pública ou de grupos de discussão, sendo os mais produzidos aqueles referentes a índices de confiança nas instituições e sobre a performance dos governos. Minayo se refere aos indicadores dessa natureza de forma mais detalhada e precisa e os caracteriza como sendo intangíveis, isto é, aqueles que só podem ser captados de forma indireta através de suas manifestações, como atitudes, valores e autoestima.

Interessante assinalar que tanto Jannuzzi (2012) quanto Minayo (2009) concordam que indicadores quantitativos e qualitativos (estes últimos serão abordados de forma mais detalhada na seção 4.5.2 deste texto) referidos sob uma mesma dimensão social podem apresentar tendências diferentes. Tomando aqui as análises de Minayo, isso ocorre porque em geral os indicadores permanecem externos aos sujeitos investigados. Acerca disso, a autora nos diz:

[...] numa escala de “satisfação do usuário de saúde”, é um artefato fechado que não leva em conta o grau de consciência de direitos por parte dos clientes. Usuários sem acesso a níveis básicos de

cidadania [...] tendem a assinalar maior grau de satisfação nas respostas aos questionários, pelo simples fato de serem atendidos ou de serem ouvidos por uma assistente social, uma diretora ou um médico. [...] Sua limitação precisa ser levada em conta. [...] Considero que haveria um enriquecimento muito grande desses pesquisadores se buscassem se aproximar do universo cultural dos atores que avaliam. (MINAYO, 2009, p. 87)

Essa reflexão da autora, em nosso entendimento, é significativamente pertinente, uma vez que transformar dados qualitativos em quantitativos implica, sim, levar em conta aspectos como – apenas para citar alguns – o contexto social e econômico onde os sujeitos estão inseridos, bem como as dimensões culturais e de gênero implicadas.

No tocante à forma e aos níveis de medição dos indicadores, trazemos as contribuições de Triota (2008) a partir de seus estudos sobre estatística. Segundo refere, os dados dos indicadores podem ser assinalados como nominais, que são aqueles caracterizados pelos nomes, rótulos ou categorias. Um grupo pode ser identificado a partir de uma classificação, por exemplo: sua religião, etnia, nível de renda, idade, profissão, entre outros; os ordinais referem-se àqueles cujos dados podem ser dispostos em algum tipo de ordem (ascendente ou descendente). Cita como exemplo o índice de desenvolvimento humano (IDH), o qual tem como objetivo demonstrar o nível de desenvolvimento de um determinado país. Assim, quanto mais elevado for esse indicador, mais desenvolvido é o país (pelo menos teoricamente).

Outras duas formas mencionadas pelo referido autor dizem respeito às medidas de intervalo e de razões. As primeiras correspondem a medidas intervalares, que ocorrem quando há classificação obedecendo à variação ou frequência, como, por exemplo, a faixa etária e grupos de renda (até um salário-mínimo), entre outras. Quanto ao nível de medida por razão, corresponde a um nível de intervalo modificado no sentido de inclusão do ponto de partida zero. Dito de outra forma, todas as diferenças e razões possuem significado e os indicadores construídos com base nesse tipo de medida permitem estimar proporções, podendo ser usadas em todas as operações aritméticas. Exemplo: densidade demográfica e renda per capita.

Vale salientar que os principais indicadores apontados pelos estudiosos do tema são: primeiro, os indicadores demográficos que, de acordo com Holanda

(2008), são os que dão sustentação para realização de levantamentos de situações econômicas e sociais, assim como a delimitação dos contingentes populacionais que poderão ser beneficiados pelas políticas públicas. Exemplo: taxa de crescimento populacional. Segundo, destacam-se os indicadores econômicos, que geralmente referem-se a valores absolutos ou à média de valores representativos de produção, vendas, estoque e preços de variáveis da economia. Exemplos: PIB per capita e renda familiar média.

O terceiro refere-se aos indicadores sociais que, de forma sintética, podem ser caracterizados como a combinação de variáveis econômicas e demográficas capazes de estruturar sistemas de indicadores sociais que visam a diferenciar e acompanhar a dinâmica da distribuição de renda, condições de emprego, educação, saúde, habitação, entre outros. Um dos mais importantes indicadores sociais é o de mortalidade infantil, pois ele tem o potencial de refletir as condições de nível de vida, saúde, saneamento e serviços médicos prestados.

4.5.1 Construção de indicadores

Conforme nos fala Holanda (2008), o processo de criação de indicadores, assim como a tarefa de traduzi-los operacionalmente, incide em uma das mais complexas e demoradas, e explica o porquê. Segundo o autor, isso ocorre basicamente em razão de três aspectos: primeiro, da necessidade de se definir um conceito para cada indicador que se pretende considerar; segundo, a necessidade de especificar a unidade de medida; terceiro, pela identificação da variável ou conjunto de variáveis a serem levantadas.

Cohen e Franco (2012), em estudos sobre indicadores, apresentam uma sequência de quatro fases que permite a transformação dos conceitos em variáveis. A primeira fase considera a representação literária do conceito, isto é, de uma abstração resultante da observação de um dado aspecto da realidade.

Holanda (2008) preocupa-se com essa primeira etapa. Na sua ótica, ela apresenta-se à primeira vista, de forma bastante abstrata e confusa, exigindo esforço por parte de quem deseja executar o processo avaliativo.

Dando sequência à análise de Cohen e Franco, a segunda fase desse processo refere-se à especificação do conceito, que implica dividi-lo em dimensões

que o integram. A dedução dessas dimensões pode ocorrer analiticamente, tendo por base o conceito geral que a envolve ou empiricamente considerando as inter-relações aí implicadas. Com relação a essa etapa, Holanda é bastante enfático ao dizer que se trata um processo de análise, interpretação e desdobramento dos conceitos da avaliação, considerando as suas múltiplas dimensões e reduzindo-as a expressões mais simples e, de preferência, quantitativas. Acrescenta que é uma atividade que deve ser realizada de modo exaustivo para que o conceito seja apreendido em sua totalidade.

A terceira etapa consiste na escolha de indicadores que possam medir as dimensões do conceito. Recomenda-se a o uso de um número significativo de indicadores, tendo em vista assegurar que o conceito sob medição realmente alce o seu objetivo, ou seja, medir e simultaneamente minimizar eventuais efeitos negativos provenientes de uma escolha inadequada de um indicador.

Concluindo essa sequência de fases proposta por Cohen e Franco, encontra-se a formulação de índices para sintetizar os dados abstraídos das fases anteriores. Esses autores, fazendo referência aos estudos de Maintz (1975), colocam que, nesse processo, duas dimensões merecem atenção: uma diz respeito ao fato de que um índice deve referir-se claramente a todas as dimensões parciais do fenômeno correspondente, e a outra é que se faz necessário indicar de que forma os dados serão postos em relação mútua.

Corroborando com as análises dos autores acima, Holanda (2008) relata que essa etapa constitui o momento de relacionar conceitos, dados e informações para construção de indicadores e sublinha a necessidade de que eles sejam simples, pertinentes às dimensões específicas do fenômeno, o qual é perpassado de complexidade, combinando as dimensões em um único indicador. O autor sugere a inclusão de uma quinta etapa, que seria a construção de sistemas de indicadores de uso comum em monitoramento sistemático de evolução de conjuntura e no curso de programas e projetos socioeconômicos.

Outro aspecto relevante no contexto da problematização aqui presente centra-se na natureza dos entes indicados. Jannuzzi (2012), ao discorrer sobre essa particularidade, refere que a diferenciação entre os indicadores é estabelecida a partir de sua natureza, que pode ser de recurso referente a “indicador-insumo”, realidade empírica relacionada a “indicador-produto” e processo em conexão com “indicador-processo”.

Quanto aos indicadores-insumo, diz-se de sua correspondência às medidas associadas à disponibilidade de recursos humanos, financeiros ou de equipamentos alocados para um processo ou programa que afeta uma das dimensões da realidade social. Trata-se de indicadores de alocação de recursos para políticas sociais. Como exemplo, o autor menciona o número de leitos hospitalares por habitantes.

No que se refere aos indicadores-produto, afirma Jannuzzi, eles são aqueles mais diretamente vinculados às dimensões empíricas da realidade social, referentes às variáveis resultantes de processos sociais complexos, como, por exemplo, a esperança de vida ao nascer. Trata-se assim de medidas representativas das condições de vida, saúde e renda da população, que indicam a presença ou ausência das políticas públicas formuladas.

Os indicadores-processo ou fluxo, conforme as análises do autor, são indicadores intermediários, que traduzem em medidas quantitativas o esforço operacional de alocação de recursos humanos, físicos e financeiros para obtenção de melhorias efetivas de bem-estar. Salienta-se que esse tipo de indicador, em contextos específicos, assim como os indicadores de insumo, é chamado também de indicador de esforço.

Ressalta-se aqui uma especial atenção sobre a definição de indicadores-insumo, uma vez que esta é uma pesquisa avaliativa de processo. Assim sendo, os indicadores resultantes desta avaliação estão relacionados com os insumos os quais são fornecidos para execução da política de saúde mental no espaço dos CAPS.

Nessa perspectiva, são válidas as considerações de Holanda (2008) acerca das questões que entrelaçam a dupla dimensão: avaliação de processo e indicadores. Segundo o autor, a avaliação de processo é um tipo de avaliação em que os indicadores estão relacionados com os insumos e com a forma pela qual o programa é implementado.

Cabe lembrar que a realização de avaliações dessa natureza justifica-se quando o processo pode afetar de alguma forma os resultados pretendidos, o que, segundo o autor supracitado, é comum acontecer em áreas como educação, assistência social e saúde, por exemplo. Acrescenta ainda que, nesse caso, importa avaliar alguns aspectos da política ou programa sob estudo, tais como:

- Saber de que forma o serviço está sendo prestado, buscando nesse sentido aferir a eficiência das ações voltadas ao público beneficiário;

- Medir a intensidade e o nível de frequência com que o serviço é prestado;
- Mensurar o nível de qualidade dos serviços, tendo em vista apreender se eles são satisfatórios;
- Verificar o nível de competência ou capacidade da equipe prestadora de serviço.

Importa destacar que buscamos, até aqui, fazer uma sintética discussão, mas tão completa quanto possível, sobre a lógica e a metodologia por meio das quais os objetivos de um determinado programa, projeto ou política pública são transformados em indicadores.

Diante desse contexto, e ainda de acordo com as reflexões de Holanda, o momento de seleção de indicadores impõe o estabelecimento de critérios de prioridade, tendo em vista a consecução de indicadores importantes ou adequados. Nessa direção, o autor aponta sete aspectos relevantes e que devem ser considerados durante essa etapa, tais sejam:

1. Referência a temas essenciais da avaliação;
2. Relevância para o processo de tomada de decisão, sobretudo em relação a questões controversas ou pendentes;
3. Utilidade para caracterização de marcos intermediários do programa, visando à identificação imediata de problemas ou atrasos;
4. Atendimento às expectativas ou preferências dos patrocinadores da avaliação ou dos *stakeholders* (interessados);
5. Viabilidade de relacionar ou comparar com padrões já estabelecidos previamente;
6. Adequação para aplicação ao segmento do universo a ser avaliado;
7. Custo e tempo de apuração ou levantamento.

Aspecto igualmente relevante apontado por Jannuzzi (2012) refere-se às propriedades desejáveis dos indicadores. Conforme nos fala esse autor, a relevância social à qual o indicador se refere constitui um atributo essencial para justificar a sua construção. E acrescenta que, além da relevância social, todo indicador deve ter outras características básicas, que são:

- Validade de constructo;
- Confiabilidade;

- Consistência.

No tocante à validade de um indicador, ela ocorre quando este corresponde ao grau de proximidade entre conceito e medida. Dito de outra forma, consiste na capacidade de reflexão sobre o conceito abstrato que o indicador busca operacionalizar e retraduzir para formas mais objetivas.

A confiabilidade de um indicador, de acordo com Jannuzzi (2012, p. 34), “é uma propriedade relacionada à qualidade do levantamento de dados utilizados no seu cômputo”. Um indicador confiável não deve variar suas respostas quando aplicado ao mesmo fenômeno em tempos diferentes. Quanto à consistência em termos de indicador, implica a compatibilidade com outras medidas que se baseiam no mesmo conceito e que já são utilizadas na avaliação. Não deve apresentar viés em relação ao método de apuração.

Holanda (2008), em consonância com as ideias de Jannuzzi (2012), apresenta outras características desejáveis aos indicadores além das referidas nas linhas acima. Assim sendo, atribui significativa importância também aos seguintes elementos:

- Relevância;
- Sensibilidade;
- Direção.

Na ótica do autor, um indicador possui relevância quando está direcionado aos objetivos e resultados da avaliação, e sua sensibilidade se expressa quando ele é capaz de detectar as modificações no nível do desempenho.

Aqui chamamos atenção para o terceiro elemento: a direção, pois esta, segundo nos relata Holanda, quando a pesquisa avaliativa é de natureza acadêmica, como é o caso do estudo aqui presente, o indicador figura como artifício didático. Parafrazeando Holanda, “em pesquisas de natureza acadêmica, o indicador pode ser apenas um instrumento de análise ou artifício didático para facilitar a apresentação das conclusões do estudo” (2008, p. 250).

4.5.2 Construção de indicadores qualitativos

Conforme explicitado anteriormente, retomaremos nesta seção as discussões acerca da construção de indicadores qualitativos por considerá-los fundamentais e

pertinentes ao teor da abordagem deste estudo avaliativo, que é de natureza qualitativa. Nessa perspectiva, tomaremos por maior referência as análises de Minayo ao discorrer sobre a construção de indicadores dessa natureza.

É compartilhado por alguns estudiosos do campo de avaliação de políticas públicas que, ao longo dos anos, vêm se empreendendo ações num esforço significativo de aprimorar os indicadores no campo da abordagem qualitativa. A busca pela inserção de aspectos de ordem subjetiva nos processos avaliativos visa essencialmente a aumentar a validade dos parâmetros de análises das informações obtidas.

Assim sendo, afirma Minayo (2009), existem no mínimo duas vertentes de abordagem nessa forma de construção: uma advinda da lógica quantitativa e a outra que é inspirada na fundamentação hermenêutica.

Destaca ainda que a busca por mensurar valores, opiniões, relações e vivências intersubjetivas – características essenciais dos indicadores qualitativos por estratégias quantitativas – datam dos anos 1920, a partir da criação de diversas escalas.

Dialogando com Assis, a autora menciona alguns desses instrumentos, como a escala de distância social, em que se faz solicitação ao entrevistado no sentido de haver o estabelecimento de hierarquia de intimidade e convivência social que ele estivesse disposto a ceder para pessoas de outras nacionalidades, raças e etnias; escala de Thurstone, baseada em conceitos do tipo “concordo” ou “discordo”, sendo tais resultados submetidos à análise de especialistas no assunto sob estudo, que deverão apontar tendências; a escala de Likert, que estabelece os mesmos procedimentos da escala de Thurstone, diferenciando-se pelo fato de que, nesse caso, não serão os especialistas a analisarem, e sim grupos sociais que possuem as mesmas características. O escalograma de Guttman estuda as concordâncias entre respostas, buscando construir um perfil de comportamento em relação à tolerância e aceitação da presença de outros grupos étnicos; e a técnica sociométrica de Jacob Moreno, que se refere à construção de sociograma na busca de estabelecer as medidas de variáveis sociais ou medição de grau de vínculos entre os indivíduos de um determinado grupo.

Cabe salientar que essas técnicas, em maior ou menor grau, conferiram valor numérico ou percentual a respostas de conteúdos subjetivos seguindo modelos de análise qualitativos do período em que foram criados. Todos eles evidenciam a

lógica do pensamento estatístico que os nortearam em suas preocupações metodológicas, as quais, segundo referem Boudon e Lazarsfeld (1973), são: construção de amostras ordenadas de forma sistemática; validação dos procedimentos de coleta de dados e resultados; criação de codificadores para medir regularidades; utilização de análise de frequência visando à objetividade e à cientificidade; e construção de dispositivos para mensurar validade, fidedignidade e produtividade de análise.

Em tempos mais atuais, é possível identificar com certa frequência avaliações qualitativas tendo por base a lógica quantitativa, a exemplo das pesquisas de satisfação ou indicadores de satisfação do usuário, em que o pesquisador busca um “quantum” de satisfação a respeito das relações mantidas com profissionais, informações recebidas e eficácia ou competência da ação dos profissionais em relação aos serviços dispensados aos usuários. (MINAYO, 2009)

Ainda de acordo com a referida autora, a esse tipo de investigação acima descrito, referente a pesquisas avaliativas qualitativas e que se apropriam de instrumentos e resultados de recorte quantitativo, convencionou-se chamar de “mensuração de atitude” ou “escala de atitudes”. Segue sua análise fazendo uma crítica acentuada a respeito desses procedimentos, que, segundo ela, são bastante antigos no tocante a estudos de percepção e subjetividade. Entretanto, as escalas continuam reduzindo a questão da singularidade e individualidade dos sujeitos a uma série de hipóteses estabelecidas pelos pesquisadores. Dito de outra forma, há um empobrecimento na forma de colher as informações, pois em geral esse tipo de investigação não considera os aspectos sociais, culturais e econômicos dos entrevistados.

Num outro eixo, encontra-se a abordagem da construção de indicadores qualitativos por estratégias qualitativas. Nesse sentido, importa observar as reflexões abaixo:

Chamo de indicadores qualitativos propriamente ditos os que expressam a voz, os sentimentos, os pensamentos e as práticas dos diversos atores que compõem o universo de uma pesquisa ou de uma avaliação. Eles evidenciam a adoção ou a rejeição de certas atitudes, valores, estilos de comportamento e de consciência e se fundamentam na necessidade de ressaltar as dimensões das relações vividas intersubjetivamente, entendendo que elas fazem parte de qualquer processo social e o influenciam. (MINAYO, 2009, p. 87)

A autora em pauta atribui acentuada importância ao assumir uma postura norteada pela categoria metodológica hermenêutica, no momento de construção de indicadores qualitativos. Nessa perspectiva, devem-se considerar alguns aspectos relevantes.

Primeiro, a realidade empírica e concreta é o local onde se origina a produção de indicadores; segundo, ter presente que os atores sociais se expressam a respeito de qualquer “assunto do mundo da vida” a partir das suas referências. Dito de outra maneira, os sujeitos interpretam e julgam os fatos de acordo com a sua posição e condição de classe social, etnia, gênero, função social, idade, entre outros aspectos; terceiro, os pesquisadores devem fazer as suas análises procurando se colocar dentro do processo de construção da realidade, valorizando a relação entre observador e observado, ambos implicados no momento histórico e, portanto, fazendo parte de fatores sociais comuns; e, por fim, ter em mente que indicadores qualitativos são criados com os próprios atores que fazem parte do estudo avaliativo, ao contrário do que ocorre com escalas de mensuração, em que é possível encontrar uma listagem de indicadores.

Em relação às técnicas empreendidas para obtenção de indicadores qualitativos, ressalta-se que as mais comuns são: a técnica de Delphi, que, conforme referem os estudiosos da temática, entre eles Minayo, trata-se de método de consenso de especialistas que estimula e permite a ampla discussão sobre questões e objetivos. Destaca-se que a principal característica dessa técnica é a inexistência de contato presencial entre os participantes, sendo que a interação entre eles ocorre através da circulação das respostas individuais sistematizadas e enviadas a cada novo questionamento. O grupo nominal refere-se a uma técnica em que os participantes do grupo apresentam as suas ideias de forma sistemática e independente. Os participantes são convidados a expor suas ideias num quadro e em seguida abre-se a discussão. Depois, procede-se à classificação das ideias. Por fim, tem-se a tomada de decisão de acordo com a maior pontuação obtida daquelas ideias acerca do problema discutido.

Uma técnica bastante utilizada é a de grupos focais, que, conforme os autores que discutem essa temática, como Morgan (1996) e Krueger (1994), centram-se em um modelo de entrevista realizada na presença do pesquisador devidamente capacitado a mediar um pequeno grupo de pessoas nas discussões (é recomendado não ter mais de oito participantes) sobre um determinado tema sob investigação.

Uma das características marcantes desse tipo de técnica é que os sujeitos da pesquisa podem interagir, podendo observar as demais opiniões e assim dinamizar as discussões.

Por fim, menciona-se a técnica de narrativa. De acordo com Minayo (2012), refere-se a um tipo de estratégia utilizado para pesquisar o sentido da experiência humana comum em lugares sociais específicos. Nessa perspectiva, como o próprio nome sugere, valoriza as narrativas orais como fonte de pesquisa que possibilitam a aproximação dos significados atribuídos à experiência de quem narra, uma vez que resguarda a própria realidade do narrador.

4.5.3 Produção de indicadores qualitativos em saúde mental

Entrelaçando as questões que envolvem avaliação de políticas públicas, indicadores sociais e saúde mental, torna-se necessário salientar que existe, atualmente, no âmbito da saúde pública, um conjunto de estratégias fomentadas pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), órgão vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, que, entre outras atribuições, visa ao desenvolvimento de mecanismos de monitoramento e avaliação das ações realizadas nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, registra-se um movimento no âmbito das três esferas de governo no sentido de realizar avaliações sistemáticas das políticas de saúde e, entre elas, as de saúde mental, tendo em vista subsidiar a expansão do setor e simultaneamente gerar dados que venham a sustentar parâmetros institucionais, administrativos e epidemiológicos a partir da construção de indicadores de saúde mental.

Os indicadores de saúde mental, assim como as avaliações nesse campo, seguem uma tendência estabelecida na cultura da sociedade brasileira que se configura pela ausência de tradição na área de avaliação de políticas e programas sociais, conforme já discutido neste trabalho.

Cabe enfatizar que, apesar de a iniciativa do governo ser salutar, ela apresenta-se na contemporaneidade de forma embrionária e, em certa medida, com pouca credibilidade.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2008), esse tipo de avaliação, que inclui os serviços CAPS, deveriam se tornar instrumentos permanentes de acompanhamento, avaliação e atualização das informações, o que deveria acontecer a cada quatro anos, começando no ano de 2008.

As críticas levantadas pelos profissionais de saúde mental em relação ao referido processo avaliativo no âmbito dos CAPS sinalizaram algumas fragilidades desse processo, como instrumental extremamente longo e denso, perguntas de teor quantitativo e principalmente o fato de o referido instrumento ter sido mediado/facilitado por um representante do gestor municipal.

Obviamente, a presença de um representante do governo, juntamente com a presença do coordenador da equipe, dificultaria os profissionais a mostrarem suas verdadeiras opiniões, sentimentos e seu pensar crítico em meio a um ambiente carregado de tensão e incertezas.

Saraceno (2010), ao discorrer sobre avaliação de qualidade de serviço de saúde mental, chama atenção para o fato de que a reforma psiquiátrica possibilitou que os conceitos de avaliação e de qualidade ganhassem uma nova forma de pensar, considerando a cidadania da pessoa com transtorno mental e a valorização da vida desses sujeitos. O autor acrescenta ainda que pensar a avaliação no campo da saúde mental impõe admitir que ela reserva algumas especificidades que a diferencia de outras áreas da saúde e, dessa forma, tais especificidades devem ser consideradas.

Há certo consenso de opiniões entre os teóricos da literatura especializada de que os processos avaliativos no âmbito da saúde mental exigem a formulação de metodologias adequadas ao processo, tendo em vista tratar-se de um universo rico em subjetividade e principalmente pela necessidade imperiosa de verificar se os serviços substitutivos, a exemplo dos CAPS, estão em consonância com o processo de desinstitucionalização.

Isso posto, torna-se necessário ao processo de avaliação em saúde mental a criação de variáveis flexíveis, ou seja, aquelas que são de difícil mensuração, tendo em vista que passam por questões bastante subjetivas, tais como: satisfação ou insatisfação do trabalhador, motivação para o desenvolvimento do trabalho, identificação com a saúde mental, relações com a equipe, entre outros aspectos.

Como base no exposto, cabe dizer que isso não significa desconsiderar as variáveis mensuráveis do campo quantitativo: elas são também muito importantes ao

processo de conhecimento e avaliação, uma vez que a supressão de alguns elementos dessa ordem pode comprometer a qualidade dos serviços prestados aos usuários dessa política, tais como: número insuficiente de profissionais, ausência de capacitações em saúde mental, insuficiência de salas para realização das atividades, espaços físicos inadequados, carga horária, falta ou insuficiência de alimentação para os usuários, além de outros aspectos.

Saraceno (2010) recomenda como etapas essenciais da avaliação em saúde mental identificar problemas, definir critérios e padrão de qualidade e fazer análise fidedigna da realidade sob observação e, a partir dessas etapas, haver a construção de indicadores.

Nessa direção, tem-se uma abordagem norteada para a construção de indicadores de natureza qualitativa, com ênfase na subjetividade, ou seja, emoções, pensamentos e práticas desenvolvidas pelos atores sociais. Assim sendo, concordamos com Minayo (2009) quando discorre sobre indicadores qualitativos e afirma que esses fatores ora mencionados evidenciam a adoção ou a rejeição de certas atitudes, valores e estilos de comportamento.

A autora acima, em um de seus trabalhos sobre construção de indicadores sociais, o qual já foi referido algumas vezes nesta seção, demonstra especial admiração pela técnica de narrativa como recurso utilizado para construção de indicadores qualitativos. Acrescenta que, a partir das falas dos sujeitos, é possível extrair códigos e subcódigos que formam uma base capaz de transformá-los em indicadores.

Concordamos com alguns dos autores da literatura especializada quando se referem à construção de indicadores sociais no âmbito das abordagens qualitativas como sendo dispositivos que evidenciam aspectos subjetivos contidos nas falas e expressões dos sujeitos entrevistados – como bem diz Minayo, aqueles que “expressam voz, sentimentos, pensamentos e práticas diversas”.

Nessa direção, afirmamos que este estudo, o qual buscou apreender as representações sociais da política de saúde mental para os trabalhadores dos CAPS, está em consonância teoricamente com a lógica do pensamento acima descrito sobre a construção de indicadores sociais qualitativos. Isso porque buscamos nos aprofundar nos significados daquilo que foi comunicado para compreender os sentidos da realidade presente nas falas dos sujeitos entrevistados, simultaneamente procurando considerar os diversos aspectos aí implicados, tais

como: econômicos, políticos, culturais, de gênero, o contexto no qual os sujeitos investigados estavam inseridos, uma vez que esse conjunto de fatores faz parte de qualquer processo social.

Importante salientar que, nesse processo de apreensão da realidade em torno do objeto sob estudo, buscamos também captar o não dito, o que está nas entrelinhas, por concordamos com autores como Pierre Bourdieu (1997) quando assinalam que um pesquisador, durante a entrevista, precisa se manter em estado de alerta no sentido de não tornar a transcrição das informações coletadas num ato meramente mecânico. Isso significa ir mais além, devendo ser fidedigno aos gestos, aos risos, aos silêncios e às entonações de voz dos entrevistados, tendo em vista que esses elementos não passam pela gravação, mas são extremamente importantes no momento de análise do conteúdo, porque eles podem dizer muito sobre o entrevistado.

Foi nessa perspectiva de valorização e apreensão dos significados presentes nos conteúdos das falas dos sujeitos desse estudo e de atenta observação à realidade sob investigação que construímos os indicadores qualitativos em saúde mental a partir das informações obtidas na realidade dessa pesquisa avaliativa, os quais emergiram no decorrer das análises das informações e serão expostos em seção específica deste trabalho.

5 DESENHO METODOLÓGICO DE UMA AVALIAÇÃO EM PROCESSO

5.1 Natureza da pesquisa avaliativa

Quanto ao parâmetro técnico-metodológico, esta pesquisa avaliativa está fundamentada na metodologia de natureza qualitativa, o que pressupõe uma aproximação maior ao objeto em estudo, uma vez que pretende conhecer os significados atribuídos a um determinado recorte da realidade dos trabalhadores técnicos dos serviços de saúde mental no contexto dos CAPS.

Assim sendo, importa expor o que significa a pesquisa qualitativa na concepção de Minayo (2004). Segundo a autora, trata-se de um tipo de pesquisa que responde a questões específicas. Ela ocupa-se, nas ciências sociais, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, dando ênfase, portanto, a significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, ou seja, refere-se a um aprofundamento das relações, dos processos e fenômenos, os quais não podem ser submetidos à operacionalização de variáveis.

Strauss (2008), ao refletir sobre a pesquisa qualitativa, refere que se trata de um tipo de pesquisa que consiste na produção de resultados não provenientes de procedimentos estatísticos que pode ser direcionada à vida dos sujeitos, experiências de vida, comportamentos e emoções, podendo também ser realizada para interpretar o funcionamento de instituições, movimentos sociais, fenômenos culturais e interações entre nações.

De acordo com Rey (2011), um dos aspectos que caracterizam a produção de conhecimento no campo da pesquisa qualitativa é seu foco estar centrado em aspectos da singularidade do estudado, que se expressa na legitimidade atribuída ao estudo de caso, diferentemente da pesquisa quantitativa, em que a singularidade é excluída da rede de categorias padronizadas que orientam a construção de conhecimentos, ou seja, a pesquisa quantitativa visa exclusivamente ao “status estatístico do não significado”.

A opção de um determinado método para o desenvolvimento de um estudo sobre um objeto específico não é algo aleatório, pois envolve várias etapas, sobretudo quando se trata especificamente de um fenômeno social de interesse do pesquisador: então se constitui em um processo de construção importante, nem sempre fácil, de um longo caminho a ser percorrido.

Trata-se, assim, de um processo de construção que requer cuidados específicos, que procura articular e avaliar se as escolhas que estão sendo feitas são apropriadas ao objeto que se pretende estudar, começando pela delimitação desse objeto, revisão de literatura, recorte espacial e temporal no qual a pesquisa será realizada, adoção de técnicas para aquisição das informações no período de exploração de campo e escolha do método de análise do material obtido e, por fim, a construção do conhecimento sobre a realidade estudada.

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a política de saúde mental no contexto do município de Fortaleza, através das representações sociais dos profissionais de saúde mental dos CAPS. A ferramenta principal para o alcance do que se pretende são as falas dos sujeitos e seus significados, em que se busca compreender um fenômeno social que está entrelaçado a diversas questões de realidade. Para alcançar o objetivo proposto, elegemos como base analítica fundante do presente estudo a teoria das representações sociais.

As representações sociais – que foram problematizadas em capítulo anterior deste trabalho – referem-se a um termo filosófico que consiste na reprodução de uma percepção guardada na memória ou reprodução do conteúdo do pensamento. Serge Moscovici é o autor seminal da representação social, para quem esta se trata de um “corpo organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças aos quais os homens tornam a realidade física e social intangível, se inserem em um grupo ou relação cotidiana de trocas e liberam os poderes de sua imaginação” (2012, p. 28).

A avaliação no âmbito da atenção psicossocial introduz algumas especificidades ao campo da avaliação de serviços de saúde em geral. Os aspectos objetivos e materiais estão atravessados pelas intersubjetividades das relações entre usuários, instituições de saúde e, sobretudo, trabalhadores executores da política de saúde mental, aumentando, dessa forma, a dificuldade nos processos de avaliar serviços de saúde mental (PITTA et al., 2010).

Para dar conta dessa realidade atravessada de complexidade e subjetividade, elegemos como mais apropriado para o desenvolvimento desta pesquisa de avaliação de processo o método qualitativo de pesquisa, por se tratar de modelo que envolve e valoriza aspectos da singularidade dos sujeitos.

Por se tratar de uma pesquisa de avaliação de políticas públicas, selecionamos como mais apropriada à natureza do objeto estudado a avaliação de processo.

A avaliação de processo, na concepção de Silva (2008), é um modelo de avaliação de políticas e programas sociais que se volta principalmente à aferição de eficácia de um programa. Busca saber em que medida o programa (ou política) está sendo implementado de acordo com as diretrizes preestabelecidas, bem como verificar as relações entre o produto gerado e as metas previstas ou desejadas. É um tipo de avaliação que se preocupa basicamente em identificar a relação entre metas alcançadas e metas propostas. Também busca verificar a adequação entre os meios utilizados na implementação e os objetivos originais.

A autora supramencionada diz ainda que a questão de centro da avaliação de processo é o funcionamento do programa e os serviços prestados, tendo como objetivos identificar os fatores determinantes do sucesso ou fracasso do processo de implementação de um programa; analisar os determinantes institucionais e socioculturais que podem explicar o êxito ou falha da implementação; apresentar aos responsáveis pelo programa propostas e recomendações de alternativas visando a corrigir as distorções na consecução de metas e objetivos; coletar e sistematizar informações acerca do programa.

Assim sendo, nos propomos a avaliar como os profissionais dos serviços de saúde mental dos CAPS estão sendo interpelados a desenvolver a atual política de saúde mental e quais os significados desse novo paradigma. Para o alcance desse objetivo, como dito anteriormente, fizemos uso da avaliação de processo, por considerá-la apropriada a este estudo.

O estudo tem fundamentação teórica constituída a partir de pesquisa bibliográfica que tomou como referência as análises de autores como Pierre Bourdieu (2007), Foucault (1993), Alba Carvalho (2010), Canguilhem (2000), Goffman (2007), Basaglia (1985), Serge Moscovici (2012), Amarante (1995), Campos (2007), Tomaz Silva (2012), Holanda (2006), Silva (2008), Jannuzzi (2012), Minayo (2010), entre outros.

Importa dizer que a pesquisa bibliográfica propicia ao pesquisador um conhecimento sobre aquilo que foi desenvolvido e escrito anteriormente acerca de seu objeto. Essa etapa da pesquisa é de fundamental importância, pois torna possível haver uma imersão nos fatos históricos e auxilia na interpretação dos

resultados, uma vez que esta última é uma ação que, para ser bem sucedida, exige uma boa contextualização.

A pesquisa bibliográfica como procedimento científico não pode ser percebida como simples repetição do que outros já disseram sobre determinado tema, mas como uma fase em que é possível observar um determinado objeto sob vários enfoques.

Conforme as análises de Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Acrescenta que, embora a maioria das pesquisas exija esse tipo de trabalho, existem pesquisas que são feitas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas, a exemplo de boa parte dos estudos exploratórios. Pesquisas que se propõem a analisar posições diversas acerca de um determinado tema se apropriam dessa técnica quase exclusivamente.

Com base no exposto até o momento, levando em conta que a especificidade do objeto em estudo implica trabalhar diretamente com a subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo e considerando simultaneamente a importância circunscrita nos aspectos do contexto social, econômico, político e cultural, impõe-se a exigência de pensar essa avaliação em processo, mas numa perspectiva de avaliação em profundidade.

Nesse sentido, cabe então apresentar as contribuições de Rodrigues (2008) acerca da avaliação em profundidade. Segundo refere, trata-se de um tipo de avaliação que tem por objetivo a imersão em uma particularidade do campo investigativo, tendendo a abranger a um só tempo as dimensões dadas tanto no sentido “longitudinal” – extensão no comprimento – como no sentido “latitudinal” – extensão na largura, amplitude. Assim, busca valorizar os múltiplos aspectos da realidade sob avaliação, contemplando fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, além de considerar aspectos referentes à importância da análise institucional, relações de poder, interesses e valores que atravessam os processos de formulação e implementação das políticas.

A autora segue em suas análises enfatizando que a proposição de uma avaliação em profundidade

[...] implica considerá-la como extensão, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que por si só coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa.

[...] Tratar uma política pública ou programa a ela vinculado [...] implica considerar que sua avaliação só fará jus ao termo se operar a abrangência analítica para além da política em si, seu marco legal e seu conteúdo, e para além do recorte empírico, de forma que se possam realizar inferências mais gerais a partir de resultados localizados. Para tal, priorizam-se as noções de contexto, processo, trajetória, pluralidade, interação e multidimensionalidade (RODRIGUES, 2008, p. 11-13).

A avaliação em profundidade proposta por Rodrigues (2008) pressupõe um aprofundamento da realidade sob estudo, estando dessa forma em consonância com a metodologia qualitativa de pesquisa que, de acordo com Chizzotti (2010), está ancorada na orientação filosófica dialética a qual insiste na relação dinâmica entre sujeito e objeto no processo de conhecimento. Nessa perspectiva, o pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais.

Para Minayo (2003), a abordagem dialética se propõe a abranger o sistema de relações que constrói o conhecimento exterior ao sujeito e as representações sociais que traduzem o mundo de significados. Afirma a necessidade de trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e objetos sociais apresentam.

Esta pesquisa avaliativa de processo se apropriou do método de estudo de caso, o qual consiste em uma verificação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas (YIN, 2010).

Na concepção de Gil (2009), o estudo de caso é um modelo proposto para produção do conhecimento num campo específico que aponta princípios e regras a serem observados ao longo de todo o processo de investigação. Diferencia-se por ser um estudo profundo de uma unidade simples.

Ainda de acordo com Gil, os estudos de caso possibilitam estudar em profundidade um grupo, uma organização ou um fenômeno, tendo em conta suas múltiplas dimensões. Nessa perspectiva, possuem significativas vantagens em relação aos levantamentos que, embora caracterizados pela precisão, fornecem informações mais superficiais, uma vez que se fundamentam na utilização de uma técnica de coleta de dados, como questionário ou entrevista. Já os estudos de caso,

por se referirem a um ou a poucos objetos, possibilitam a utilização de instrumentos que conferem maior profundidade aos dados.

Sobre a abordagem do estudo de caso, autores como Goldenberg (2007) apontam que esse tipo de estudo tem origem na pesquisa médica e na pesquisa psicológica, com análise de modo detalhado de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma determinada doença. A utilização desse procedimento supõe a possibilidade de adquirir conhecimentos do fenômeno em estudo por meio de uma exploração em profundidade de um caso. O estudo de caso ampliou sua área de atuação, sendo na atualidade uma das modalidades mais empregadas na realização de pesquisa nos diferentes campos profissionais, como assistência social, administração, marketing, administração pública, saúde pública, educação, avaliação, entre outras.

As percepções de Chizzotti (2010) e Gil (2009), também referentes à origem desse método, referem o estudo de caso como modalidade de pesquisa que se origina nos estudos antropológicos de Malinowski – antropólogo considerado o pai da antropologia social e responsável por desenvolver um novo método de investigação de campo – e na Escola de Chicago, em organizações, grupos, comunidades etc. Quanto às contribuições de Gil, assegura que a origem do estudo de caso é bastante remota e ele está relacionado como o método introduzido por Laugdell no ensino jurídico nos Estados Unidos. Contudo, foi difundido a partir das práticas psicoterápicas caracterizadas pela reconstrução da história de vida do indivíduo.

Sob a interpretação de Yin (2010), como método de pesquisa o estudo de caso é usado em muitas situações para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. Acrescenta que, em todas essas situações, a necessidade diferenciada dos estudos de caso surge do desejo de entender os fenômenos sociais complexos, permitindo, assim, que os pesquisadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos administrativos e organizacionais.

Considerando as reflexões sobre estudo de caso nas concepções dos autores acima e entendendo que a natureza do trabalho em saúde mental está atravessada pelas intersubjetividades das relações existentes entre os sujeitos implicados nesse

processo, aumenta sobremaneira a dificuldade em conhecer e analisar tais processos.

Tornou-se, dessa maneira, necessário utilizar o estudo de caso como método por se apresentar como o mais apropriado aos objetivos do estudo em pauta, tendo em vista a análise do conjunto das concepções que permeiam o processo de trabalho dos profissionais dos CAPS à luz das representações sociais acerca da política de saúde mental.

5.2 Delineamentos empíricos: CAPS SER III como espaço de atuação profissional

De início, numa primeira configuração do campo a ser estudado para circunscrever o objeto avaliativo, definimos dois CAPS: o CAPS da Secretaria Executiva Regional II e o CAPS da Secretaria Executiva Regional III.

O critério de escolha do CAPS SER II como um dos campos investigativos ocorreu considerando a nossa compreensão de que essa instituição apresentava indícios que mereciam um estudo, no sentido de identificar a existência de conexões entre os diversos relatos contraditórios manifestados, tanto pela imprensa local, quanto na opinião de alguns usuários. Tais relatos apontavam para uma experiência de graves dificuldades encontradas no âmbito da execução das ações prestadas aos usuários desse serviço, dificuldades que se configuravam como lacunas e distorções frente à atual política de saúde mental.

Quanto ao segundo CAPS, o da Regional III, levou-se em conta alguns aspectos: por estar inscrito na modalidade geral, com atenção da assistência voltada a pessoas adultas; pelo fato de a pesquisadora ser parte integrante da equipe multiprofissional da referida instituição; por ser o mais antigo serviço dessa natureza criado em Fortaleza; e por ser reconhecido por muitos como sendo o CAPS que mais se aproxima da atual política de saúde mental no município.

Essa é uma definição empírica constante no texto de qualificação, havendo naquele momento a pretensão de realizar um estudo de caso de “dois casos”, tal como assinala Yin (2010).

Na ocasião do exame de qualificação e posteriormente, durante o processo de orientação, começou-se a delinear a impossibilidade de realizar o estudo empírico nessa amplitude. Ficou claro que, trabalhando dois CAPS, não haveria tempo suficiente para estudar o objeto em sua complexidade. De fato, por se tratar de um estudo qualitativo a investigar as representações sociais da política de saúde mental para os profissionais dos CAPS, exigia-se mais tempo para fazer a aproximação e o cotejo de duas realidades.

Desse modo, em interlocução com a orientadora, foi-se avançando nessa consciência metodológica. Assim, tomou-se a definição de restringir o campo de pesquisa ao CAPS geral da Secretaria Executiva Regional III, deixando a possibilidade de um cotejo com outros CAPS para posteriores estudos desenvolvidos por esta pesquisadora ou por outros avaliadores de políticas públicas.

A dimensão assumida pelo processo investigativo e o esforço na construção do texto avaliativo bem mostraram o acerto dessa definição de focalizar o campo definido: pudemos “mergulhar” no universo das representações dos sujeitos que constituem o CAPS Geral da SER III.

Como lócus da pesquisa de campo, tem-se o CAPS geral tipo II, denominado Professor Frota Pinto, que se encontra inserido na Secretaria Executiva Regional III. Esse dispositivo substitutivo de saúde mental é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona como um CAPS escola, devido a seu vínculo com a universidade desde os anos iniciais de sua implementação. Também é conhecido popularmente como CAPS da UFC em função do convênio estabelecido entre Prefeitura Municipal de Fortaleza e a referida universidade.

Tal convênio foi constituído na década de 1990, no bojo inicial da funcionalidade desse serviço, que se apresentava limitado em relação ao quadro de recursos humanos. Nesse sentido, foi pleiteado e realizado concurso público municipal em 2001 para ampliar o número de profissionais.

O referido convênio contemplou também a aquisição de recurso para locação de um imóvel, onde o CAPS funciona até hoje. Além disso, registram-se as tentativas constantes de sensibilizar o gestor municipal acerca da importância da criação de equipamentos substitutivos de saúde mental em Fortaleza.

A história do supracitado convênio guarda muitos acontecimentos marcantes na trajetória histórica desse CAPS, pois ele vem se mantendo sob novas bases,

tendo ocorrido algumas alterações importantes como, por exemplo, o repasse de recurso financeiro.

Por ser convênio, o que mantém essa condição de ajustamento entre os partícipes é exatamente o interesse comum mediante a mútua colaboração. Assim sendo, ao longo desses últimos oito anos, registrou-se um verdadeiro embate político no sentido de garantir a sua permanência por parte da UFC. Em contrário, a Prefeitura empreendeu esforços no sentido de prescindir do compromisso firmado, ou seja, não havia mais interesse em renovar o acordo por um dos partícipes.

Cabe notar que os resultados provenientes dessa parceria, do ponto de vista prático-operativo e administrativo, vêm se apresentando bastante eficazes, tendo em vista que a Prefeitura, mediante acordo firmado com a UFC, se compromete a fazer o repasse de recurso financeiro na ordem de R\$ 40.000,00, valor que é dividido entre os três CAPS da Regional III: CAPS geral, CAPS AD e CAPS infantil. Salienta-se que o referido recurso vem sendo administrado pela Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC), uma entidade de apoio à UFC em suas ações de ensino, pesquisa, extensão e cultura.

Entres os benefícios trazidos pela via do convênio (isso quando o recurso é de fato repassado, pois se registram aí sucessivos atrasos), destaca-se a facilidade de gerenciamento das ações de ordem estrutural, como, por exemplo, a compra direta de material de expediente, material de limpeza, compra e consertos de máquinas e equipamentos, ou seja, há consubstancialmente uma ruptura no processo de burocratização e isso tende a otimizar a operacionalização das ações dos técnicos.

O período firmado para manutenção do mencionado convênio é geralmente de 12 meses, tendo expirado o último em novembro de 2012, de modo que se deu início a mais uma corrida pela sua manutenção, através de renovação de aditivo. Ao encerrar a atualização dessa pesquisa, em novembro de 2012, a UFC buscava essa renovação sem nenhuma garantia de que ela fosse acontecer.

O CAPS geral Professor Frota Pinto vem fazendo sua história desde 1996, inicialmente em articulação com a equipe de saúde mental do Hospital Universitário, que, engajada na luta pela reforma psiquiátrica, deu os primeiros passos para realização desse emblemático acontecimento na história da saúde mental coletiva de Fortaleza.

Dessa forma, em 24 de setembro de 1998 foi inaugurado o primeiro CAPS de Fortaleza, que desde 1996 vinha funcionando de modo parcial, mas em constante expansão. Esse CAPS, nos primeiros dois anos de suas atividades, funcionou com uma equipe bastante reduzida se comparada à atual, que contava com um corpo funcional formado por um psicólogo, dois assistentes sociais, um enfermeiro (estava coordenadora no período), uma terapeuta ocupacional e uma psiquiatra, um supervisor clínico (psiquiatra) e um técnico administrativo. Todos eram funcionários do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Da inevitabilidade da crescente demanda de usuários, a partir de maio de 2001 foi se ampliando gradativamente o quadro de recursos humanos da instituição, com a chegada inicial de novos técnicos concursados pela Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Atualmente, a referida instituição vem funcionando de 8 a 17 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. No que tange à estrutura física atual, o CAPS SER III/ UFC funciona num espaço de área construída de aproximadamente 200m², dispendo de uma recepção, uma sala de espera, quatro salas de atendimento individual, duas salas de grupo, uma sala de serviços de enfermagem, uma sala de coordenação (mas que funciona também para o acolhimento dos usuários), um arquivo, uma copa, uma despensa, três banheiros para usuários e dois banheiros para funcionários.

Cabe ressaltar que historicamente esse CAPS vem apresentando problemas de espaço na estrutura física no sentido de comportar a demanda que chega ao serviço cotidianamente. Embora ele tenha passado por uma reforma significativa em 2008, quando houve ampliação e adaptação dos espaços existentes, conseguiu minimizar o problema, mas não por muito tempo. Registrava-se novamente insuficiência de salas que dessem conta dos atendimentos de forma sistemática e adequada.

Atualmente observa-se um agravamento da situação, sendo recorrentes as queixas por parte dos técnicos, que se ressentem da falta de espaço para o desenvolvimento das suas atividades. É possível perceber – sobretudo nos dias em que se realiza a prática da residência em psiquiatria, onde há um considerável acréscimo no número de profissionais, estudantes, e, por conseguinte, um grande acesso de usuários na instituição – grande ansiedade dos profissionais que “disputam” uma sala para realizar seus trabalhos junto aos usuários, sendo também

possível afirmar que, nessas condições, às vezes alguns profissionais chegam a realizar o atendimento em locais inapropriados, como no refeitório ou na sala de arquivo.

Até a primeira quinzena de novembro de 2012, esse CAPS tinha cadastrado um total de 10.107 pessoas. Desse montante, 4.061 usuários tinham sido transferidos para outros serviços em função de fatores relacionados, por exemplo, à territorialização ou acessibilidade local (pessoas que residiam em bairros pertencentes a diferentes regionais ou municípios, sendo, portanto, área de abrangência de outros CAPS) ou por não estarem em consonância com perfil de assistência prestada pelo serviço, ou seja, pessoas com histórico de sofrimento mental considerado leve, conseqüentemente encaminhados para atendimento nas unidades de saúde da família (posto de saúde) mais próximos de sua área de moradia. Cabe ressaltar que tais transferências são parte de um processo em curso que iniciou por volta de 2008 e que se fez necessário tendo em vista a criação de novos serviços CAPS no município de Fortaleza.

Como citado anteriormente, esse CAPS foi o primeiro do município, o que o tornou a única referência em termos de serviços substitutivos. Logo, absorvia toda a demanda, tanto da sua área de abrangência quanto a advinda de outras regionais, bem como da região metropolitana.

Vale lembrar que, apesar de o referido CAPS priorizar sua maior atenção aos transtornos severos e persistentes, conforme preconiza a portaria GM nº 336/2002, atende também às demandas de transtornos mentais leves e moderados numa perspectiva de estabilização do sofrimento, ou seja, inicia-se o tratamento do usuário e, após a sua melhora, o encaminha à atenção básica de saúde para que possa dar continuidade ao seu tratamento. Essas ações configuram, portanto, o gerenciamento do território por parte desse CAPS, no sentido de assumir a sua responsabilidade sanitária.

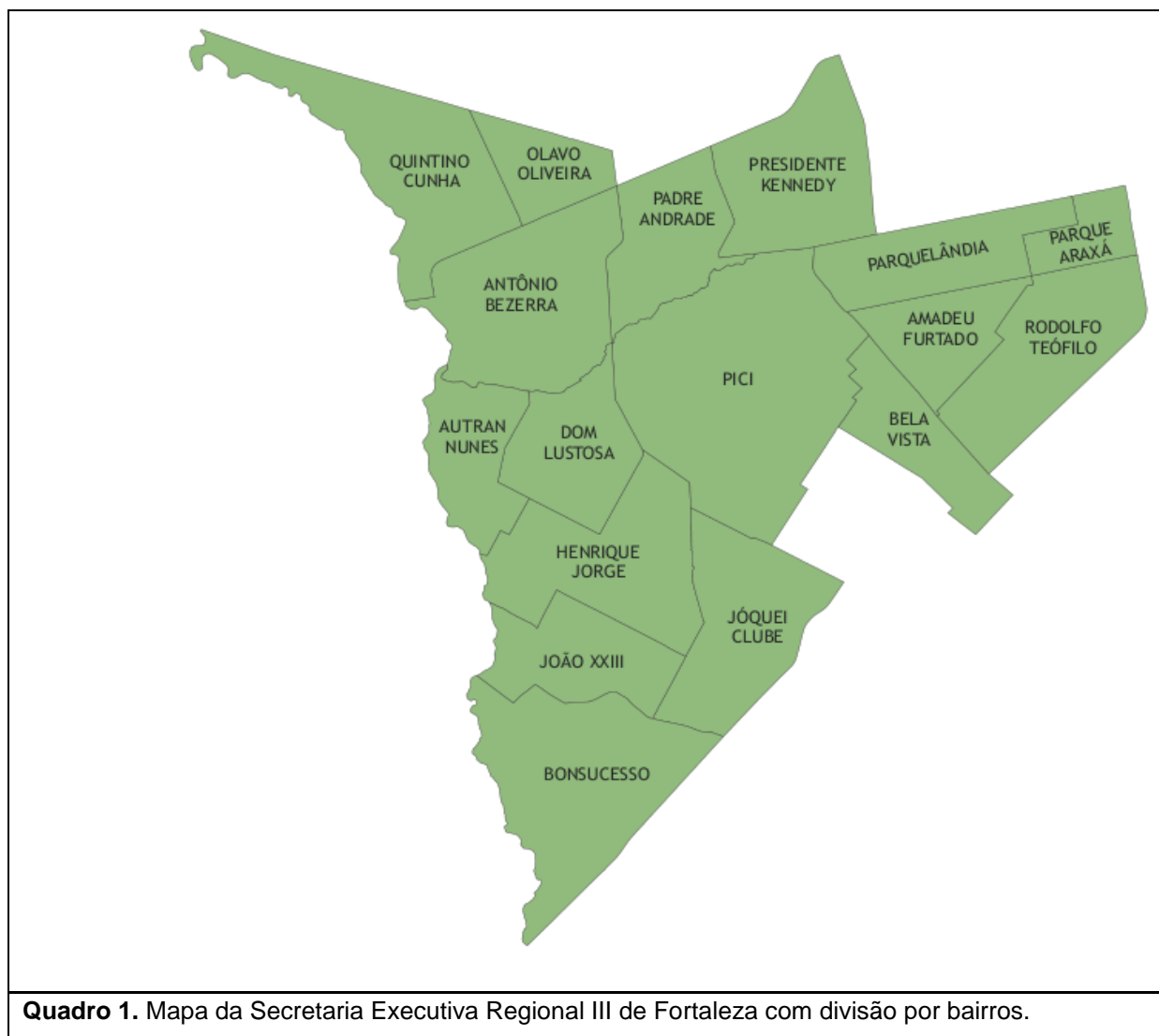
Até o momento, o CAPS tem cadastrados 653 usuários com o perfil acima descrito, dos quais 399 estão comparecendo regularmente ao tratamento. Assim sendo, o somatório de todos os usuários que estão comparecendo (pelo menos em tese) ao referido serviço totaliza 6.460, ou seja, entre aqueles considerados clinicamente com transtorno severos e persistentes e os que apresentam transtornos mentais leves ou moderados.

Trata-se, portanto, de um fluxo extremamente denso e crescente para a capacidade física instalada, e principalmente para o número de profissionais que se apresenta também de forma insuficiente ao quantitativo de usuários.

A instituição funciona desde sua origem nas proximidades do Hospital Universitário, no bairro de Rodolfo Teófilo – portanto, área de abrangência da Regional III. Esta, por sua vez, é composta por 16 bairros que estão na área de cobertura e responsabilidade sanitária do CAPS em estudo. Importa mencionar os bairros que compõe a SER III: Autran Nunes, Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Bela Vista, Bom Sucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Planalto Pici, Presidente Kennedy, Quintino Cunha e Rodolfo Teófilo.

O município de Fortaleza encontra-se dividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que por vezes são responsáveis pelo gerenciamento dos equipamentos sociais pertencentes ao governo do âmbito do município. A Secretaria Executiva Regional III (SER III), na qual está inserido o CAPS investigado, apresenta atualmente uma população correspondente a 378.000 habitantes, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Infraestrutura (Seinf) (2012).

O quadro a seguir apresenta mapa ilustrativo da Secretaria Executiva Regional III e seus respectivos bairros.



Quadro 1. Mapa da Secretaria Executiva Regional III de Fortaleza com divisão por bairros.

Convém ressaltar que esse CAPS encontra-se na modalidade II, conforme Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que vem legitimar sua “capacidade” técnica e operacional de assistência, conforme as atribuições legais descritas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

A escolha da pesquisadora por esse CAPS dentre os demais existentes na rede de saúde mental do município de Fortaleza ocorreu a partir de alguns critérios considerados importantes para determinar o campo empírico da pesquisa. Primeiro, por estar inscrito na modalidade geral; segundo, por ser do tipo II; terceiro, por ser o mais antigo serviço de base comunitária criado em Fortaleza; quarto e último, pelo fato de a pesquisadora ser parte integrante da equipe multiprofissional da instituição sob estudo.

5.3 Os sujeitos da pesquisa

O universo da investigação compreende a totalidade dos profissionais do CAPS geral da SER III/ UFC que possui nível de instrução superior, incluindo também nesse universo o coordenador de saúde mental da respectiva Regional.

A escolha por trabalhadores com formação superior pode ser justificada a partir da nossa compreensão de que esses profissionais (pelo menos teoricamente) possuem relativo conhecimento acerca de temas que atravessam as diretrizes da política de saúde mental, sendo possível inferir que eles, por suas condições educacionais, possuem maior familiaridade com tais temáticas. Por essa razão, julgamos adequado ao estudo a proposta de centrar o foco avaliativo no referido grupo.

É importante lembrar que a escolha pelos técnicos de instrução superior como sujeitos da pesquisa não significa dizer que os profissionais de nível fundamental e médio que trabalham em CAPS não estejam em alguma medida sintonizados com as questões referentes à saúde mental. Entendemos que sim e, embora sem a pretensão de desconsiderar a importância de se investigar a temática em pauta sob o olhar desse grupo, ele foge ao escopo deste estudo.

O atual quadro de pessoal do CAPS geral da SER III apresenta a seguinte composição: uma coordenadora (assistente social), nove médicos psiquiatras, quatro psicólogas, duas enfermeiras, quatro assistentes sociais, dois artistas e quatro terapeutas ocupacionais. Quanto ao quadro funcional de nível médio, tem-se: um auxiliar de enfermagem (esse número é largamente insuficiente ao quantitativo de usuários/dia da instituição), um auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira, dois arquivistas, um agente administrativo, três recepcionistas, dois agentes de vigilância de patrimônio e um motorista. Totaliza, portanto, 38 trabalhadores inseridos nesse CAPS. O quadro abaixo sintetiza as informações acima.

TRABALHADORES	TOTAL
Nível médio	12
Nível superior	26

Quadro 2. Total de trabalhadores do CAPS SER III.

Fonte: Autora.

Como critérios de exclusão, foram considerados: profissionais que não quiseram ou puderam participar do estudo, extensionistas, residentes, profissionais prestadores de serviço voluntário e trabalhadores de nível fundamental e médio.

5.4 Dinâmica investigativa: estratégias, instrumental técnico como via de acesso ao campo

Este objeto exigiu uma dinâmica investigativa em um duplo movimento: pesquisa bibliográfica e trabalho de campo.

Nessa perspectiva, se faz necessário observar o pensamento de Lakatos (2010) acerca da pesquisa bibliográfica, quando afirma que esta não pode ser considerada como uma simples repetição do que já foi dito ou escrito sobre um determinado assunto, e sim como um período que propicia um exame do tema a partir de várias abordagens.

Na compreensão de Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é elaborada tendo por base a análise de material anteriormente publicado, visando a considerar as várias posições acerca de um determinado tema. Acrescenta que ela se desenvolve ao longo de uma série de etapas. Estas dependem de diversos fatores, tais como: a natureza do problema, o nível de informação que o pesquisador possui acerca do assunto e o nível de precisão que se pretende conferir ao estudo.

Por sua vez, Severino (2007) estabelece que a pesquisa bibliográfica é bastante utilizada no meio acadêmico, principalmente no campo das ciências humanas. Assim, o pesquisador recorre às pesquisas existentes a fim de dar fundamentação a seu trabalho. Nessa perspectiva, utiliza informações ou categorias trabalhadas anteriormente por outros pesquisadores, estando devidamente registrado.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa bibliográfica, sendo um momento do processo investigativo, exige leituras suficientemente amplas para delinear o campo analítico, no interior da qual o objeto se situa, isto é, a busca de vários pontos de vista, dos diferentes ângulos do problema, que permitam estabelecer definições, conexões e mediações, demonstrando o “estado da arte”.

Em nosso percurso investigativo, a pesquisa bibliográfica, como momento fundante, se fez necessária em dois níveis distintos de reflexão: primeiro, no nível de

apropriação de um campo analítico novo em nossa formação profissional, qual seja, teorização sobre representações sociais, que se fez premente estudar, implicando um esforço de grande envergadura; segundo, no nível de retomada e aprofundamento de teorizações no âmbito da reforma psiquiátrica e, especificamente, da política de saúde mental.

Nesse nível, buscamos circunscrever categorias-chave para trabalhar as representações sociais dos profissionais do CAPS, tais como: concepção de loucura, institucionalização, desinstitucionalização, saúde mental, clínica ampliada.

Cabe salientar que a pesquisa bibliográfica se fez no início, de forma intensiva, mas ela acompanhou todo o processo, ao longo do trabalho de campo da pesquisa avaliativa e mesmo na construção do texto de dissertação.

As reflexões fundantes, propiciadas em grande parte pela pesquisa bibliográfica, foram permitindo a construção desta pesquisa avaliativa de processo, de caráter predominantemente qualitativo, elegendo como procedimento metodológico o estudo de caso.

Conforme as análises de Goldemberg (2007), o estudo de caso é um método que reúne o maior número de informações detalhadas por meio de diferentes técnicas de pesquisa, tendo em vista abranger a totalidade de uma situação, assim como expor a complexidade de um determinado caso concreto, por meio de uma imersão no objeto em estudo.

Numa busca cada vez maior de aproximação ao objeto desta pesquisa, elegeu-se como fonte de dados às falas dos sujeitos implicados no processo, a partir da utilização da entrevista como mecanismo de coleta de informações em articulação com as descobertas e achados advindas do processo de observação participante.

Para contextualizar os sujeitos da pesquisa e suas falas, fizemos uso complementar de questionários, distribuídos com todos os profissionais no espaço do CAPS geral da SER III.

De fato, trabalhamos com uma triangulação de técnicas para adentrar no campo: observação participante, questionário e entrevista. A articulação dessas diferentes vias na produção de informações e discursos mostrou-se pertinente como um fecundo caminho para chegar às representações dos profissionais dos CAPS.

Cada uma dessas vias tem uma potencialidade investigativa que buscamos explorar em nosso trabalho de campo. Cabem aportes metodológicos sobre cada uma dessas vias.

Yin (2010) assegura ser a observação participante uma modalidade de observar na qual o pesquisador não é simplesmente um observador passivo, pois pode assumir vários papéis na situação de estudo de caso e participar realmente nos eventos que estão sendo estudados.

O autor segue em suas análises, destacando que a observação participante proporciona algumas oportunidades incomuns para a coleta de dados do estudo de caso, trazendo como oportunidade mais diferenciada a capacidade de obter acesso aos eventos ou grupos que, de outro modo, seriam inacessíveis ao estudo.

Em outras palavras, para alguns tópicos, pode não haver um meio de coletar evidências que não seja por meio da observação participante. Outra oportunidade diferenciada é a capacidade de captar a realidade do ponto de vista de alguém “interno” ao estudo de caso, não de alguém externo a ele. (YIN, 2010, p. 139).

Ainda de acordo com Yin, muitos estudiosos argumentam que essa perspectiva é valiosa na produção de um retrato “preciso” do fenômeno do estudo de caso, havendo a possibilidade de o pesquisador manipular os eventos menores. A manipulação não será tão precisa como nos experimentos, mas pode produzir uma variedade maior de situações com o objetivo de coletar dados.

Ainda no contexto da observação participante, Minayo (2010) assevera que esse tipo de método pode ser considerado parte essencial do trabalho de campo no âmbito da pesquisa qualitativa. Acrescenta que o reconhecimento dessa importância é significativo, ao ponto de alguns teóricos a adotarem para além da estratégia no conjunto da investigação, mas também como método em si mesmo, tendo em vista a interpretação do real.

É interessante notar que a observação participante foi amplamente utilizada, tendo início já nos primórdios deste estudo, podendo ser justificado em função de a pesquisadora ser membro da equipe pertencente ao campo institucional pesquisado.

Concordamos com Minayo (2010) quando ela afirma que a observação participante é parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, um processo em que o observador está presente em uma determinada situação social visando a realizar uma investigação científica. Ao participar do contexto sociocultural

dos sujeitos, o observador colhe as informações e dados e simultaneamente o contexto é por ele modificado.

Foi nessa direção que tomamos parte em alguns atividades realizadas pela equipe, como adentrar ao grupo terapêutico de terapia ocupacional e o grupo de arteterapia. Assim sendo, priorizei a observação no ambiente cotidiano dos grupos, sempre relacionada às práticas que direta ou indiretamente permitissem um olhar voltado às formas de posicionamento dos profissionais. Gradativamente, a pesquisadora, numa postura discreta e crítica, ia interpretando e compreendendo aquele cotidiano compartilhado com os membros do grupo.

Priorizamos a observação participante, tendo em vista essa convivência mais direta e prolongada com as minhas fontes (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e artistas) e, assim, durante a participação de uma consulta médica, pude observar minuciosamente as falas, os gestos e silêncios, ampliando dessa forma a interpretação da realidade. Interessante destacar que, durante essa observação, havia por parte do profissional uma preocupação em dialogar os casos dos usuários que adentravam o consultório. Foi uma experiência compartilhada extremamente rica.

Pude também, durante esse período, contar com a colaboração de uma das enfermeiras da instituição que, sempre que possível, fazia articulação com outros profissionais no intuito de facilitar os processos de observação.

Na convivência mais de perto e com um olhar mais crítico e reflexivo, voltado à realidade sob estudo, fizemos um esforço para compreender e interpretar os códigos partilhados pelos grupos. A referência a grupo no plural ocorre pelo estabelecimento da formação de alianças entre membros de uma mesma categoria profissional. Foi possível verificar a existência de conflitos, divergências, intrigas entre os profissionais, o que acabava exigindo da pesquisadora um cuidado metodológico intenso, demandando comportamento atento e minucioso na forma de abordar essas pessoas e sempre respeitando seus posicionamentos.

Observamos também alguns atendimentos/ acolhimentos individuais, sempre a partir da permissão do usuário. Assim sendo, alguns aspectos foram considerados, como o período de tempo utilizado para realização do acolhimento, a forma de atender, bem como a forma de comportamento do usuário.

Esse recurso de observação participante foi sempre acompanhado do registro de dados em diário de campo, uma atividade quase cotidiana desde que adentramos

o campo de pesquisa. Nele, foram registradas todas as ocorrências, as conversas informais, as eventualidades, as dificuldades e principalmente as impressões produzidas ao término de cada entrevista.

Interessante ressaltar que, independente de estar ou não em campo, a pesquisadora fazia uso do referido recurso. “Diário de campo nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia após dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista” (MINAYO, 2010, p. 295).

Aprofundando a discussão que envolve o uso das técnicas deste estudo, cabe refletir a definição de questionário na perspectiva de Gil (2008), para quem essa é uma técnica de investigação composta por um número significativo de questões apresentadas por escrito aos respondentes, visando ao conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas.

Segundo Severino (2007), o questionário refere-se a uma combinação de questões sistematicamente articuladas, tendo por objetivo levantar informações escritas pelos sujeitos pesquisados, no sentido de conhecimento de opiniões acerca dos temas em pauta.

De acordo com Minayo (2010), o questionário diz respeito a um instrumento de captação de dados que requer cuidados e todo rigor científico para o alcance de sua validade. A autora conclui seu raciocínio dizendo:

No caso da pesquisa qualitativa, os questionários têm um lugar de complementaridade em relação às técnicas de aprofundamento qualitativo. Pois, nas abordagens qualitativas, o foco é posto na compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, ao passo que os estudos quantitativos se dedicam a conhecer e a explicar a magnitude dos fenômenos. (MINAYO, 2010, p. 268).

Refletindo sobre o questionário à luz do pensamento de Minayo (2010), no sentido da utilização desse instrumento em articulação com a pesquisa qualitativa, definimos, antes de começar as entrevistas, apreender o perfil dos trabalhadores do CAPS investigado. Para essa finalidade, construímos um questionário como via complementar (Apêndice II) que foi denominado “Questionário de abordagem para construção do perfil dos trabalhadores do CAPS”, havendo solicitação de seu preenchimento pelos profissionais. Ressalta-se que foram distribuídos a todos os trabalhadores de nível superior, independentemente de participarem ou não da

entrevista. Assim sendo, das 26 unidades entregues, 19 foram devolvidas, atendendo ao que se destinava.

O questionário considerou informações como sexo, idade, profissão, titulação acadêmica, forma de vínculo com a instituição, tempo de serviço e capacitação na área de saúde mental. As informações obtidas foram sistematizadas, de modo a permitir a visualização dessas informações numa espécie de “retrato instantâneo” acerca do perfil dos profissionais do CAPS. Cabe salientar que o consolidado dessas informações será exposto em seção específica deste trabalho.

Quanto à utilização da entrevista no processo de coleta de informações, se deu por concordamos com Minayo (2010) quando refere que a entrevista, do ponto de vista mais amplo de comunicação verbal e como coleta de informações acerca de certo objeto científico, representa a estratégia mais utilizada para realização de trabalho de campo. Também se compreende que ela pode configurar uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada a partir do entrevistador, cujo objetivo é a construção de informações concernentes ao objeto de pesquisa, além da abordagem de temas relacionados de acordo com os objetivos propostos.

A autora acima propõe uma classificação para a técnica de entrevista de acordo com as suas características e forma de organização: sondagem de opinião; entrevista aberta ou em profundidade; entrevista focalizada; entrevista projetiva e entrevista semiestruturada.

Em meio a essas formas de entrevistas, elegemos como apropriada ao estudo a entrevista semiestruturada, que, para Minayo (2010), caracteriza-se por permitir a combinação entre perguntas fechadas e abertas, sendo possível ao entrevistado discorrer sobre o assunto em pauta sem se prender à indagação formulada. Ela acrescenta que as qualidades desse tipo de entrevista consistem em enumerar de modo mais abrangente possível as questões que o pesquisador deseja abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos advindos da definição do objeto em estudo.

Nessa perspectiva, as reflexões de Trivinos (2009) são válidas quando refere que a entrevista semiestruturada possibilita aos entrevistados certo grau de liberdade e espontaneidade, importantes ao alcance da compreensão da realidade investigada, em profundidade por parte do entrevistador.

Corroborando com os autores acima, Bleger (2007) afirma que essa modalidade de entrevista permite ao entrevistador maior flexibilidade, possibilitando

uma investigação mais profunda acerca do que está sendo dito pela pessoa escutada. Desse modo, o conjunto de informações produzidas forma uma base empírica que agregará dados para a reflexão acerca do objeto em análise.

Outro instrumento de trabalho de campo na pesquisa qualitativa igualmente importante diz respeito ao roteiro de entrevista, pois ele permite ao pesquisador, quando devidamente elaborado, fazer perguntas bem estruturadas, visando a propiciar a continuidade da conversação, conduzida por uma sequência lógica, na medida do possível, para o entrevistado.

Conforme reflete Minayo (2010), o roteiro de entrevista refere-se a uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação. Deve haver nessa lista, como substrato, um conjunto de conceitos que formam todas as fases do objeto de pesquisa e visa, na sua forma de elaboração, à operacionalização da abordagem empírica do ponto de vista dos entrevistados. O resultado final do roteiro deve apresentar alguns aspectos: as questões levantadas devem fazer parte do delineamento do objeto; permitir haver ampliação e aprofundamento da comunicação; contribuir para que venham à tona os juízos e as relevâncias sobre os fatos e relações acerca do objeto, a partir dos interlocutores.

Nas palavras da autora,

Um roteiro difere do instrumento questionário. Enquanto este último pressupõe hipóteses e questões bastante fechadas, cujo ponto de partida são as referências do pesquisador, o roteiro tem outras características. Visa a compreender o ponto de vista dos atores sociais previsto como sujeitos/objeto da investigação e contém poucas questões. (MINAYO, 2010, p. 190)

Assim sendo, antes de dar início às entrevistas, foi elaborado um roteiro com oito questões norteadoras, tendo por objetivo facilitar o processo de exposição das falas dos entrevistados, buscando provocar um fluxo e uma ampliação da comunicação para melhor compreender as visões dos interlocutores da pesquisa.

O referido roteiro foi elaborado contemplando questões que atravessam a atual política de saúde mental, tais como: transtorno mental, reforma psiquiátrica, institucionalização, entre outras (Apêndice III).

Importa frisar que o uso das entrevistas semiestruturadas facilitou notadamente a expressão das ideias dos profissionais entrevistados. As eventuais intervenções realizadas pela pesquisadora ocorreram com o objetivo de instigar a

produção de fala dos sujeitos, a fim de elucidar aspectos obscuros das declarações, bem como de estimular o próprio relato das experiências.

Assim sendo, na medida em que os discursos adentravam o âmbito das políticas públicas e seus desdobramentos, a questão ia sendo aprofundada a partir desses estímulos, tendo em vista que a finalidade central da pesquisa era saber as representações sociais dos sujeitos em relação à questão em pauta.

As entrevistas foram realizadas com 17 profissionais do universo total dos trabalhadores que compõem a equipe do CAPS geral da Secretaria Executiva Regional III, considerando o critério definido em relação ao nível de instrução, ou seja, só foram entrevistados profissionais com nível de instrução superior.

As entrevistas foram sendo agendadas de acordo com a disponibilidade de horário de cada profissional, constituindo-se na maioria das vezes em algo que demandou da pesquisadora o exercício da resiliência, pois o fluxo dentro de um serviço CAPS pode ser imprevisível e bastante dinâmico. Como resultante dessa dinamicidade e imprevisibilidade, a maioria das entrevistas acabou sendo marcada e remarcada várias vezes.

Ressalta-se que, como integrante da equipe investigada e sujeito do campo, a pesquisadora buscou, em todo o percurso investigativo, construir um distanciamento/ proximidade crítica, no sentido de permanente vigilância epistemológica, pensada na perspectiva de Sousa (1994) ao refletir sobre o poder instituído e propondo, ao invés do “distanciamento crítico”, uma “proximidade crítica”, ou seja, “nem guiar” e “nem servir”, mas fazer o que é necessário sem perder a autonomia de pensar criticamente. Assim sendo, para vivenciar a tarefa investigativa como pesquisadora, buscou entrar no período de férias. Logo, nessa ocasião esteve sempre no espaço institucional como pesquisadora, com o tempo dedicado exclusivamente à realização das entrevistas.

No entanto, muitas vezes a dinâmica do campo exigiu que a pesquisadora ajudasse na execução do trabalho, realizando o acolhimento de usuários, como forma de otimizar o tempo do profissional para a realização da entrevista.

No tocante ao encerramento da coleta de informações, esta ocorreu considerando as múltiplas dimensões do objeto investigado, numa perspectiva de maior aprofundamento, abrangência e diversidade no processo de compreensão da realidade investigada.

Nessa direção, foi realizado um número suficiente de entrevistas, de modo a recobrir todas as categorias profissionais que constituem a equipe do CAPS geral da SER III, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 1
Número de profissionais do CAPS geral SER III por categoria cobertos pela pesquisa
Período: 2012

Função	Número de profissionais
Artista	1
Assistente Social	1
Coordenador de Equipe	1
Coordenador Regional de Saúde Mental	1
Enfermeiro	2
Médico	5
Psicólogo	3
Terapeuta Ocupacional	3

Fonte: Autora.

5.5 Parâmetros éticos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foi necessário obedecer às exigências burocráticas legais, em conformidade com a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece a regulação de pesquisas dessa natureza.

Desse modo, a pesquisa inicialmente foi inscrita na Plataforma Brasil, que diz respeito a uma base nacional unificada de registros de pesquisa envolvendo seres humanos, permitindo que as pesquisas sejam acompanhadas nos diversos estágios.

Após inscrição na base de registros, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, que aprovou o projeto em 31 de julho de 2012.

O supracitado Comitê de Ética submeteu a uma apreciação os instrumentos de coleta de informações pertencentes ao estudo. Tais foram: roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice III) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice IV).

Assim sendo, na segunda quinzena do mês de outubro de 2012 foram iniciadas as entrevistas, que aconteceram individualmente nas dependências do CAPS, em salas cuidadosamente reservadas, no sentido de garantir o sigilo das informações.

Por ocasião, foi informado sobre o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) e, após assinatura do referido termo, houve solicitação e consequente permissão para o uso de gravador, a fim de assegurar a fidedignidade do conteúdo das falas dos sujeitos.

Nesse contexto, registra-se ainda a exceção de três entrevistas que foram realizadas em outros ambientes institucionais diversos ao CAPS. Uma delas chamou atenção pela singularidade reservada, uma vez que sua realização se deu durante a noite, num banco de jardim de uma universidade.

Buscou-se criar uma atmosfera acolhedora entre entrevistado e entrevistador para que pudessem sentir-se confortáveis ao expressar suas opiniões acerca do tema em questão.

Ao tempo em que se esquadrihava a construção dessa ambiência de conforto para os entrevistados, existiu um amplo esforço da pesquisadora no sentido de fazer o distanciamento/ proximidade críticos necessários (demandou um exercício diário e desgastante em certa medida) de seu objeto de estudo, uma vez que ela é parte dele, e dessa forma tornando-se mais vulnerável à construção de posições valorativas, derivadas, sobretudo, da interação existente entre a pesquisadora e os sujeitos entrevistados.

Sobre esse aspecto, nos fala Goldenberg (2007) que, para obtenção de uma entrevista realizada com sucesso, se faz necessário atentar para alguns aspectos, como criar uma atmosfera amigável e de confiança, procurar não discordar das ideias da pessoa entrevistada, buscar manter-se numa postura de “neutralidade”. O autor acrescenta ser a confiança um elemento essencial que deve ser passada ao entrevistado, pois isso determina em grande parte o êxito do trabalho de campo.

O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 30 a 45 minutos. Quanto às gravações e outros instrumentos de coleta de informações utilizados na pesquisa, foram devidamente armazenados em local seguro de total responsabilidade da entrevistadora, devendo o referido material ser incinerado dois anos após o término do estudo.

É interessante assinalar que os trabalhadores, em sua maioria, em alguma medida demonstraram receptividade e consideração ao convite em colaborar com a pesquisa. Outro aspecto que deve ser notado também é que alguns dos entrevistados apresentavam-se com notável entusiasmo em participar, chegando inclusive a procurar a pesquisadora para esse fim, ao que consistiu em atitude salutar, gratificante e muito bem-vinda.

No que se refere aos informantes-chave, foram selecionados tendo como critérios o tempo de permanência na instituição e ser servidor público da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Essa dupla dimensão dos critérios de escolha considerou o fato de que esses profissionais guardam em suas trajetórias profissionais arquivo vivo de muitas histórias e vivências de fatos relevantes do campo institucional.

Para elucidar o tema sobre informantes-chave, são pertinentes as reflexões de Gil (2008) quando afirmam que o objetivo de eleger informantes-chave num processo de investigação é questionar pessoas bem posicionadas em termos de conhecimento acerca do que se pretende conhecer. Geralmente são especialistas no tema em estudo, líderes formais ou informais ou personalidades destacadas do campo investigativo. Esse tipo de recurso propicia ao pesquisador delimitar os pontos relevantes que deverão ser utilizados nas entrevistas posteriores. Com base no exposto, elegemos para o estudo aqui presente um profissional do serviço social, um da psicologia e outro da psiquiatria.

5.6 Métodos de análise e interpretação das informações

Importa destacar que as informações coletadas num processo investigativo, por si sós, não respondem aos questionamentos inerentes ao estudo. Assim sendo, para analisar o material empírico, escolhemos fazer uma aproximação ao método de análise de conteúdo como procedimento sistemático e objetivo de descrição das informações obtidas a partir das falas dos entrevistados nesta pesquisa.

Assim sendo, buscamos percorrer nas trilhas de Bardin (2010), para quem a análise de conteúdo é percebida como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a conseguir, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que

permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Segundo a autora, a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos em constante processo de aperfeiçoamento, podendo ser aplicada em discursos diversificados, especialmente na área das ciências sociais, com objetivos bem definidos e que servem para desvelar o que está oculto no texto, mediante decodificação da mensagem.

Nessa perspectiva, destaca que a análise de conteúdo não é só um instrumento, mas um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. Dessa forma, seguem-se vários caminhos, inclusive dando margem a pesquisas de natureza quantitativa ou qualitativa.

Tendo em vista que o método de análise de conteúdo configura-se um campo rico de possibilidades por sua multiplicidade de alternativas, bem como por sua complexidade, torna-se importante refletir esse método à luz das palavras de Bardin, quando nos diz:

[...] Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator dessas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde cálculos das frequências que fornece dados cifrados até a extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. [...] absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem. Tarefa paciente de “desocultação”, responde a esta atitude de voyeur de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico. (BARDIN, 2010, p. 11)

Em conformidade com a linha de raciocínio de Bardin, encontram-se as considerações de Moscovici (2007) ao salientar que tudo o que é dito ou escrito em um contexto em estudo é perceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo.

Minayo (2012) refere que historicamente a análise de conteúdo tem oscilado entre a rigidez da objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade. Ressalta que a grande importância dessa técnica de função heurística tem sido a de impor um corte entre as intuições e as hipóteses que encaminham para interpretações mais definitivas.

A autora observa que a análise de conteúdo busca pôr em cheque a minúcia da análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade, tentando ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda.

Segue em suas reflexões afirmando tratar-se de uma técnica que relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisa com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

Vale sublinhar que os teóricos da análise de conteúdo concordam que nesse método deve necessariamente haver objetividade no sentido de guiar as regras preestabelecidas, seguindo diretrizes para que outros pesquisadores, ao replicar os procedimentos, possam alcançar os mesmos resultados; que deve haver sistematização visando a tornar o conteúdo ordenado e integrado nas categorias escolhidas, de acordo com os objetivos e metas estabelecidos anteriormente.

O ponto de desacordo entre as opiniões dos estudiosos da análise de conteúdo reside no fato de que alguns sustentam a importância e a necessidade de procedimentos operacionais de natureza quantitativa, sob alegação de que se deve estudar a frequência para que os temas tenham a medida exata de sua importância. No entanto, essa é uma característica questionável, pois concordamos com aqueles teóricos que interrogam a viabilidade de quantificar algo tão subjetivo como os significados.

Tendo sido a análise de conteúdo a via de apreciação mais adequada ao que se destina esta pesquisa avaliativa, surgiu o desafio de pensar qual a modalidade de análise de conteúdo a ser utilizada, considerando a variedade das “técnicas múltiplas e multiplicadas” que estão no cerne dessa metodologia. A autora em pauta afirma que seria melhor falar de “análises de conteúdo” em função de tratar-se de um método bastante empírico dependente do tipo de fala a que se dedica e o tipo de interpretação que se tem como objetivo. Nessa direção, nos fala Bardin: “a temática de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento” (BARDIN, 2010, p. 32).

Ao nos guiar à luz desse pensamento de Bardin, e com o apoio valioso da nossa orientadora, foi possível construir uma via alternativa de análise de conteúdo que respondesse apropriadamente ao objetivo do estudo aqui presente.

Nesse intuito, nos apropriamos da *Técnica de Análise de Conteúdo* na perspectiva de Miriam Limoeiro Cardoso, para quem a análise de conteúdo tradicional se apresenta insuficiente em sua capacidade explicativa. Para situar-nos nessa discussão, recorreremos às contribuições da estudiosa Alba Pinho de Carvalho, em que a autora faz uma densa revisão de literatura presente em seu trabalho, intitulado *A questão da transformação e o trabalho social: uma análise Gramsciana*, que tão bem nos ilumina no tocante à compreensão dessa modalidade de análise de conteúdo.

De acordo com Carvalho (1983), Miriam Limoeiro conforma uma inovação com vistas à superação da visão da técnica de análise de conteúdo tradicional e do método de análise estrutural, objetivando ultrapassar no processo de conhecimento o nível de descrição para atingir o nível de análise. A criação dessa modalidade pode ser justificada tendo em vista a constatação da insuficiência presente nos métodos de análise de conteúdo tradicionais, por sua baixa capacidade explicativa.

Nessa direção, são válidas e elucidativas as análises de Carvalho acerca dessa proposição metodológica:

[...] Essa sua proposição metodológica, fundada na tese do papel decisivo da orientação teórica na construção do conhecimento do real, faz a ligação entre Teoria e Material Empírico. O processo metodológico inicia-se com a configuração de uma teoria no sentido da delimitação de categorias fundamentais que precisam ser simples e suficientemente gerais para orientar todo o processo de investigação. Tenho por base as categorias teóricas fundamentais e a especificidade do objeto de estudo, definem-se as unidades de análise que são os temas. Os temas, como unidades de análise, expressam feixes de relações, ou seja, uma combinação de relações. Os temas são construídos por itens que configuram determinadas relações em suas diferentes possibilidades, marcando assim os diversos posicionamentos que podem ser assumidos em cada tema. (CARVALHO, 1983, p. 18-19)

Dessa maneira, tendo em vista as bases de sustentação dessa pesquisa, que se firma ponderando acerca do valor e do potencial contidos no material empírico levantado em campo, desenvolvemos, em parceria com a orientadora, os instrumentos delineadores da análise de conteúdo, buscando priorizar as questões mais relevantes ao objeto, assim como os pressupostos teóricos. Como resultante dessa busca, foram criados dez temas:

TEMA I – Visões sobre a pessoa com transtorno mental;

TEMA II – Concepções de reforma psiquiátrica;

TEMA III – Concepções da reforma psiquiátrica no contexto do município de Fortaleza;

TEMA IV – Entendimentos e perspectivas de internação psiquiátrica;

TEMA V – Visões sobre a desinstitucionalização em processo no campo psiquiátrico;

TEMA VI – A família no contexto da assistência a pessoas com transtorno mental;

TEMA VII – Inserção de profissionais no contexto do CAPS e a configuração do mundo do trabalho

TEMA VIII – Concepções sobre clínica no contexto da saúde mental;

TEMA IX – Dificuldades identificadas para execução da política de saúde mental no contexto do CAPS;

TEMA X – Perspectivas da assistência para as pessoas com transtornos mentais.

Após a formulação dos temas, a pesquisadora fez uma ampla, minuciosa e exaustiva releitura do material empírico coletado a partir das entrevistas, as quais foram transcritas de forma cuidadosa e fiel.

Tendo em vista a sistematização da análise das informações, buscamos organizar os diferentes dados contemplados nas entrevistas no que diz respeito às

relações entre as diferentes fontes e simultaneamente estabelecendo conexões entre o material empírico e o material teórico adotado pelo estudo. Importa dizer que esse processo de leituras e releituras, que necessitam ser minuciosas, constitui o início da busca pelos significados manifestos nas falas dos sujeitos.

Na concomitância, foram transcritas as anotações das falas, dos comentários que se deram após o encerramento das gravações, das observações do cotidiano do campo, das mensagens que não foram captadas pelo gravador, como bem diz Bardin, ou seja, “o não dito” que, na medida do possível, foi registrado no diário de campo da pesquisadora.

No momento seguinte e de posse de todo material transcrito e lido, deu-se início a uma imersão mais profunda no material empírico, apropriando-nos da contribuição de autores que ajudaram a embasar teoricamente a pesquisa, bem como pela experiência da pesquisadora com o campo de estudo e sua visão de mundo. Concordamos com Minayo (2010) quando diz que a pesquisa social, como processo de produção e produto, configura-se como objetivação da realidade e simultaneamente como objetivação do pesquisador, que se torna também produto de sua própria produção.

5.7 Sujeitos, saberes e decisões: convite a uma reflexão

Neste espaço, pretendemos descrever e analisar, de forma sintética, mas tão completa quanto possível, um caso real que se tornou emblemático por sua natureza e especificidades no tocante às ações empreendidas pela equipe de saúde mental, cujos profissionais são sujeitos desta pesquisa.

De forma inesperada e surpreendente, o caso emergiu em vários momentos das entrevistas nas falas dos diversos sujeitos, apresentando-se ora de uma maneira mais velada, ora de modo mais contundente.

A interpelação da realidade a partir desse caso, identificado no processo de pesquisa, exigiu percursos analíticos de maior alcance para o tratamento teórico desse caso emblemático que se interpunha quase na totalidade das falas dos sujeitos investigados.

Num esforço de sistematizar e refletir sobre o referido caso ou, melhor dizendo, num esforço a quatro mãos, remexendo na “caixa de ferramentas”, como

refere Deleuze (2006), a pesquisadora e sua orientadora definiram que o caminho mais fecundo para compreender os discursos tecidos no campo seria expor o caso e analisá-lo em profundidade. Nesse sentido, se fez necessário criar um nome fictício para nos referir ao sujeito protagonista desse processo. *Jota*, esse é o seu pseudônimo.

Importa salientar que o caso será exposto nesta subseção na busca de tornar elucidativo para o leitor quando o caso emergir ao longo dos discursos dos sujeitos do campo.

Durante a abordagem do tema, em qualquer direção, seja por parte dos entrevistados ou em contato com as análises, procurou-se preservar o máximo possível de distanciamento/proximidade críticos face às interpelações circunscritas nesse caso.

De que lugar falamos e avaliamos? Falamos do nosso lugar de pesquisadora a adentrar no campo avaliativo de políticas públicas, com profundo vínculo junto ao campo investigativo, procurando chegar a um processo de objetivação que permita refletir o fenômeno em sua complexidade.

Nessa direção, atentemos para o caso *Jota*, abaixo descrito:

A pesquisadora, membro da equipe do CAPS SER III, instituição lócus desta pesquisa, estando oficialmente de férias, foi convidada pela coordenação da referida instituição a participar da “roda” (como é atualmente chamada a prática de reuniões de equipe dos serviços de saúde).

O motivo do convite foi a busca de ampliar as discussões com participação dos técnicos envolvidos mais diretamente no processo terapêutico de uma determinada usuária do serviço, constituindo-se, assim, em um estudo de caso clínico³³, o qual foi previamente agendado.

³³ De acordo com Goldenberg (2007), a utilização de estudos de caso supõe a possibilidade de adquirir conhecimentos do fenômeno em estudo por meio de uma exploração em profundidade de um caso. O estudo de caso clínico fundamenta as ações da equipe de saúde, proporcionando uma assistência individual e personalizada, em que o usuário deve ser percebido na sua singularidade e não apenas como um corpo que traz um conjunto de sinais e sintomas. Proporciona inter-relação com as diversas áreas do conhecimento que atuam junto aos problemas do usuário. Visa a uma maior familiarização da equipe com a literatura científica, sendo esta utilizada para dar sustentação teórica a suas decisões, simultaneamente colaborando para a construção e aprofundamento de conhecimento da equipe de saúde, podendo ser utilizado posteriormente pelos profissionais como referência a contribuir com o bom desenvolvimento das ações.

Nessa ocasião, houve uma mudança de plano em relação ao referido estudo. A alteração se deu em função de a equipe ter priorizado outro caso que emergia naquele momento, o qual apresentava necessidade de debate imediato, em função de sua complexidade.

Tratava-se de um usuário jovem, entre 20 e 22 anos de idade, acompanhado na instituição há cerca de dois anos, aproximadamente. Na apresentação da história de vida de Jota (nome fictício adotado pela pesquisadora para se referir ao usuário em pauta), foram explicitados os aspectos considerados relevantes ao estudo.

Como convém a um estudo de “caso clínico”, foi explicado de início um conjunto de elementos constitutivos da situação. Evidenciou-se inicialmente os dados pertinentes à história atual da doença, as queixas que motivaram o tratamento, como chegou até ao serviço, como vinha evoluindo, que técnicos da equipe o acompanhavam mais de perto, incluindo aí o médico assistente, bem como as medicações que lhe foram prescritas e como o usuário vinha fazendo uso delas.

Num segundo momento, foi feita a explanação acerca dos antecedentes familiares e pessoais. Não precisou de muito tempo de reflexão para ficar evidente que a história de vida do usuário e de sua família era perpassada por problemas de diversas naturezas, tais como: situação de pobreza, com escassos recursos econômicos, desemprego, analfabetismo, submoradia e drogadição. Esses fatores, em graus diferenciados, interferiam ou interferem direta ou indiretamente nas relações interpessoais no âmbito familiar.

Tratava-se de um típico caso em que se observa o adoecimento familiar generalizado³⁴, ou seja, em que há mais de membro da família com algum tipo de transtorno mental. No caso em pauta, registra-se que a genitora também é assistida pelo serviço CAPS, sendo diagnosticada com transtorno mental leve, e um irmão dependente de substância química é assistido pelo CAPS AD.

³⁴ O termo adoecimento familiar generalizado está sendo empregado nesse contexto para se referir à sobrecarga vivenciada por familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental em condições crônicas e incapacitantes no âmbito doméstico, implicando, pois, alterações importantes tanto de ordem objetiva quanto subjetiva. É possível observar que existe uma relação entre convivência diária e adoecimento psíquico. Dito de outra forma, observa-se que o convívio diário e a realização frequente de tarefas de assistência de cuidados da vida diária, voltados a pessoas com transtorno mental, revela importantes e elevados níveis de estresse por parte de seus cuidadores/familiares. A sobrecarga gera tensão no cuidador, considerando aspectos práticos, econômicos e emocionais, havendo um agravamento significativo quando se trata de famílias de baixa renda.

O usuário vive em uma casa, na companhia da mãe e do irmão, num bairro da periferia de Fortaleza. Nos últimos meses, passaram a contar com um benefício concedido à genitora pelo Governo Federal, o que lhes propicia um rendimento correspondente a um salário-mínimo mensal.

Antes do acesso a esse benefício, a família sobrevivía de forma ainda mais precária, dependendo dos recursos advindos das atividades da mãe como diarista, o que se dava de forma esporádica devido às suas limitações para as atividades laborativas, em consequência dos sintomas trazidos pelo transtorno mental.

No decorrer das discussões, o elemento mais marcante centrava-se no comportamento de Jota, que se constituía um desafio na discussão, com posições e avaliações acerca da questão na tentativa de desvendar uma história perpassada por contradições.

Dito de outra maneira, havia uma significativa discrepância entre as histórias narradas pela família – que na maioria das vezes vinham acompanhadas de muitas queixas, estresse, ressentimentos e conflitos –, no que dizia respeito ao comportamento do referido usuário no interior do ambiente familiar, em contraposição à sua forma de agir no espaço institucional do CAPS.

A genitora alegava que, na medida do possível, sempre procurou dar tudo que estava ao seu alcance para seus filhos, só não atendendo as solicitações quando não havia possibilidades objetivas de fazê-lo, sobretudo em função das dificuldades financeiras.

Havia muito ressentimento nos discursos, tanto da genitora quanto do irmão de Jota, pois, segundo relatos, este geralmente reagia de forma negativa quando se via diante de imposições de limites e regras disciplinares. Assim, a partir desses relatos, pode-se inferir que se tratava de um indivíduo que apresenta forte resistência a receber “não”.

Segundo os informes, desde criança Jota apresentava comportamento hostil, muito embora tal comportamento não tenha se registrado em outras ambiências sociais, como a escola, por exemplo. Foi enfatizado que, nos últimos dois ou três anos, sobretudo quando entrou na adolescência, a situação de Jota gradativamente foi se agravando.

Nesse sentido, eram quase constantes os pedidos de ajuda por parte da família à equipe de saúde mental do CAPS, pois diziam não mais saber o que fazer e como fazer frente às dificuldades causadas. E, a partir desse quadro, afirmavam não lhes restar alternativa a não ser a internação.

As mais recorrentes queixas narradas sobre Jota circundavam em torno de seu comportamento, descrito como sendo violento quando era contrariado nos seus desejos, geralmente relacionados à necessidade de ter dinheiro.

Ainda conforme as narrativas dos familiares, inicialmente, quando Jota não conseguia o que queria, tornava-se propenso a ofender a sua genitora com palavras hostis, agia de forma agressiva e, às vezes, ameaçava quebrar os objetos da casa. No intuito de evitar o agravamento de tais conflitos, a mãe acabava cedendo às vontades do filho, naquilo que era possível.

Com o passar do tempo, a situação foi se agravando cada vez mais, nomeadamente após a concessão do benefício previdenciário à genitora, dando margem a novas e intensas exigências por parte do usuário.

Segundo mencionado, as exigências por dinheiro geralmente era para a compra de equipamentos eletrônicos como celular, rádio e/ou para frequentar estabelecimentos comerciais a fim de usar computadores para ter acesso a jogos de entretenimento ou para comprar alimentos, entendidos pela mãe e irmão como sendo alimentos caros para a realidade econômica da família.

De acordo com as informações, as ameaças foram deixando de ser promessas e tornaram-se reais, ou seja, Jota, passou a quebrar móveis e utensílios domésticos.

Apesar de não se apresentar violento quando frequentava o CAPS e de se mostrar uma pessoa bastante colaborativa (a julgar pela sua forma de agir durante as suas atividades terapêuticas), foi possível constatar *in loco* que a residência encontrava-se em situação muito próxima ao que vinha sendo relatado pelos familiares: a equipe de saúde mental, ao realizar visita domiciliar à referida família, pode perceber quebra de objetos e uma situação de desarrumação e desorganização da casa.

Cabe salientar que, em diversos momentos, houve persistente esforço da equipe multidisciplinar objetivando realizar intervenções nesse sistema familiar, buscando construir estratégias que possibilitassem minimizar o sofrimento dos implicados no processo. De fato, se fez necessário esforço significativo para compreender as questões tão sobrecarregadas de ambiguidades sobre a dinâmica familiar, trazidas tanto pela própria família como pelo usuário.

Sintetizando, tornou-se difícil empreender ações junto ao caso, pois os fatos relatados pelos familiares sobre o comportamento do usuário, no espaço familiar, não eram condizentes com as atitudes dele no CAPS, apresentando-se orientado no tempo e espaço, colaborativo, realizando as atividades propostas nos grupos terapêuticos, num processo de interação e integração com os colegas de grupo.

Pela complexa natureza do caso em pauta e seus desdobramentos, bem como pelas dificuldades encontradas pela equipe no sentido de vislumbrar uma “saída” para a questão psicossocial do usuário e de sua família, buscou-se discutir o caso em equipe para pensar estratégias que possibilitassem um redirecionamento na forma de agir por parte da família e do próprio usuário.

Cabe ressaltar que, levando-se em consideração as recorrentes queixas trazidas pela família ao serviço, bem como a complexidade do caso, a equipe resolveu realizar consulta médica partilhada em dois momentos diferentes. Na primeira consulta, estiveram presentes o próprio usuário, a família dele (representada pelo irmão), a coordenadora da equipe do CAPS e uma assistente social. O objetivo dessa ação conjunta foi ouvir a opinião dos profissionais naquele momento e discutir, com a participação da família, a melhor estratégia de atenção junto ao caso, tendo em vista que a família mostrava-se interessada, desde o início, em internar o usuário, por compreender que a internação, naquele momento, se constituía o único meio de resolver o problema.

Diversamente, a opinião do médico assistente sobre o caso foi de que não havia nenhum indício no comportamento de Jota, naquele momento, que o levasse a recomendar uma internação psiquiátrica. Ao contrário, houve, sim, uma modificação na conduta medicamentosa e indicação para o usuário vir ao serviço mais vezes, na condição de receber cuidados intensivos.

Assim sendo, por tudo o que foi mencionado durante a discussão em equipe, por ocasião da “roda”, chegou-se à conclusão de que Jota **não** estava apresentando sinais de uma crise, nos termos que se costuma observar na instituição, como, por exemplo, sintomas de delírios, alucinações, comportamento catatônico, discurso desorganizado. Mas era alguém que apresentava significativas dificuldades relacionais com a família e baixa tolerância à frustração frente aos limites colocados por sua genitora, tornando-o, assim, uma pessoa potencialmente violenta, se constituindo em “risco” para seus familiares. Essa foi a síntese da análise sobre esse caso naquela tarde.

Importante frisar que, no momento em que se discutiam os rumos que o caso tomaria, o usuário já havia sido encaminhado na manhã daquele mesmo dia ao CAPS 24 horas para uma internação breve, sendo uma decisão que partiu de um acordo feito pela equipe do turno supracitado em “articulação” com médico assistente do usuário.

Torna-se necessário destacar que houve relatos de que o médico assistente se sentiu pressionado pela equipe a ter de assinar uma indicação para internação no CAPS 24 horas e, embora não concordando, o fez.

No momento das discussões, a equipe foi informada de que o usuário foi embora do CAPS 24 horas sozinho, retornando à sua casa. Lá chegando, segundo os informes dos familiares, o clima tornou-se bastante tenso devido ao comportamento hostil de Jota, que acabou levando-os a solicitar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

Nesse ínterim, na tentativa de reintegrar o usuário à internação breve, uma equipe do CAPS 24 horas se dirigiu até a residência, mas, segundo as explicações, o usuário não concordou em ir com a referida equipe, sendo, portanto, realizada contenção química.

Por ocasião, o Samu chega também à residência, e finalmente é autorizada pela família a internação psiquiátrica involuntária, sendo Jota levado para internação em hospital psiquiátrico da cidade.

Ao término da reunião, já era possível saber desses últimos acontecimentos acima relatados.

As discussões da equipe quanto ao caso estiveram centradas essencialmente em dois aspectos: primeiro, de que o usuário, apesar de apresentar comportamento agressivo com a sua família, não apresentava sintomas sugestivos de crise, sendo caracterizado como alguém com sérias dificuldades em relacionar-se com os familiares, sobretudo a genitora; segundo, já que o usuário mostrava-se inadequado, sendo potencialmente violento, constituindo risco para sua mãe e irmão, a alternativa seria, então, a internação em CAPS 24 horas, tendo em vista proteger a família de possível ataque de violência e, simultaneamente, propiciar a essa família certo descanso/ alívio da situação.

É possível inferir que, em relação ao primeiro dos aspectos acima descritos, houve consenso de opiniões entre os participantes da reunião. Mas surgiu discordância em relação ao segundo aspecto ora referido, ou seja, a indicação de internação, ainda que em um CAPS 24, para uma pessoa que, aos olhos da equipe, não se encontrava em “crise”, mas extremamente “disfuncional” às regras e limites da dinâmica familiar, e que, por essa razão, precisaria ser imediatamente afastado do convívio sociofamiliar para evitar que tentasse contra a vida de sua família.

Do exposto, emergem as seguintes inquietações: até que ponto foi pertinente a indicação desse usuário para internação, ainda que em CAPS 24? Se era consenso que o usuário não apresentava sinais e sintomas sugestivos de crise, por que, então, pensar a internação como alternativa? É pertinente conceber a admissão e permanência de alguém que não se encontra clinicamente em crise num dispositivo de saúde mental, ainda que se trate de um CAPS 24, como forma de garantir a segurança e proteção de outras pessoas? Se a resposta for sim, cabe então a quarta pergunta: qual o papel social das instituições de saúde mental no atual contexto da reforma psiquiátrica? Estaríamos andando na contramão da história? Voltando de forma velada ou aberta a um tempo em que as práticas de controle dos comportamentos “inadequados”, dos “inadaptáveis” de modo geral, ficava a cargo das instituições, a exemplo dos hospitais psiquiátricos, conventos e prisões?

Considerando a atual conjuntura da política de saúde mental do município de Fortaleza, torna-se relevante salientar que não somos, em hipótese alguma, inteiramente contra a internação em hospital psiquiátrico. Embora com reservas, ela

ainda se faz necessária em determinadas circunstâncias em que são imperativos os cuidados em regime integral, a fim de reduzir ou eliminar os sintomas de uma crise. Se houvesse alternativas, a exemplo dos leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais, tal como preconiza a atual legislação em saúde mental, ou ainda se houvesse uma expansão na rede em relação ao número de dispositivos do tipo CAPS 24, seguramente a existência do hospital psiquiátrico não faria sentido. Mas é preciso lembrar e relembrar sempre qual o verdadeiro papel dos serviços substitutivos, para que equívocos de elevada profundidade e dimensão não permitam a constatação da reprodução das mesmas práticas, as quais podem ser denominadas genuinamente de práticas tradicionais ou, se preferir, manicomiais, dentro dos serviços de abertos.

6 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CAPS: UMA IMERSÃO NOS SIGNIFICADOS DAS FALAS DOS SUJEITOS

A política de saúde mental no Brasil atualmente apresenta diretrizes embasadas pelos preceitos da reforma psiquiátrica, consubstanciada pela reorganização teórico-prática e político-sociocultural voltada para a forma de atenção à pessoa com transtorno mental.

Como resultante desse novo paradigma, registra-se no País uma progressiva transformação no âmbito da saúde mental, em que se observam alguns aspectos importantes, como a elaboração de mecanismos normativos jurídicos, referente à Lei Nacional 10.216/2001, assim como as leis estaduais inspiradas no projeto de Lei Federal do deputado Paulo Delgado, a criação e expansão de serviços extra-hospitalares, redução e fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, programas de suporte social para pessoas institucionalizadas, entre outros.

Esses empreendimentos fazem parte de um conjunto de idealizações originado no bojo do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, cujo objetivo fundamental centrou-se na expansão do debate epistemológico, técnico-assistencial e político no campo da saúde mental. Como todo processo que implica transformações sociais, esse movimento vem esquadrihando a superação da exclusão social das pessoas com transtorno mental.

Como desdobramento desse novo paradigma, surgem os inovadores serviços substitutivos, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais passam a exercer significativa influência na criação e/ou transformação de diversos serviços de saúde mental pelo Brasil.

Os CAPS são serviços de assistência pública ou contratada, voltados aos problemas de saúde mental, individual e coletiva. Substitutivos ao modelo manicomial, eles se diferenciam por sua base filosófica, que contempla uma multiplicidade crítica de funções e técnicas, práticas interdisciplinares e acessibilidade local. Tem como objetivos, de acordo com Ministério da Saúde (2004), oferecer o acompanhamento clínico e propiciar a reinserção social. Na perspectiva de Sampaio e Santos (2010), esses objetivos são detalhados em profundidade, em termos de fundamentação, de modo a contemplar o tratamento dos transtornos psicogênicos, cristalizados sob a forma clinicamente reconhecida do

transtorno; contenção de crises psicológico/psiquiátricas e indicativos de crescimento pessoal a partir delas; prevenção do hospitalismo, rotulação, estigma e cronificação; estímulo do redirecionamento crítico das relações com família, trabalho, comunidade, sexualidade e política; auxílio na promoção da cidadania e na construção coletiva de bem-estar.

A política de saúde mental inserida no campo de políticas públicas brasileiras necessita de informações no sentido de se obter um panorama preciso sobre o comportamento ou o desempenho de suas ações, tendo em vista que o objetivo fundante de toda política pública é orientado para as mudanças de comportamentos e situações (produção de resultados e impactos).

A avaliação de políticas públicas refere-se a um dispositivo cujo objetivo é medir resultados das ações realizadas independentemente do teor abstrato enunciado da política pública, tendo em vista a racionalização de sua operacionalização. Dessa maneira, faz-se necessário sempre que possível. (COHEN; FRANCO, 2012)

Embora atualmente exista um vasto campo de abordagens interativas que consideram as variáveis contextuais e processuais no processo avaliativo, a avaliação é ainda amplamente utilizada, sobretudo, como mecanismo de controle social das políticas públicas por parte do Estado, havendo prevalência de seu caráter econométrico e de recorte mais quantitativo que qualitativo.

É possível inferir que não se tem ainda no Brasil uma cultura da prática avaliativa, havendo um incremento nos últimos anos. A existência dos poucos processos avaliativos no âmbito do Estado, como assevera Silva (2008), centra-se na busca de eficiência dos gastos públicos e de eficácia das políticas e programas sociais focalizadas na aferição de resultados (custo/benefício). Contudo, e isso é fundamental, refere-se à avaliação de políticas públicas também como importante mecanismo de controle da sociedade civil, sobre os gastos públicos realizados pelo poder estatal.

A partir das representações sociais dos profissionais executores dessa política, a pesquisa buscou apreender como os profissionais estão sendo interpelados a desenvolver essa política pública, percebendo como eles a assimilam frente à nova perspectiva materializada no novo paradigma.

Entendemos que desvelar o conteúdo subjetivo presente no imaginário de um grupo não se faz tarefa simples: ao contrário, reconhecemos a sua complexidade,

pois se trata de um universo perpassado por valores, princípios profissionais, éticos e expectativas.

Dessa forma, os profissionais poderão atribuir significados e sentidos diferenciados em relação ao mesmo fenômeno, de acordo com as suas experiências individuais e coletivas, e também do local que ocupam no tecido social, no qual se pronunciam, ou seja, a função que exercem na instituição, a diversidade de trajetória da categoria que a compõem, o tipo de relação que mantêm com a instituição, seus objetivos em termo de trabalho, as determinações de gênero, étnico-raciais, as distintas formas de inserção no mercado de trabalho, nível de formação, entre outros aspectos. Entretanto, essas diferenciações/particularizações se homogeneízam e se universalizam.

O que isso significa? Dito de outra maneira e nos apropriando das contribuições de Bourdieu (2007), a totalidade dos componentes de um determinado grupo ou classe é resultante de condições objetivas semelhantes. Assim sendo, torna-se possível aos sujeitos exercerem, em suas reflexões acerca da prática social em pauta, o “efeito de universalização e particularização”, na medida em que se homogeneízam, diferenciando-se dos demais.

De forma sintética, tomando por base a linha de análise do “efeito de universalização e particularização” descrito acima, podemos inferir que as diferenciações de opiniões presentes no campo investigado (CAPS SER III) se homogeneízam e representam assim a classe que pertence, ou seja, a totalidade dos profissionais executores da política de saúde mental no âmbito dos CAPS do município de Fortaleza.

Ao aceitarmos as considerações acima mencionadas, faz-se necessário pensarmos uma via analítica fundante para o estudo aqui presente: a teoria das representações sociais, que, segundo a interpretação de Moscovici (2007), constitui uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Simultaneamente, possuem uma função construtiva da realidade, da única realidade que conhecemos por experiência e na qual a maioria das pessoas se movimenta.

De forma sintética, as representações sociais buscam efetivamente explicar os fenômenos do homem em sua relação com outros homens, ou seja, a partir de uma perspectiva coletiva, preservando a individualidade dos sujeitos.

O mote da análise aqui presente acerca das representações da política de saúde mental para os profissionais dos CAPS supõe abstrair as desigualdades reais dos vários tipos de concepções de seu caráter concreto, identificando neles a igualdade comum e o que é velado para os indivíduos.

Assim sendo, as entrevistas iniciaram tentando compreender, a partir das falas dos indivíduos, um pouco de suas experiências profissionais de modo geral, dando ênfase a aspectos como: a sua inserção no CAPS e as razões pelas quais trabalham nesse tipo de instituição. Essa abordagem permitiu que tivéssemos uma visão mais ampliada acerca de suas afinidades e experiências passadas com a saúde mental em maior ou menor escala, bem como a sua familiaridade com a política de saúde mental.

6.1 Breve contextualização do perfil dos profissionais e suas experiências

Os discursos abaixo reservam as singularidades dos sujeitos dessa pesquisa, a forma como pensam o tempo presente e como vislumbram o futuro. Os posicionamentos ganharam forma a partir do lugar social de onde falaram essas pessoas, ou seja, a sua condição de ser homem ou ser mulher, suas experiências de vida e profissionais, os cargos que ocupam, como se percebem no mundo e como são percebidos.

No total, foram realizadas 17 entrevistas, contemplando todos os segmentos que constituem o universo heterogêneo dos trabalhadores da saúde mental: artistas³⁵, assistentes sociais, coordenador de equipe, coordenador regional de saúde mental, enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais. Procuramos diversificar os sujeitos entrevistados, ouvindo profissionais com níveis de tempo de experiência diferenciados e distintos vínculos trabalhistas.

Cabe ressaltar que a maioria são trabalhadores contratados por empresa terceirizada da Prefeitura Municipal de Fortaleza, num total de 55%. Em menor número, registram-se aqueles vinculados via concurso público, na ordem de 35%.

³⁵ O artista foi inserido nos CAPS de Fortaleza como uma experiência pioneira no município, a partir de 2006, como parte integrante do projeto Arte e Saúde, cujo objetivo é promover a inserção social dos usuários desses serviços, através da criação e da expressão artístico-cultural.

De fato, conseguimos circunscrever um rico conjunto de discursos, percepções e posições diferentes em relação à forma de os profissionais perceberem a atual política de saúde mental.

São falas interpeladoras, que nos impõem reflexões, cabendo pensar sobre a encarnação efetiva desses discursos. Interessante salientar que observamos, durante as falas, aportes do discurso da própria política, ou seja, a reprodução de alguns fragmentos daquilo que está preconizado nos documentos oficiais ou na literatura – todavia, com pouca ou nenhuma profundidade em termos de conhecimento.

Verificou-se a presença de profissionais com larga experiência na área de saúde mental que se autodenominaram como “apaixonados” por ela, numa expressão de demonstração de identificação com saúde mental. Outros, com recente experiência, tão entusiasmados quanto apaixonados.

Alguns, pouco ou nada entusiasmados com o trabalho em saúde mental, observando-se pouco interesse pela causa, cumprem apenas o seu papel como técnico.

Uns mais críticos, outros nem tanto, alguns resistentes em ter de mencionar situações do cotidiano profissional, que mediam as palavras ao som do gravador, mas conseguiam discorrer com mais facilidade após o desligamento do equipamento e nos enriquecia com suas experiências.

Houve aqueles que prontamente se dispuseram a participar do estudo, outros que resistiram um pouco, mas todos colaboraram gentilmente com a pesquisa.

Registramos a presença dos militantes dessa política, o que nos envaidece por lidar diretamente com uma parte viva e atuante da história.

Tivemos a presença dos que iniciaram sua carreira na saúde mental tendo como cenário dessa jornada o CAPS geral da SER III.

Uns que disseram simplesmente adorar a saúde mental, outros que referiram estar ali passando um tempo até surgir um “trabalho melhor”.

Suas experiências profissionais anteriores variaram entre trabalhos em outras áreas da saúde pública e privada, experiências em diversos municípios do Ceará, atuação também em suas áreas específicas, como assistência social, psicologia, terapia ocupacional, artes plásticas.

Importante destacar que, do total de entrevistados, sete declararam ter experiência anterior em saúde mental, especificamente em CAPS; os demais

tiveram experiências indiretas a partir das exigências das grades curriculares de seus cursos de graduação.

6.2 Visões sobre a pessoa com transtorno mental

As atuais diretrizes da política de saúde mental brasileira estão ancoradas teoricamente em concepções que efetivaram um deslocamento do foco de discussão em torno da loucura e passam a evidenciar o sujeito em sofrimento e simultaneamente as suas condições de reprodução social, tendo em vista, como diz Campos (2007), intervir para a “invenção da saúde” e “produção de vida”.

Registra-se um realinhamento da atual política de saúde mental que preconiza uma redefinição da concepção e busca de novos significados na forma de compreender os sujeitos com transtorno mental e conseqüentemente uma forma de assistência que venha superar o modelo tradicional.

Nesse contexto, procurou-se apreender os sentidos atribuídos pelos profissionais acerca da pessoa com transtorno mental. Assim sendo, observou-se o seguinte: ainda que se trate de profissionais vivenciando o mesmo contexto naquilo que diz respeito à saúde mental e coabitando o mesmo espaço físico institucional para o desenvolvimento de suas ações, as opiniões se diferenciam, embora em alguns momentos também se assemelhem.

Vejamos nos discursos a seguir:

Uma pessoa com transtorno mental é uma pessoa que está com um sofrimento específico, que são as várias formas de manifestação desse transtorno, desse sofrimento, mas que tem uma potencialidade. Existe realmente essa potência, [...] mesmo com todas as limitações do próprio quadro clínico, mas se trabalha de uma forma com essa pessoa para que possa reabilitá-la, tanto na sua questão funcional como nas suas inter-relações. Eu vejo essa pessoa como uma pessoa em potencial, passível de ser cuidada, e não de ser anulada na sua condição de vida, na sua condição de cidadã. Vejo como um sujeito que pode, sim, ter o seu papel ativo dentro desse processo. [Ent. 05]

O portador de transtorno mental, antes de qualquer coisa, de acordo com a minha formação, é um cidadão, portador de direitos, embora historicamente tenha sido aleijado dessa condição. Mas, a cada período em que o projeto da reforma psiquiátrica se reafirma, vem também consolidando esse estatuto, de que o portador de transtorno

mental é antes uma pessoa que tem seus limites, mas também possibilidades. [...] ela tem que ser observada dentro dessa condição mais holística, de inteireza, afirmação de direitos. Falo de direito a assistência à saúde, a vida digna, a não exclusão, não vir a ser desapropriado de sua autonomia, embora muitas vezes isso seja relativo, mas da sua capacidade de exercer algumas atividades e funções na sociedade. Direito a ter acesso a serviços dignos que possibilitem a melhora de seu quadro, a sua reiteração, reintegração a sociedade. Então, todos esses aspectos, pra mim, é o que é mais pungente, muito mais do que tentar reclassificar, classificá-lo como pessoa portadora de doença, ou tentar classificar o portador de transtorno mental por doença A, B ou C. Em primeiro plano, o que me alcança diante disso é realmente a questão da integralidade do ser, o seu estatuto de cidadão. [Ent. 17]

As entrevistas 5 e 17 consideram a existência do transtorno mental como entidade clínica importante, perpassada de complexidade e capaz de gerar sofrimento e limitações em alguns casos específicos. Contudo, têm a compreensão de que a observação à condição de ser pessoa deve anteceder prioritariamente a qualquer questão, situando a pessoa com transtorno mental numa dimensão em que a reconhecem como sujeito que deve ser percebido na sua integralidade relacional no âmbito do corpo social – portanto, inscrita no estatuto da cidadania, no campo dos direitos.

Relata a entrevista abaixo:

Hoje, eu não vejo só o paciente com transtorno mental como uma pessoa que está presa, mas uma pessoa que pode ter uma liberdade de conduta, de ter uma condição de decidir o que pode fazer. Não está amarrado só a uma vida para aquele preconceito para o resto da vida dele. Eu vejo ele, hoje, como uma pessoa que tem uma saída, que pode estar no meio social, não só em hospital, mas aqui no CAPS, vir pra consulta, participar de grupo, ter um carinho também com a gente, que a gente observa muito isso também do paciente, ele está estabilizado, e ter o CAPS como uma forma de uma casa, **que isso não é tão bom**, mas é uma forma que ele vê que ele é aceito, que ele pode vir aqui, que as portas são abertas, que a gente conversa, que a gente tem esse respeito por ele e ele respeita a gente. [...] Hoje o paciente com transtorno mental, não vou dizer que tem cem por cento de respeito da sociedade, mas hoje ele tá sendo mais aceito do que antes. [Ent. 03]

A declaração acima enfatiza em vários momentos a forma como se percebe hoje a pessoa com transtorno mental, inscrita no estatuto de liberdade e não preconceito, mencionando a possibilidade de convivência “no meio social”. Entretanto, evidencia como experiência dessa convivência social apenas a sua

inserção no CAPS, que, mesmo sendo inovador e substitutivo ao hospital psiquiátrico, não deixa de ser um espaço institucional.

A entrevista ainda destaca, assim como outros profissionais ressaltaram, reconhecer como preocupante o fato de que muitos dos usuários interpretam o CAPS como sendo a “sua segunda casa”. A esse respeito, autores como Rotelli (1990) e Pitta (2010) chamam atenção para importância presente nas novas formas de cuidado voltado à pessoa com transtorno mental, numa perspectiva mais humanizada e focada na existência mesma do sofrimento, considerando o sujeito e o contexto, no sentido de provocar mudanças reais na vida concreta e cotidiana. Porém, há que se ter muito cuidado no sentido de não haver reprodução da cronificação ocorrida nos modelos tradicionais hospitalares.

Pitta (2010) afirma ainda que o CAPS deve ser compreendido como um lugar de “passagem”, devendo-se evitar o caráter “permanente”, pois, dessa forma, corre-se o risco de haver “institucionalização” dentro dos dispositivos extra-hospitalares.

Diz esta entrevista:

Eu vejo, eu abordo, eu lido com o sujeito humano, depois é que eu vejo se ele tem doença. Devido a minha formação, a minha abordagem é humanista, tenho certeza que é por isso. O diagnóstico pra mim é só um norteador, é importante, sim, eu preciso, é uma bússola, mas eu não me apego, eu não. A pessoa é maior que um diagnóstico. Tem transtorno mental? Tem. Claro. Mas eu vou pelo viés do humano mesmo, das possibilidades. O transtorno mental, doença mental, como quer que seja chamado, esse lugar social da loucura, eu acho que ele vai ainda percorrer muitos caminhos, sabe? A transformação do lugar social da loucura, como disse o Paulo Amarante, não é só a reorientação do modelo assistencial, nem ficar criando CAPS, é a transformação do imaginário social. Esse imaginário social de que o transtorno mental é perigoso, ninguém quer chegar perto, todo mundo tem medo. Eu não vejo assim, eu não tenho medo, eu nunca tive, mas a gente sabe que isso ainda é muito forte no pensamento das pessoas. [Ent.13]

É uma pessoa com um sofrimento, na maioria das vezes mais amplificado pela realidade. No CAPS, as condições são precárias, a maioria sem trabalho, muito carentes, principalmente da questão dessa inserção social. Devia existir trabalho para essas pessoas, não adianta só tratar, eles não têm pra onde ir, muitos têm solidão, vivem muito isolados. Os contatos familiares às vezes estão muito desgastados e muito desgastantes, muitos conflitos, poucas possibilidades de crescimento de vida. Alguns apresentam essa possibilidade, não sei mensurar o percentual, mas nem precisariam chegar a um quadro tão, sei lá, tão debilitante, se fosse diagnosticado ou se eles fossem tratados antes. A cronificação

ocorre, não só do estado mental psíquico, como também da questão social de não estar atuante, trabalhando até outras possibilidades de vida. Num determinado grupo daqui do CAPS, a maioria passou por sérios conflitos familiares, negligência, privação, violência, ainda na infância. Muito precárias as condições deles. Sem muitos recursos internos, que são características pessoais: perseverança, tranquilidade, até a fé. Traços da tua personalidade que te dão sustentação. E sem também muitos recursos externos, que podem auxiliar o indivíduo a dar um salto de transformação, de retomar o equilíbrio da saúde, seja mental ou física, como o apoio da família e de amigos, por exemplo. [Ent. 06]

A declaração contida na entrevista nº 13 centra-se também na valorização da percepção do sujeito e seu sofrimento como base para qualquer tipo de intervenção, sem, contudo, obscurecer a existência do transtorno mental. Além disso, discute com muita propriedade a questão do lugar social da loucura, fazendo referência a um dos teóricos da saúde mental mais importantes da atualidade.

Já a declaração nº 6 adentra as particularidades das condições objetivas observadas no cotidiano da instituição a partir de sua experiência com os usuários. Chama atenção para as precárias condições socioeconômicas, os rompimentos dos vínculos familiares e comunitários, bem como do potencial que algumas dessas pessoas trazem consigo e que, em alguns casos, por falta de uma intervenção em tempo adequado, evolui para uma piora do quadro.

Traz à luz uma questão igualmente importante, que diz respeito à falta de inclusão social pela via do trabalho voltada a essa população. Saliencia-se que há uma articulação no âmbito governamental que visa à inserção dessa população ao mundo do trabalho através da construção de empreendimentos solidários, ou seja, formação de cooperativas sociais. Mas essas políticas públicas no contexto da sociedade brasileira são extremamente incipientes, com experiências isoladas e pouquíssimas alterações no cenário geral.

Como observa Paul Singer (2005), essa é uma questão preocupante, pois reserva algumas especificidades, ou seja, além do enfrentamento das condições objetivas pertinentes ao exercício das atividades regulares ao mundo do trabalho, como falta de capital, de qualificação profissional, de mercado, de formação legal, no campo da saúde mental outras questões interpõem-se, como, por exemplo, a questão da discriminação e do estigma.

Observe-se o depoimento abaixo:

[...] Geralmente [...] se pensa em doença e se visualiza num exame, que vê sintoma físico. Então, pra mim, uma pessoa com transtorno mental já é difícil diagnosticar. Eu acho difícil desde você dar o diagnóstico até o tratamento. Quando eu vejo uma pessoa com transtorno mental, às vezes eu penso que é a mesma coisa de ver um paciente com câncer. Às vezes. A diferença de um câncer é que você vai morrer, e o transtorno mental não. Eu geralmente percebo assim, é minha percepção [...]. Mas me comove e me entristece, porque eu vejo a pessoa com transtorno e não vejo um horizonte bom pra ela. Ou pela atual conjuntura da saúde mental, pela falta de medicamento, pela questão da rede social, pela falta de conjuntura familiar que aquele paciente não tem. O paciente com câncer morre, o com transtorno não, ele vai ter uma doença que pra mim é maligna, mas que não vai ter cura e nem morre, ele vai viver o resto da vida daquele jeito. É assim que eu vejo hoje o paciente com transtorno mental, e isso me comove porque eu não posso fazer nada. Sozinha não. [...] Uma pessoa como a [*nome de uma usuária*], que tem uma esquizofrenia daquelas que ninguém consegue tratar, eu me sinto impotente porque eu não posso fazer nada. [Ent. 10]

Foi possível perceber nessa entrevista, em certa medida, um afloramento de emoções ao falar da pessoa com transtorno mental, que resulta da própria dificuldade em conceber os transtornos mentais no rol das classificações e diagnósticos – talvez porque o sofrimento mental e a subjetividade não possam ser impressos e documentados num exame laboratorial.

Essa questão remete a uma antiga discussão no campo da psiquiatria, ainda longe de haver consenso de opinião. Consiste, pois, em formas de autoritarismo, cerceamento de liberdade e da autonomia advinda do progresso da medicina em termos de classificação nosográfica e nomenclatura das doenças, sendo, portanto, essa a compreensão de determinados grupos que não concebem, por exemplo, a essência de um delírio como doença.

Nessa direção, refletir à luz do pensamento de Canguilhem (2000), para quem a doença é apenas um desequilíbrio ou desarmonia, mas, essencialmente, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio.

Na informação que segue, temos:

Bem, a pessoa com transtorno mental é aquela que, ao longo da vida, por alguma situação, teve um adoecimento mental. Isso não é novo pra mim porque estudando [...] a gente conhece e se apropria de muitas histórias de artistas que, na sua trajetória, passaram por essa experiência da loucura, sofrimento mental, como o Van Gogh, que é um caso bem conhecido na história da arte, e Frida Kahlo, que tiveram um sofrimento grande, por muitas questões, dentre outros que viram de perto, que conheceram essa **outra** realidade da dita

normalidade, que em algum momento da vida se desviaram dessa normalidade, socialmente e culturalmente estabelecida. Normalidade que culturalmente, historicamente um grupo de pessoas estabeleceu como tal. Então, o indivíduo que foge desses padrões sociais, já preestabelecidos, é classificado como um ser anormal. [Ent.12]

Localizamos, na declaração acima, uma percepção acerca do significado de pessoa com transtorno mental muito próxima dos pressupostos da política de saúde mental brasileira. Simultaneamente, faz uma crítica em relação àquilo que Canguilhem (2000) chama de “ausência de normalidade”, ou seja, situações, comportamentos que perturbam a ordem estabelecida. A declaração pontua ainda, deixando transparecer certo ressentimento, o fato de a anormalidade ser por muitos compreendida como desvio de comportamento ao que foi preestabelecido por um determinado grupo de pessoas e que é social e culturalmente aceito.

A seguinte entrevista assinala:

Tristeza, ansiedade, medo, são sentimentos que todo mundo tem. Na minha opinião, vira um transtorno na hora que esse medo, que essa ansiedade, que essa tristeza passa de alguma maneira a atrapalhar o funcionamento da pessoa, então é aquela pessoa que, por algum desses sentimentos ou sintomas mais graves, como sintomas psicóticos, ela deixa de funcionar normalmente, então ela não consegue funcionar direito. [Ent. 16]

Pra mim, é aquela pessoa que vive fora da realidade dela, fora da realidade dita normal. Tem delírios. Que não consegue mais ser tão independente, que tem medo dessa independência. Acho que é isso. Tem dificuldades de se socializar, de viver em sociedade, de cuidar da sua própria vida. [Ent. 07]

De perto mesmo ninguém é normal. Então, a maioria das pessoas tem algum tipo de transtorno leve, em alguma etapa da vida, em algum momento da vida, e todos precisam de ajuda, e todos precisam de apoio. Alguns mais graves e outros mais leves. [...] Ajuda não necessariamente medicamentosa, essa é uma crítica que eu faço [...]. A gente precisa pensar em outras formas de ajuda que não a medicalização. O portador de transtorno mental é alguém que precisa de ajuda pra se relacionar melhor com o mundo, com as pessoas, e que tem seu sofrimento, às vezes tem alguns que nem sofrem tanto, mas tão fazendo os seus parentes sofrer. [Ent. 11]

As entrevistas 16, 07 e 11 estão, em certa medida, em consonância entre si. Elas trazem em comum a percepção da relação entre transtorno mental e funcionalidade. Dessa forma, o transtorno como fenômeno passível de ocorrer em

algum momento da vida de uma pessoa pode “atrapalhar” o seu funcionamento “dito normal”.

O conceito de anormal, de acordo com Goffman (1974), diz respeito a um termo usado para se referir àquelas pessoas que se afastam negativamente dos considerados parâmetros normais. Entretanto, esses parâmetros de normalidade, conforme nos falam alguns importantes teóricos, entre eles o próprio Goffman, Foucault e Castel, são mecanismos socialmente e culturalmente formulados pela sociedade ou grupos sociais no sentido de identificar e classificar seus componentes, buscando haver enquadramento desses em suas concepções e expectativas do que vem a ser normal.

Além disso, “o normal” está intrinsecamente relacionado à norma e ao regulamento, o que, na ótica de Tomaz Silva (2012), é um dos processos mais sutis que existem, em que o poder revela-se no âmbito da identidade e da diferença. Normalizar é conferir arbitrariamente a uma determinada identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa.

Em suma, tomando como referência as concepções dos autores acima, nomeadamente o pensamento de Goffman (1974) importa lembrar que desviar-se desses parâmetros significa ser considerado anormal, havendo riscos de discriminação e indiferença consubstanciada naquilo que esse teórico chama de estigma.

Outro relato assim nos diz:

O foco da psicopatologia psiquiátrica, o transtorno mental, ele tacha de uma série de critérios sociais, padrões culturais do que é normal, do que não é normal, e tem lá toda uma forma de entender os padrões de comportamentos anormais, sempre dentro de um foco descritivo dos fenômenos. A perspectiva psicológica trabalha com o foco no sujeito que está em sofrimento. Pensar em psicopatologia, a gente pode estar pensando tanto do ponto de vista dos fenômenos psicopatológicos quanto daquele sujeito que está apresentando aquele fenômeno naquele momento, que tem um sofrimento, história, dinâmica familiar e social. [...] Eu concordo, nessa perspectiva da medicina, que há fenômenos psíquicos onde as pessoas perdem a noção de uma realidade compartilhada, cria uma realidade pessoal. No caso das psicoses, se é um mundo próprio que ele não consegue compartilhar na cultura e que às vezes compromete a vida social e familiar, eu considero isso um comportamento anormal, não só considero, mas eu venho concordar com a medicina de que realmente há uma necessidade de uma intervenção aí, da ordem

medicamentosa, às vezes psicoterapia de apoio, ou de arte, algum tipo de intervenção pra ajudar essa pessoa a se reorganizar psicicamente, organizar a rotina e a vida, ajudar a família a lidar com essa forma diferente, digamos assim. [Ent. 08]

Os informes contidos na entrevista 08 buscou definir a percepção de psicopatologia (transtorno mental), tanto na perspectiva da psiquiatria como da psicologia, e o faz com bastante propriedade. Nesse contexto, apresentamos mais uma vez Canguilhem (2000), para quem só é possível verificar o conceito de normal e anormal na relação como o outro, naquilo que é diferente de mim, diferente de nós, ou seja, os outros. Remete, portanto, à noção de estabelecimento e conexões com relações de poder.

Nesse sentido, impõe-se a reflexão acerca desses conceitos à luz do pensamento de Foucault (2001): em sua ótica, o conceito de anormalidade foi usado com o objetivo de normalizar/ regularizar as diferenças. Normalidade e anormalidade, para esse autor, referem-se a conceitos operacionais formulados por grupos de pessoas, a exemplo da psiquiatria, que, ao longo da história, foi se apropriando cada vez mais deles e constituindo-se em poder, cuja forma mais expressiva é a dominação, consubstanciada na exclusão de grupos ou pessoas do convívio social, oculto pelo discurso de suposta harmonia e equilíbrio.

6.3 Concepções de reforma psiquiátrica

Um grupo diminuto de profissionais inseridos no CAPS possui um conhecimento mais profundo acerca da reforma psiquiátrica como um processo histórico, político e cultural de formulação crítica e prática, cuja finalidade em princípio reside no questionamento e na realização de propostas capazes de fomentar a transformação do modelo clássico de assistência voltada à pessoa com transtorno mental. Isso deve ser feito em conformidade com diretrizes da atual política de saúde mental preconizada pelo Ministério da Saúde, bem como com o que isso representa do ponto de vista prático na vida das pessoas que necessitam desse tipo assistência.

Outras visões limitam-se apenas ao terreno específico do campo de ação da psiquiatria, ou seja, como uma reformulação pura e simples da assistência e de

novas formas de cuidados. Entretanto, a maioria divide-se entre os que declaram não ter envolvimento com questões dessa natureza, apresentando um entendimento sobre reforma psiquiátrica de forma restrita, às vezes declaradamente como algo distante de suas realidades e de seus interesses. Outros falam vagamente a partir de discursos padronizados, já elaborados, e há aqueles que, embora relatem não ter conhecimento suficiente sobre o assunto, revelam através de seus depoimentos o desenvolvimento de uma prática alinhada em maior ou menor grau com as diretrizes da reforma.

A reforma psiquiátrica foi um movimento de grande importância [...] para o âmbito da saúde, sobretudo a saúde pública, [...] ela traz a possibilidade de inclusão das pessoas que são SUS dependentes, das pessoas que realmente precisam utilizar a saúde pública pra receber essa assistência, esse olhar mais ampliado em relação às próprias diretrizes do que está preconizado na reforma. Ela continua sendo um movimento, não pode ser um movimento que iniciou e se estancou, pelo contrário, existem grandes desafios, até porque esse é um movimento social e ele precisa estar sendo reformulado, renovado, desafiado, [...] veio trazer uma grande emancipação, a transversalidade que é a saúde mental, e veio dar essa visibilidade de que o corpo mental está dentro de uma integralidade. [Ent. 05]

A entrevista acima demonstrou familiaridade e conhecimento em profundidade acerca das questões pertinentes à reforma psiquiátrica e à saúde mental de forma geral. Nesse depoimento, fez-se um recorte temporal e histórico acerca do tema.

Registra-se noutra declaração:

A reforma psiquiátrica, eu vivi a discussão da reforma psiquiátrica e investi nisso todas as fichas que eu tinha há 20 e tantos anos atrás. Eu fui mergulhar numa experiência nova, experiência maravilhosa, completamente diferente. [...] então, pra mim esse é um tema muito antigo. Eu confesso que esse já é um tema que pra mim já tá muito repetitivo. Pra mim isso é um tema superlegal, mas isso já tá... Quer dizer, ficar discutindo parâmetros de como fazer um atendimento? Que é a reforma? É promover um atendimento digno a pessoas que tenham transtornos mentais, que há 60 anos não havia. Eram tratados como loucos em asilos, mas que a ciência avançou e construiu conhecimento suficiente pra tratar de uma forma decente e digna essas pessoas. Algumas precisando de internação, outras não, e isso se construiu. Já foi construído. Então, o que eu vejo é um monte de estudante de psicologia e de todas as áreas empunhando a bandeira da reforma psiquiátrica, mas pra mim isso tá fora de tempo. [Ent. 11]

O relato acima da entrevista nº 11 oferece transparência sobre a sua percepção sobre reforma psiquiátrica, que é guiada pela noção de conclusão e fim dos processos, o que a faz parecer simplista em certa medida. Nessa direção, torna-se relevante pensar à luz de teóricos como Basaglia e Amarante, quando referem que falar sobre a reforma psiquiátrica é falar de um processo social amplo e complexo que vai sendo constituído em estreita vinculação com seu tempo histórico e com seus atores e assim vai se materializando. Por ser processo, a reforma psiquiátrica torna-se algo que não para no tempo: ao contrário, nos transcende e dessa forma cremos que, mesmo que tenham se passado mais de 30 anos, não é possível considerá-la um tema ultrapassado e desnecessário.

Na seguinte afirmação, temos:

Seria eles saírem dessa condição de internação em internação, vivendo de internação em internação sem estar no convívio familiar, sem estar vivendo como qualquer cidadão. Eu não tenho uma visão, eu não tenho essa visão maior sobre isso. O que eu conheço é até esse contexto aqui, até porque eu não me envolvo. Não me envolvi até agora nessas questões, não me apropriei disso. Por uma falta de interesse, eu não me identifico muito com esse movimento. Não que eu não ache que isso é válido, mas eu vejo a coisa tão amarrada, tão sem perspectiva, que me desanima. Os recursos continuam precários. Nos CAPS, existem muitas, muitas queixas. Mas esse aqui não é um CAPS que eu possa me orientar, porque todo mundo sabe que esse aqui é um dos melhores, então eu não conheço a realidade de tudo, dos outros CAPS, só o que falam. [Ent. 06]

O conteúdo pertencente à entrevista nº 06 adquire especial importância na medida em que revela falta de envolvimento, conhecimento e interesse por uma das questões fundantes e norteadoras da atual política de saúde mental brasileira. A fala é emblemática e corrobora com o pensamento de Yasuí (2010) quando este afirma que a implantação de serviços com a “marca” CAPS não é sinônimo de adesão dos trabalhadores às diretrizes dos novos paradigmas.

Noutras declarações, emergiram colocações referentes ao termo *reforma psiquiátrica*, como as que se seguem:

Eu vejo a reforma muito mais como a reforma da assistência psiquiátrica, da forma de cuidar ou da forma de dar assistência. Do ponto de vista médico, a psiquiatria é uma especialidade médica, então você não vai... Você pode mudar práticas ou modos de cuidar. Você não vai dizer a reforma endocrinológica, a reforma cardiológica. Você pode dar modos diferentes de cuidar, de dar assistência, de implementar terapias. A reforma teve um efeito benéfico no sentido

de questionar algumas práticas econômicas que influenciaram os cuidados na psiquiatria, a questão da farmacologia, a questão de grupos de interesses hospitalares. Então, isso tudo foi muito importante. Mas a reforma é a reforma da assistência, não é a reforma do adoecimento em si. [Ent. 04]

Eu começo fazendo uma correção, eu não gosto de quem fala reforma psiquiátrica, porque na verdade a reforma é no modelo de assistência em saúde mental. Há sempre uma deturpação. A psiquiatria é especialidade em evolução, ela não é uma especialidade acabada, nenhuma é. Ela tá engatinhando nesse processo de evolução, de desenvolvimento, mas a reforma não é da especialidade médica psiquiatria, a reforma é do modelo de assistência em saúde mental aplicada no Brasil, que antes era hospitalocêntrico, e a ideia é torná-lo prioritariamente extra-hospitalar. Eu acho a ideia fantástica, você extinguir a ideia de manicômio. Quem é que não é contra manicômio? Será que tem alguém que é a favor, que diga que gosta de manicômio? Então, acabar com esse modo de lidar com a pessoa com sofrimento psíquico, com adoecimento mental, através da via manicomial, e criar estratégias extra-hospitalares, centradas no CAPS, e em leitos em hospitais gerais pra internação dos pacientes em crise, pacientes graves que nunca vão deixar de existir. [...] E os leitos, porque pra leito psiquiátrico nunca vai deixar de haver demanda, porque sempre vai ter paciente em crise, paciente com quadro de exacerbação necessitando de internação nesses leitos psiquiátricos em hospitais gerais. É colocar o paciente doente mental no lugar onde ele nunca esteve, mas que sempre deveria ter estado, que é junto dos outros, das outras especialidades, e não haver segregação, essa segregação é histórica. [Ent. 15]

Ficou clara a ênfase atribuída às observações contidas nas entrevistas em elucidar o emprego apropriado do termo *reforma psiquiátrica*, no sentido de que este deve expressar, sim, a reforma da *assistência*, do *cuidar* e não da especialidade *psiquiatria*, pois esta se refere a uma especialidade da medicina.

De acordo com Amarante (1995), o conceito de reforma psiquiátrica apresenta-se política e conceitualmente questionável, paradoxal aos seus pretensos objetivos: questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. A expressão prevaleceu e ainda continua, em parte, pela necessidade estratégica de não potencializar as resistências frente às modificações, neutralizar oposições, construir consenso e apoio político.

Já Rotelli (1990) costuma utilizar a expressão *reforma* para se referir aos modelos psiquiátricos da Inglaterra, França e EUA. Estas, em sua ótica, representaram meras tentativas de recuperação do potencial da psiquiatria clássica,

por isso não costuma utilizar o termo para se referir a experiências de transformações e avanços nesse campo.

Uma palavra ou um termo, ao se tornar um conceito, ainda que este se expresse de forma imperfeita, anseia dizer algo do fenômeno que deseja conceituar. Nesse sentido, impõe-se a questão: que outro campo do saber tem autorizado práticas, ao longo da história da sociedade, tão segregantes, excludentes e violentas?

Nos depoimentos abaixo, temos:

Bom, é assim, pelo que eu já li de reforma, a gente observa que a reforma tirou esse meio medicalocêntrico. [...] eu acho que a reforma psiquiátrica trouxe outro tom pra esses pacientes, trouxe outra saída. Não precisa estar só dentro de hospital, pode estar tendo um tratamento em outro local, ele pode estar tendo a atenção da família, ele pode estar tendo a atenção de uma equipe do CAPS. [...] a reforma, com certeza, **foi** de uma importância muito grande, eu acho que, sem a reforma, hoje poderia estar os mesmos depósitos. [...] Eu acho que a reforma psiquiátrica veio na hora certa, no momento certo. Tem muitas falhas. Não tá tudo pontuado como se foi dito que ia ser feito, mas, com certeza, pelo menos essa visão de **paciente internado** que só ficaria no remédio, preso dentro de um hospital, pelo menos isso a reforma teve um atento melhor, de ter essa desenvoltura de tirar essa parte de estar internado, de não ter direito a nada, pelo menos a reforma trouxe isso, mas ainda faltam muitos pontos os quais **foram prometidos** e que ainda não foram feitos. [Ent. 03]

Bom, essa questão da reforma, ela vem pra facilitar a vida dessa pessoa, pra ela se inserir ainda mais dentro do seio familiar, da comunidade, do seu cotidiano, que a gente tenta fazer com que se aproxime de um **cotidiano normal**, como o de todo mundo. Diante das atividades que a gente sabe que eram oferecidas, atividades há tempos atrás, atividades de ocupar por ocupar, sem significado, a gente vem com essa noção junto com a equipe, de colocar atividades que sejam significativas, [...] como trajetória de todo um tratamento, que a gente sabe que umas das primeiras coisas afetadas são as atividades de vida diárias, as primárias, não querem mais tomar banho, não querem mais mudar a roupa, [...] e aí, quando chega num serviço desse, a gente procura trabalhar desde esse começo, pra no final ele ter essa inserção social, viver como cidadão, viver com independência, autonomia. [Ent. 02]

Foram recorrentes nas falas dos entrevistados expressões que denotam, em muitos casos, haver uma vaga noção acerca do tema em questão. Apesar disso, os profissionais apresentam uma concepção de acordo com o cotidiano da instituição, conforme explicitado nas declarações acima.

A declaração nº 03 evidencia uma percepção da reforma psiquiátrica como uma ocorrência propulsora de mudanças, todavia localizada no passado, e não um movimento em processo. Deu ênfase apenas aos progressos na forma de assistência. Apresenta equivocada expectativa em relação à reforma psiquiátrica como episódio de promessas cumpridas e não cumpridas.

Para Amarante (2012), a proposta da reforma psiquiátrica refere-se a um movimento em constante desenvolvimento, e não se restringe mera e exclusivamente a mudança da assistência. Ela vai além das questões técnico-administrativas, teórico-assistenciais. Em síntese, busca-se uma reformulação política, social e cultural.

Outra entrevista assim relata:

Na minha concepção... Eu ouvi sobre reforma psiquiátrica pela primeira vez quando eu estava na Uece, em 1984, era questão de prova. [...] de 1984 pra cá, eu me perdi da saúde mental, porque eu me formei e não tive mais nenhum contato com a saúde mental. No meu entender, a reforma psiquiátrica partiu de um grupo de pessoas que acreditava que o transtorno mental não era um câncer, entendeu? Não é câncer, ele tem cura, ele tem horizonte. Só que isso foi feito muito bonitinho no papel, foi feito por pessoas idealistas, idealizadoras, mas que eu acho que faltou aquela que estava com o pé no chão, aquela que estava todo dia trabalhando com paciente mental, faltou a família participar da reforma psiquiátrica, faltou o paciente participar, porque ela tá aí e ela existe, mas ela não acontece na íntegra ou na velocidade que a gente esperava acontecer, porque ela bate em um monte de muro, ela bate nas questões reais do dia a dia. Então, como todo protocolo ou, vamos dizer, reforma, a reforma psiquiátrica pra mim ela é perfeita, dentro do horizonte de um paciente com transtorno mental. Mas por outro lado ela foi idealizada por pessoas que na realidade não levaram em consideração todo o contexto do paciente com transtorno mental. [Ent. 10]

A reforma psiquiátrica refere-se principalmente a um processo que traz as marcas de seu tempo. Como muito bem refere Yasuí (2010), não é possível compreendê-la sem conhecer suas origens, o que a motivou e motiva como movimento social, sem reconhecê-la como articulação de atores da sociedade civil. Importa esclarecer que, em contrário ao que foi declarado na entrevista nº 10, nos primórdios do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, além dos profissionais de saúde mental (protagonistas importantes desse processo), fizeram parte dele

diversos segmentos da sociedade civil, entre eles lideranças municipais, sindicatos, associações, estudantes, usuários e familiares.

Concordamos com alguns estudiosos da literatura especializada quando referem que os protagonistas do movimento da reforma psiquiátrica devem ser percebidos não apenas como meros idealistas, embora também o sejam, mas protagonistas que a história revela como atores sociais. Foi a partir de suas inquietações com a realidade posta, das iniciativas arriscadas, que eles ousaram buscar construir algo novo num campo perpassado de poder e jogos de interesses.

Entendida ou não como “utopia”, é fato, a reforma psiquiátrica tem sua origem como movimento social na segunda metade dos anos 1970. Em fins da década seguinte se organiza e se fortalece e transforma-se em uma política pública de saúde na década de 1990, estando em voga até os dias atuais.

Nessa outra entrevista, lemos:

Eu acho que a reforma psiquiátrica tem uma intenção muito boa, tem uma teoria interessante, mas a prática realmente não tá sendo muito satisfatória, porque qualquer reforma, qual o sentido? Desospitalizar, acabar com aqueles manicômios que realmente eram coisas que degradava o paciente. O próprio Hospital Mental de Messejana, anos atrás, era uma instituição manicomial, era totalmente diferente o tratamento que era lá antigamente do tratamento de hoje. Mas eu acho que, pra você tirar paciente de um serviço especializado, precisa em primeiríssimo lugar fortalecer os CAPS. Criação dos CAPS: maravilhoso, perfeito; modelo no papel: lindo; modelo desse CAPS aqui funcionando: perfeito. [...] se não funciona direito, o paciente vai entrar em crise e precisar do hospital e os CAPS não estão funcionando como deveriam. Ao mesmo tempo, eles mostrando que está avançando na reforma e estão lá, fechando alguns hospitais [...]. Esses hospitais que foram fechados realmente não tinham condições, mas já não tinham condições por quê? Porque o governo, por conta da reforma, já não tava dando recurso pra esse hospital sobreviver. Ele tava sobrevivendo de maneira realmente precária. Agora, será que a solução é essa? Começar por tirar os hospitais? Pacientes estão indo pra onde? Tão indo lá pras mangueiras do Hospital Mental de Messejana, em crise, aguardando vaga, dois, três, quatro dias. [...] porque chegam no CAPS, não conseguem atendimento e medicação. Então, do jeito que tá hoje, a reforma só tá bonitinha no papel. [Ent. 16]

A entrevista nº 16 reporta-se à reforma psiquiátrica dando ênfase à assistência. Tece críticas à atual estruturação da rede de serviços CAPS. Pontua que a reforma psiquiátrica não está sendo “muito satisfatória”, ou seja, a dimensão epistemológica encontra-se em certa medida desarticulada da dimensão técnico-

assistencial. Refere-se à reforma psiquiátrica como desospitalização. Atribui a precarização em que se encontravam os hospitais psiquiátricos que foram fechados à falta de recursos vindos do Ministério da Saúde que, segundo declarou, ocorreu em função da reforma psiquiátrica.

Nessa perspectiva, são pertinentes as reflexões de Amarante (2012) quando pontua que a reforma psiquiátrica não se restringe a fechamento de manicômios e abertura de CAPS ou outros dispositivos substitutivos assistenciais, por mais modernos e bem estruturados que sejam.

Foi dada, na maioria das falas dos sujeitos pesquisados, uma ênfase na percepção dos CAPS como unidades de assistência de vanguarda da proposta da reforma psiquiátrica e simultaneamente depositando suas expectativas na ampliação e modernização desses equipamentos como forma de avanço em saúde mental. Essa constatação traz em si uma visão unilateral e torna-se preocupante na medida em que ela pode ser confundida como sinônimo da reforma psiquiátrica.

Lê-se na afirmação seguinte:

A reforma psiquiátrica vem pra garantir o direito de essa pessoa ser cidadã, ao contrário do que historicamente vem afirmando como forma de tratamento, através da reiteração da exclusão, da segregação, da apartação social do contexto familiar e comunitário. Mas são grandes desafios, mesmo que decorridas décadas, ainda é um processo muito embrionário, em processo de construção, por trabalhar justamente a transição do modelo asilar pra o substitutivo mais adequado, de cunho comunitário. Vem a romper com um paradigma que está posto na nossa sociedade, na história da nossa formação, na nossa cultura, na nossa forma de ser, está na raiz da nossa formação, tá no sangue. [...] A reforma pensa estrategicamente numa rede assistencial que inclui a construção de uma rede composta pelos serviços substitutivos [...] pra construir ou colocar em prática, o pressuposto principal da reforma psiquiátrica, que é a desinstitucionalização, que é a desospitalização, que é o grande desafio da proposta. [Ent. 17]

Nesse relato foi demonstrada uma percepção da reforma psiquiátrica como avanço na esfera do direito e um movimento em processo que foi denominado como sendo “muito embrionário” e com muitos desafios a serem enfrentados. A declaração, na sua totalidade, comportou um recorte temporal e histórico sobre a proposta em pauta, apresentando uma riqueza de detalhes sobre as especificidades da política de saúde mental em consonância com o que é preconizado pelo

Ministério da Saúde. Todavia, interpreta a reforma psiquiátrica – assim como a entrevista nº 16 – como desospitalização.

A desinstitucionalização como desospitalização, na visão de teóricos como Rotelli e Amarante, constitui, sim, uma crítica ao modelo da organização psiquiátrica, mas está voltada principalmente a objetivos administrativos, ou seja, medidas de redução dos custos da assistência para os cofres públicos (diminuição de leitos, redução da média de tempo de internação, fechamento de hospitais, criação de serviços intermediários), sem, contudo, obter uma transformação da natureza da assistência.

6.4 Concepções da reforma psiquiátrica no contexto do município de Fortaleza

Lê-se nas seguintes declarações:

A reforma em Fortaleza tá muito recente, [...] tem muitos desafios, porque muitas vezes a política pública se mescla com a política partidária, de acordo com o gestor municipal. Ela pode avançar ou recuar conforme as pressões políticas e econômicas. [...] não estamos ainda em condição de dizer: temos serviços substitutivos suficientes a um contingente de dois milhões e meio de habitantes. Alguns hospitais psiquiátricos fecharam, isso é uma conquista do que se preconiza a reforma. Entretanto, precisaríamos ter mais equipamentos, sobretudo CAPS infantil, só temos dois, é insuficiente. Não temos ainda o atendimento nos hospitais gerais, sobretudo nos hospitais do município, isso é uma grande lacuna, não contemplar na própria rede municipal a garantia do atendimento a pessoa em crise. Grande lacuna em relação à residência terapêutica: só temos duas em funcionamento; em relação aos próprios CAPS, um para atender população de 600 mil habitantes. É sobrecarregar, é trazer uma dificuldade em relação ao atendimento do usuário e também o sofrimento das equipes, dos trabalhadores, porque não dão conta. [Ent. 05]

A reforma psiquiátrica em Fortaleza avançou a partir da mudança de governo pra governo. Ainda é insuficiente, precisa avançar mais e do ponto de vista da parte mais crítica, o paciente agudo, em crise. A situação tá ruim. Fechamentos de leitos intempestivamente, sem que tivesse uma rede de saúde mental mais robusta do que a que existe, trouxe um prejuízo muito grande pra população. Tem problema pra ser resolvido, sobretudo na parte emergencial. [...] novamente a Sociedade Cearense de Psiquiatria se ofereceu pra contribuir com o município pra resolver os problemas da saúde mental e finalmente, em dezembro do ano passado, eles procuraram a gente pra organizar uma emergência no Hospital de Gonzaguinha do José Walter. A cooperativa se prontificou a compor a equipe pra abrir essa

enfermaria. Até hoje! Depois de quase um ano, foi assinado um contrato com a cooperativa pra abrir essa emergência. Está indo para o Diário Oficial, não sei mais nem se vai abrir essa emergência, porque perderam a eleição. [...] O município tem bons projetos, mas tem péssimos gestores, vinha tendo péssimos gestores, sobretudo na área de saúde mental, pessoal muito arrogante, muito dono da verdade e muito incompetente na execução das coisas, que pra acontecer demoram séculos. [...] Então, precisa ter ambulatórios especializados em vários locais da cidade, não é só CAPS e só internação, tem que ter residência terapêutica e não tem, é insuficiente. [Ent. 01]

Os dois declarantes acima (entrevistas 05 e 01) pontuam as dificuldades no âmbito político-governamental na esfera municipal. Reconhecem as falhas na estruturação da rede de serviços de saúde mental, mencionando, com propriedade, estatísticas do quantitativo de equipamentos que, em suas opiniões, são insuficientes para o contingente populacional da cidade. As falas contemplaram também a questão dos fechamentos dos hospitais psiquiátricos que vêm ocorrendo de forma abrupta e sem a implementação de uma rede assistencial adequada. Isso vem causando problemas importantes, sobretudo para os serviços CAPS, que são interpelados pela atual gestão a absorver a população advinda dessas instituições sem, contudo, apresentar estrutura.

A entrevista nº 05 refere-se à reforma psiquiátrica como um processo ainda recente no contexto de Fortaleza e mostra otimismo em relação aos desafios postos. Em relação à declaração contida na entrevista nº 01, observa-se um acentuado descontentamento com a atual gestão do município. Traz também um dado novo em termos de serviços assistenciais, que é a possibilidade da implantação de uma emergência psiquiátrica no Hospital de Gonzaguinha do José Walter – porém, essa implantação ainda é incerta, caminhando ao sabor das indefinições da atual política de saúde mental no âmbito do município.

Na declaração abaixo, a pessoa diz:

Totalmente engessada, muitíssimo engessada. Ela tá engessada por uma crônica e cruel falta de verbas, por um aprisionamento ideológico que faz com que as pessoas se prendam ao que era proposto há 40 anos e percam a noção do que houve de avanço de realidade de lá até aqui. A gente vê o discurso de hoje como o mesmo discurso de 30 anos atrás. Pra mim essa é uma discussão de 30 anos atrás. É uma coisa muito antiga que tá repetitiva, as pessoas perderam a oportunidade de evoluir na militância. Eu, por exemplo, acho que isso já não é novo pra mim. Eu acho que novo pra mim é a militância por questões de prevenção. [Ent.11]

O relato da entrevista nº 11 é enfático sobre sua concepção acerca da reforma psiquiátrica no município, ou seja, “engessada”, uma discussão pertinente às pessoas aprisionadas numa ideologia de 40 anos atrás. Nesse mesmo depoimento, menciona as palavras *engessamento* e *avanço* para se referir à mesma questão, reforma psiquiátrica, o que se apresenta em certa medida como um discurso ambíguo e contraditório.

A entrevista seguinte refere:

Eu considero muito incipiente, claudicante. Se a gente considerar uma cidade como a nossa, dois milhões e meio de habitantes, e ter um CAPS geral atendendo em média meio milhão de pessoas, é difícil você conseguir por em prática essa estratégia de assistência extra-hospitalar de uma forma adequada, que supra de fato as necessidades dos pacientes e que tenha condição digna, menos trabalho pra gente. Leito em hospital geral não tem [...]. Tem muita coisa a ser feita ainda, mal começou essa reforma no modelo de assistência aqui em Fortaleza, mal começou. Está sendo feita só uma parte dela, que é extinguir leitos em hospitais psiquiátricos, mas não tá havendo a compensação de abrir pelo menos alguns em hospitais gerais. Tem muito hospital desse aí que tá fechando, que de fato não devia tá aberto, não, não tinha condição mínima de funcionar, eu concordo que alguns fechem, só que precisa fazer a outra parte, criar leito em hospital geral. [...] os pacientes tanto entram em crise como adoecem e outras coisas e a gente não tem como cuidar disso, a gente encaminha e os hospitais gerais ainda têm muito preconceito e recusa em aceitar os pacientes. A gente ainda é muito carente disso. [Ent. 15]

Não tem CAPS suficiente, os serviços substitutivos são insuficientes. Os trabalhadores são despreparados, a maioria, e o que eu vejo mesmo é que não tem serviços, tá um caos, e o dano maior é para o paciente. Vejo também que ainda tem muito a ser feito na saúde mental aqui, muito mesmo. Tá em construção, tenho certeza, e você sente isso ao observar, por exemplo, o Congresso Nacional de Saúde Mental, não se vê muito apoio, a presença de psiquiatra é mínima, se via mais as outras categorias, mas o psiquiatra que faz parte, não. Não tem muitos colaboradores, poucas editoras expondo. Diferente do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, aí entra a questão medicamentosa, os laboratórios, aí tem apoio demais. Mas, quando desvincula desse modelo biomédico, quando quer mudar um pouquinho, o pessoal cai fora. Já não tem apoio. Há uma dificuldade, sim, mas tem grandes profissionais lutando no nosso país por isso, mas não é fácil, não, olhe, não é fácil. [Ent. 13]

A entrevista nº 15 refere-se à reforma psiquiátrica em Fortaleza como incipiente, que apresenta problemas importantes, os quais tornam a execução das diretrizes da reforma algo bastante complexo. Compreende que se trata de um

processo que se encontra em fase inicial e crítica a forma como ela vem se dando no município a partir do fechamento dos hospitais psiquiátricos, que vem acontecendo sem que tenham sido criados minimamente leitos em hospitais gerais. Discutiu ainda o preconceito presente nesses últimos em relação à pessoa com transtorno mental.

A declaração contida na entrevista nº 13 também interpreta a reforma psiquiátrica como insuficiente, um processo em vias de construção inicial. Menciona a questão da falta de preparo da maioria dos técnicos, tendo como desdobramento danos aos usuários dos serviços substitutivos. Como exemplo da insuficiência do processo da reforma psiquiátrica, discute a falta de interesse de grupos que fazem parte da saúde mental quando o assunto se distancia do modelo biomédico.

Nas concepções que seguem, temos:

Capenga, porque nós reproduzimos um modelo ambulatorial de saúde pública. Há os méritos da atual gestão, que realmente ampliou sobremaneira a quantidade, o quantitativo de CAPS e de profissionais atuando nesses CAPS. Realmente houve investimento maciço em capacitações e na diversificação das alternativas terapêuticas intramuros nos CAPS. No entanto, existe um modelo ambulatorial que não atenta para a questão de outros determinantes de saúde, ou de outros influenciadores da saúde. Um exemplo também é a questão de rede. A rede CAPS é uma rede que num certo sentido se manicomializou, porque é uma rede desintegrada da rede, por exemplo, de hospitais secundários, de hospitais terciários, não existe uma informatização de prontuários que interligue e que possa fazer uma conexão de um CAPS pra outro, de um CAPS para um hospital. A rede de terapias alternativas não farmacológicas nas comunidades não foram implantadas ou foram implantadas de modo muito incipiente, [...] especialmente o CAPS AD, por exemplo, ele tem ainda muito desse modelo ambulatorial. E outros CAPS também. [Ent. 04]

Aqui em Fortaleza, acho que a reforma, apesar desses quase 20 anos, ainda está acontecendo. A grande dificuldade, em minha opinião, se deve à questão da estruturação de uma rede de assistência na sua totalidade, porque às vezes eu tenho a impressão de que, dentre aquelas várias instituições previstas para substituir o hospital psiquiátrico, apenas os CAPS tivessem implantação mais visível, enquanto residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatório de saúde mental, ainda não. Não foram implantados ou, se foram implantados em pequeno número, o que torna, em minha opinião, uma impressão de que os CAPS tão se tornando mini-hospitais e estão centralizando todo o atendimento, como acontecia nos hospitais no modelo do passado. [Ent. 09]

Refletir a reforma psiquiátrica a partir da ótica das entrevistas 04 e 05 nos remete a pensar mais uma vez sobre a questão evidenciada e já mencionada neste trabalho algumas vezes: criar equipamentos como os CAPS não significa necessariamente a reversão da lógica do modelo tradicional historicamente constituído, isto é, não garante que haverá uma adesão significativa dos princípios norteadores e diretrizes dos novos paradigmas, nem por parte de técnicos, tampouco dos gestores.

Observa-se, não exclusivamente Fortaleza, mas em quase todo o País, a existência de um importante equívoco que vai se constituindo na medida em que os CAPS vão sendo implantados em larga escala, mas que em sua maioria exercem apenas o papel de mais um serviço de saúde executor de ações ambulatoriais, como enfatiza a entrevista nº 04.

Constata-se, nos registros do Ministério da Saúde, um incremento substancial de implantação de CAPS em várias partes do País a partir de 2004. Dessa forma, poderia estar havendo uma melhora expressiva da assistência em saúde mental, tomando por referência a aceleração da implementação desses serviços nos últimos dez anos. Mas, ao contrário, o que se verifica, apesar dos “avanços” ocorridos, é a uma ínfima modificação no processo assistencial que deixa a impressão de estarmos vivenciando a mesma lógica dos modelos tradicionais, ou seja, a transformação de CAPS em “mini-hospitais”, a exemplo do que se declarou na entrevista nº 09. Nesse sentido, utilizo aqui uma expressão de Franco Rotelli (1990) que muito bem define essa realidade: a concepção de psiquiatria reformada.

A “proliferação” dos CAPS vem ocorrendo, em grande parte, em função da atual lógica de incentivo de financiamento adotado pelo Ministério da Saúde para a execução desses serviços. Ela induz, na grande maioria dos casos, os gestores a se interessarem em implantar CAPS, não pela possibilidade estratégica de transformações no modelo de assistência, mas unicamente estimulados pelo repasse de recurso financeiro, o qual muitas vezes sequer é utilizado na saúde mental, sendo destinados a outros campos da saúde. (YASUÍ, 2010)

Nas declarações abaixo, as pessoas dizem:

Não tenho muito que diferenciar do outro município que eu trabalhei. Mas eu vejo que está bem, está seguindo um bom caminho aqui em Fortaleza, porque tem um objetivo que é não fazer com que essas pessoas fiquem dentro dos CAPS, elas tenham um espaço lá fora.

Vejo que tá se abrindo, ainda tá caminhando, já tá dando os primeiros passos pra uma melhora significativa. [Ent. 14]

Tem-se diminuído os hospitais, o CAPS contribuiu para a diminuição dessa hospitalização, mas eu acho que falta oportunidade para essas pessoas [...] de políticas públicas que assegurem direitos para essas pessoas estarem trabalhando, já que a reforma preconiza isso, de incluir essas pessoas em sociedade, romper estigmas. Ter algum canto que essas pessoas produzam, que tenham meios de se mostrar como pessoa, e eu acho que aqui no Brasil não tem políticas que ajudem essa pessoa a ter esse tipo de direito. Acho que faltam políticas, direitos de estarem trabalhando, de não tá só recebendo benefícios. Porque pra mim esse benefício do INSS [BPC], às vezes, ele é uma coisa boa, e às vezes também ele é uma coisa ruim, que muitas vezes o paciente acaba perdendo e não quer fazer outra coisa, e fica à mercê disso, dessa espera. [Ent. 07]

[...] Os CAPS dão uma certa assistência, mas tem pacientes que não são de CAPS também, tem pacientes que são graves e precisam de hospital. E quantos hospitais aí a gente já vê fechado? Suliano, IPC, redução de vagas de leitos, quer queira ou não queira, esses pacientes também precisam, tem outros tipos de perfil de pacientes mais graves que precisam. [...] Faltar o haldol, faltar o biperideno pra um paciente desse, como é que a gente vai segurar? Como é que a gente vai manter o tratamento se não tem o mínimo? [...] eu vejo a rede de saúde mental municipal, várias falhas, [...] desde o tratamento de base, até o tratamento mais grave, o tratamento terciário por falta de leitos, por falta de medicação, falta de emergência psiquiátrica, [...] porque a partir do momento que eu dou a medicação, dou a consulta, tenho um local pra fazer terapia com esses pacientes, ofereço tudo que ele precisa, ele não vai precisar do hospital. O que a gente vê é que ele não tem, desde o começo, o que precisa, e queira ou não queira, já pula a etapa do básico pro mais grave, que é o hospital. [Ent. 03]

As três entrevistas acima pontuam questões diferentes, porém inter-relacionadas. Em comum abordam a fragilidade da rede de saúde mental do município, vindo à tona mais uma vez a questão do fechamento dos hospitais psiquiátricos.

As declarações contidas nas entrevistas nº 14 e 07 discutem temas referentes à criação de políticas públicas que garantam à pessoa com transtorno mental o direito à inclusão no mercado de trabalho, dentro de uma perspectiva de inserção social.

A entrevista nº 03 menciona temas extremamente importantes, como falta de medicação, consultas psiquiátricas e atividades terapêuticas como elementos determinantes para a não internação. Concebe a reforma psiquiátrica focada basicamente na mudança da assistência, ou seja, o discurso expressa a noção de

centralização das ações no âmbito do CAPS a oferecer “tudo que ele precisa” – ele, nesse caso, o usuário.

Nesse contexto, são apropriadas as reflexões de Lobosque (2001) ao afirmar que existem outros aspectos igualmente importantes no processo voltado para a não internação, que vão além do projeto terapêutico. Tais aspectos incidem em questões relacionadas às redefinições das concepções sobre a loucura, quer seja da parte dos profissionais de saúde, quer dos familiares, da sociedade: trabalho, política, renda, cultura e lazer.

Os serviços CAPS precisam ser compreendidos como lugar de passagem, com vistas a constituir estratégias que possibilitem a ampliação de novos agenciamentos sociais e incrementos da autonomia dos usuários.

Dessa forma, corre-se menor risco de haver reprodução das práticas de dependência com a instituição tal como se deu nas instituições manicomiais. Sintetizando aqui um pensamento de Amarante (2012), a reforma psiquiátrica não busca apenas reorientação do modelo assistencial, e sim a transformação do lugar social da loucura.

Outra entrevista assim declara:

Não adianta eu tirar o paciente lá do hospital de Messejana pra botar ele onde? Em casa? Se ele não tem família? Numa casa de acolhimento [*residência terapêutica*] que vai só perpetuar uma história que ele já tinha no hospital de Messejana? Num CAPS? [...] A reforma psiquiátrica tá acontecendo, às vezes, eu acho que tá acontecendo assim, sendo forçada, certo? Pra ver se as outras instâncias interagem, mas ela tá esbarrando nos muros de sempre, o paciente sai do hospital mental, ele é desospitalizado e aí a gente faz o que com aquele paciente? O CAPS não resolve. A reforma psiquiátrica teria que ter uma reformulação na sua história. Antes de a gente fechar o hospital, antes de a gente colocar a reforma psiquiátrica em si, a gente teria que ter mais CAPS, mais CAPS 24 horas, a gente tem que ter leito no hospital geral. Ela [*reforma psiquiátrica*] tá entavando pelas questões sociais do paciente com transtorno. [...] Enquanto não tiver uma reformulação onde toda a rede, que a gente fala tanto, toda a rede possa se mobilizar e interagir, a reforma psiquiátrica não vai acontecer, na íntegra não, ela vai continuar sendo empurrada com a barriga. [Ent. 10]

Apesar de mencionar o caráter social da reforma psiquiátrica e perceber a necessidade de articulação com a rede de saúde pública de modo geral e da intersetorialização entre as políticas públicas, percebe-se acentuada preocupação com a dimensão assistencial cometendo o clássico equívoco de conceber a reforma

psiquiátrica centrada amplamente como reorganização de modelo assistencial e implantação de serviços. Menciona as falhas existentes da rede de saúde mental discutindo o problema da desativação dos hospitais psiquiátricos.

Lê-se no seguinte relato:

Estudei a reforma psiquiátrica, mas acho que o meu conhecimento veio mais da minha experiência no serviço, vivendo essa reforma na prática. Não busquei com profundidade, mas ela é um novo olhar que se lançou para a pessoa que tem um sofrimento psíquico, um novo modelo de tratar. [...] Eu vejo, nesse processo, apesar das dificuldades, um avanço importante pelo viés da cultura. Hoje se consegue perceber a efetivação dessa reforma através também das ações culturais, devolvendo a esse grupo a possibilidade de vivenciar a sua cultura, a sua reinserção, a oportunidade de inserir a família nesse processo. O bloco “doido é tu”, que faz parte do carnaval de Fortaleza, é um momento onde se congrega todos os CAPS de Fortaleza, chama profissionais, familiares e a sociedade pra esse novo olhar sobre a saúde mental. Isso seria um dos avanços. [Ent. 12]

A entrevista nº 12 aborda a dimensão cultural contida na reforma psiquiátrica. Identifica dois aspectos importantes: primeiro, a cultura como caminho que leva à participação social envolvendo família e a sociedade, visando a transformar relações com a diversidade e alteridade; segundo, a arte-cultura no âmbito da reforma lança um novo olhar para a arte como recurso terapêutico, não preso aos paradigmas científicos, com apropriação de técnicas de análise de conteúdo expresso para obtenção de verdades, mas como na perspectiva trazida por Yúdice (2006), que é produção de vida, de subjetividade, significados e sentidos para os sujeitos.

6.5 Entendimentos e perspectivas de internação psiquiátrica

É consenso na literatura especializada que a assistência à pessoa com transtorno mental era, até bem pouco tempo, exclusivamente voltada às práticas desenvolvidas em hospitais psiquiátricos através das internações. Com o advento da legislação de saúde mental em voga hoje na sociedade brasileira, está em curso uma proposta de reversão da lógica de operacionalização prático-teórica nesse campo de ação. Constata-se também que o ato de internação psiquiátrica é uma

atividade atravessada por complexidade e dependente de múltiplas variáveis, de modo que às vezes torna-se complexo decidir por ela.

Lê-se na declaração abaixo:

Acho que a internação psiquiátrica está muito vinculada a essa ausência dos equipamentos. Poderíamos, sim, viver sem manicômio, certo? Desde que nós tivéssemos garantia de que a pessoa numa crise psicótica mais grave pudesse ser acolhida e tratar, ter essa garantia. Porque CAPS 24 horas nós temos um, no município que é de acolhimento. [...] os CAPS só funcionam em regime ambulatorial, porque não existe hora marcada para se ter uma crise, e precisamos ter garantia de que a cobertura tem que ser integral. [Ent. 05]

A entrevista nº 05 percebe uma relação entre internação psiquiátrica e a ausência de dispositivos que funcionem em tempo integral, que possa dar vazão ao fluxo. Diz ainda, nesse depoimento, que é preciso ter consciência de que o fechamento dos hospitais psiquiátricos deve acontecer, sim, mas de forma responsável, isto é, concomitante à criação de novos equipamentos de saúde mental, para que essa transformação não prejudique os usuários.

No relato que segue, lemos:

Hoje aqui no CAPS geral contamos com a opção do CAPS 24 horas, que foi um grande avanço, porque são internações curtas, só pra tirar da crise. Mas a gente só conta com esse CAPS que tem esse tipo de internação. Prevalece ainda a internação no hospital psiquiátrico. Hospital geral, só teve aquela experiência no Ana Carneiro que não deu certo. É uma questão difícil, já escutei pacientes falando de dificuldade de conseguir leito quando precisa se internar, de ter que esperar. Fecharam alguns hospitais psiquiátricos, reduzindo o número de leitos, e não construíram leitos em hospitais gerais ao mesmo tempo e na mesma proporção. A rede de saúde mental já deu alguns passos, já começou as pequenas sementinhas, mas precisa ampliar. [Ent. 08]

A declaração acima faz referência ao CAPS 24 horas entendendo a sua funcionalidade como avanço, porém incipiente do ponto de vista da demanda do município. Apesar de elencar uma série de dificuldades presentes na rede, mostra-se otimista com a política.

Outra entrevista expõe:

A internação psiquiátrica tem que considerar, primeiro de tudo, a gravidade clínica. Segundo, aquele doente, aquela pessoa tem condições de ser cuidada no ambiente familiar? A família tem

estrutura pra dar suporte? O CAPS [...] tem condições de dar esse suporte também a essa pessoa? Caso a família não tenha, como é que vai ser de noite pra essa pessoa? E a questão da vulnerabilidade, esse indivíduo tá numa situação de rua? Então, a gente tem que conjugar o critério da gravidade clínica e da possibilidade, que preserve a integridade física e moral e até mesmo mental do próprio paciente [...]. Da forma como ele foi estruturado [CAPS 24h de Fortaleza], ele é desestruturado, porque ele acolhe pacientes graves, que podem precisar ou estão precisando de uma internação. [...] podem estar acolhendo pacientes graves que necessitam de internação, e expõe o paciente e expõe a equipe, pela questão da estrutura física e pela questão organizacional. [Ent. 04]

Nessa entrevista, considera-se a internação psiquiátrica necessária quando da gravidade clínica e se chama atenção para a possibilidade das dificuldades no âmbito familiar e institucional no âmbito dos CAPS diante de determinadas situações de crise. Ainda nesse depoimento, em relação ao CAPS 24 horas, criticou o posicionamento da atual gestão municipal em estar criando plantão de sobreaviso de especialidade médica, ao revés da legislação médica, e diz: “para haver plantão de sobreaviso de especialidade médica, nós teríamos que ter, pelo menos, um clínico geral”. E acrescenta: “se isso não ocorre, esse médico incorre em infração contra a medicina, ele pode ser processado no conselho”. Nessa perspectiva, identificam-se formas de relações de trabalho precarizadas entre profissionais de saúde e gestão municipal.

Abaixo se lê outra declaração:

Como a gente é de CAPS, a gente sempre levanta a bandeira pra não internação, mas, em certos casos, com certeza precisam dessa internação. Hoje a gente vê o quanto é difícil conseguir uma vaga, muitas vezes o paciente passa dias e não consegue, e acaba voltando pro CAPS. O que fazer? Nas visitas aos hospitais, mesmo pacientes que estão beneficiados com vagas, eles não tã num local digno. Digno assim, de não ter uma boa higiene [...], uma boa alimentação, um médico que possa estar indo lá. Na ala de vários pacientes a gente não vê um psiquiatra presente, só vê ali as receitas, [...] o psiquiatra vai pela manhã, prescreve. E se o paciente precisar? Não tem psiquiatra no hospital psiquiátrico. Eu vejo nessa parte hospitalar um pouco de desumanidade. Eu acho que não tem aquele carinho, eu acho que realmente ainda fica aquele depósito de paciente. Eu já presenciei do caso do nosso paciente recente, aquele que tu sabe, que não pode citar o nome, não é? Mas assim, ele tava com mordidas, com marcas de asfixia no pescoço, sujo, não tava alimentado, o paciente tá jogado com outros tipos de pacientes, triste a situação. Hoje eu vejo a rede hospitalar municipal de uma forma precária, de uma forma que não tá dando condições suficientes pra que o paciente tenha um tratamento digno. [Ent. 03]

A declaração acima pontuou o posicionamento dos CAPS em relação a internações psiquiátricas, bem como as dificuldades presentes quando da necessidade de se obter vagas para internações. Faz uma breve caracterização dos hospitais psiquiátricos a partir de suas experiências adquiridas em visitas em caráter institucionais a esses espaços. Num segundo momento, centraliza seu discurso na questão da dignidade como um atributo de nobreza inexistente nesse tipo de instituição. Ainda nessa declaração, faz referência ao caso “Jota”, contextualizando como ele se encontrava no dia em que foi visitá-lo.

Observa-se no relato que segue:

É muito mais fácil você tratar alguém em crise distante de mim, que ali eu não participo, não atuo, não vejo, não me incluo, não me percebo, consigo me resguardar dos meus medos, minha integridade em tantos aspectos. Mas esse é um pensamento muito simplista. Então essa questão é fundamental, porque muitas vezes é o nosso entender. [...] Será que no dia a dia eu defendo essa questão do ponto de vista da minha prática? Será se isso é um contrassenso? A corrente hegemônica do ponto de vista da reforma psiquiátrica vem defender radicalmente a desinstitucionalização. Mas essa corrente não é única, existe também uma vertente teórica que considera em certa medida que é possível a convivência entre o serviço substitutivo e o serviço hospitalocêntrico, numa perspectiva que reitere valores de cidadania. [...] Mas como é que a gente faz pra tentar legitimar o direito de cidadania sem reforçar o antigo ideário? Às vezes a gente se pergunta, de que lado eu estou? O que eu defendo, quando muitas vezes a gente se depara com um paciente em crise que muitas vezes não dá pra dar conta num serviço CAPS tipo II ou III? Eu diria que na atual conjuntura é muito difícil dizer que nenhuma internação vai ser possível, se não tem uma retaguarda pra dar conta disso. De certa forma, o que tenho ainda é o bom senso. Mas o ideário não morre. [...] Se pelo menos as situações forem reguladas em parceria com o usuário, com a família e a equipe, eu acho que a gente já avança muito. Se a equipe participa do processo e traz a família pra discutir com a gente, eu acho que a gente tá fazendo a reforma psiquiátrica, muito mais do que ficar vislumbrando se o fim pode ser a internação. E não simplesmente negar, sem a gente dar retaguarda, sem a gente poder dar. [Ent. 17]

O relato contido na entrevista nº 17, ao se referir a uma vertente teórica que propugna a “convivência entre o serviço substitutivo e o serviço hospitalocêntrico”, nos fornece uma via fecunda de análise à luz do pensamento de Franco Rotelli (1990). Trata-se, pois, de uma formulação estabelecida a partir de um processo deflagrado nos EUA denominado de psiquiatria reformada, em que foram criados

serviços territoriais que conviviam com a internação, mas sem haver a substituição desta.

O desdobramento dessa experiência trouxe como resultado a transformação do sistema de saúde mental em um “circuito” autoalimentado em que a segregação existente nas instituições manicomiais foi substituída pela dinâmica da circulação entre os serviços especializados pontuais e os fragmentados, estabelecendo dessa forma o que Rotelli passou a chamar de desinstitucionalização como desospitalização. Dito de outra forma, na verdade houve um processo de mudança (redução de leitos, redução do tempo de internação, reorganização da assistência dentro dos hospitais, fechamento de hospitais psiquiátricos e criação de serviços substitutivos), ou seja, uma política de medidas saneadoras e racionalizadoras para os cofres públicos, sem nenhuma transformação efetiva, apenas uma psiquiatria reformada.

Nesse depoimento, ao elaborar seus questionamentos como perguntas de partida para expor suas argumentações em torno do tema proposto, emergiram, ainda que de forma implícita, conotações acerca do caso Jota. Deixando claro que, mesmo diante das dificuldades existentes na rede de saúde mental em relação à assistência em momentos de crise, se a equipe realiza uma ação conjunta com a família para discutir a situação do usuário, isso consiste em “a gente está fazendo a reforma psiquiátrica, muito mais do que ficar vislumbrando se o fim pode ser a internação. E não simplesmente negar, sem a gente dar retaguarda”.

A frase entre parênteses é bastante emblemática porque ela traz consigo o verbo transitivo “negar”, que, de acordo com Aurélio, significa: contradizer, afirmar que uma coisa não existe. Importa destacar que o referido verbo esteve presente de forma veemente em algumas das falas dos sujeitos, quando o tema abordado era internação psiquiátrica, figurando-se como uma espécie de código permanentemente enviado à pesquisadora.

Observemos o seguinte depoimento:

Eu não vou falar de Fortaleza, vou falar como eu vejo aqui no CAPS. Em alguns casos eu acho que não tem jeito. A gente tenta, tem paciente que tem suporte familiar, medicamentoso, as terapias alternativas, tem o psiquiatra e não melhora. Falar do paciente com transtorno mental é pensar em todo o contexto. Às vezes, eu penso que pra família não é justo conviver com uma pessoa que tá doente 24 horas e não vê nenhuma solução. Não é que você passe pro hospital mental uma responsabilidade que é da família, não é isso.

Mas é porque o hospital teria um suporte que a família na casa não tem. Entendeu? A família não tem como protelar, e eu concordo. A gente teve um caso aqui em que eu fui contra inicialmente, mas depois eu vi que não tinha outro jeito. Mas aí você me pergunta: esse paciente sai de lá melhor? Não. O que eu observo é que momentaneamente você tira o paciente da crise familiar, não é da crise psicótica. Eu entendo isso, o que você resolve na verdade com a internação é a crise da família. Porque a medicação que ele tá tomando lá ele estava tomando aqui. Eu sei que o internamento, em alguns casos, ele não tem uma resolução em nível de doença, tem uma resolução em nível de família, de sociedade, até do CAPS. Tu quer me dizer que não tem funcionário aqui que acha que seria excelente que uma paciente como essa que a gente tem todo dia aqui, complicada, saísse e passasse seis meses no hospital internada? Então, pra alguns profissionais é um alívio e até pra equipe do CAPS. Na verdade eu vejo algumas internações como remediar uma crise, mas não psicótica, não do paciente. Você só remedia uma crise na família, na unidade de saúde, no CAPS o qual o paciente faz parte. [Ent. 10]

Essa declaração reflete a internação psiquiátrica sob o prisma dos casos refratários, ou seja, situações em que o usuário não responde bem ao projeto terapêutico (suporte familiar, medicação, psicoterapia e o que mais esteja disponível para o tratamento). Pontua as dificuldades inerentes a casos dessa natureza e diz não achar “justo” para a família a convivência com essas pessoas, compreendendo que o hospital psiquiátrico, no caso, possui estrutura para tratar, o que na ambiência familiar não é possível.

Nessa fala também veio à tona o episódio do usuário “Jota”. Nesse sentido, consideramos a interpretação assumida pela entrevista nº 10 emblemática por representar, em certa medida, o que a maioria da equipe do CAPS presente àquela reunião, em consenso e após exaustiva discussão, entendeu ser adequado para o usuário – ou seria para a família?

É interessante observar que, durante as discussões sobre o caso, em fatigantes e repetitivos momentos, questionava-se: Jota está realmente em crise? E jamais houve respostas claras e objetivas a essa questão. Em contrário, ela era respondida com relatos e argumentações de que havia uma família em perigo causado por uma pessoa descumpridora da ordem, sem limites e na iminência de cumprir ameaças que fazia. Uma família que precisava urgente e desesperadamente de “descanso” um pouco de “paz”, e dessa forma se fazia necessário interná-lo, nem que fosse num CAPS 24h.

Trata-se de um caso bastante instigante, complexo e delicado, que nos interpela a fazer uma análise crítico-reflexiva, pois, se partimos do pressuposto de que a internação psiquiátrica tem de considerar, principalmente e antes de tudo, a gravidade clínica, questionamos em que medida estaríamos reproduzindo a lógica, ainda que sutil ou talvez inconsciente, dos antigos modelos de assistência, que aprecia o poder instituído nos mecanismos de disciplinarização, empregada aqui na perspectiva de Foucault (1997), presentes nos espaços institucionais hospitalares?

É inquestionável que a internação psiquiátrica configura-se como um meio importante a responder à complexidade das necessidades da pessoa com transtorno mental – que isso fique sempre muito claro – em crise clinicamente comprovada, quer seja em hospitais psiquiátricos, hospitais gerais ou CAPS 24 horas. Todavia, há que se ter muita cautela e, sobretudo, posturas mais criteriosas para não incorrer em gravíssimos equívocos históricos dentro dos serviços substitutivos em busca de disciplinar, vigiar e punir.

A internação representa também, em alguns casos específicos, segundo a opinião expressa na entrevista nº 10, alívio da carga de tensão e de trabalho tanto para a família quanto para as equipes de saúde.

Na compreensão abaixo assumida, vê-se:

A internação psiquiátrica é uma situação que em casos específicos é necessária. [...] Sempre faço paralelo, um doente traumatológico deve ter ambiente adequado para internação, ter rampas, estrutura física compatível com o problema. A psiquiatria da mesma forma. Algumas patologias têm especificidades, requer ambiente próprio. [...] A internação psiquiátrica é necessária e a gente tem que redefinir os ambientes adequados pra internação. Outra coisa, eu observo, trabalhando em hospital público de psiquiatria, que a procura por internação, hoje em Fortaleza, grande parte é composta por dependentes químicos, pessoas que já são portadores de doenças psiquiátricas de longa data, também muito por motivos sociais e os familiares buscam a internação. Em menor escala, pessoas que estão apresentando pela primeira vez um quadro de uma doença psiquiátrica, porque houve avanço na farmacoterapia, muitos casos podem iniciar o tratamento num ambiente extra-hospitalar com bons resultados, envolvendo a família e os grupos mais próximos da pessoa. Hoje refletindo... Quando eu for pro hospital psiquiátrico mais tarde, eu vou encontrar: portadores de retardo mental, que é uma internação assim, a priori, que não traz nenhum benefício para o paciente. Veja, o portador de retardo mental que passa 45, 60 dias internado, 90 dias, às vezes podem mudar de hospital pra hospital... Ou internação, às vezes por determinação judicial. Esta é a realidade hoje que eu vejo, internação não por busca de recuperação, mas por questões sociais, conflitos que envolvem outras áreas, tem muitos casos. Muitos casos. [Ent. 09]

A declaração nº 09 compreende ser a internação psiquiátrica necessária em determinados casos. Em vários trechos da fala, é trazida a questão da necessidade de se redefinir o ambiente apropriado para internações psiquiátricas em hospitais gerais. Menciona os avanços no campo farmacológico voltado ao tratamento dos transtornos mentais, bem como faz uma caracterização empírica da população que busca internação psiquiátrica atualmente em um determinado hospital psiquiátrico situado no município. Ao lado disso, fez uma referência, ainda que velada e muito sutil, sobre o caso “Jota”, mencionando com um semblante visivelmente descontente e com certa expressão de lamento o fato de pessoas com diagnóstico de retardo mental serem internadas e permanecerem de 45 a 60 dias internadas, quando a internação nesses casos, “a priori, não traz nenhum benefício para o paciente”.

Aqui buscamos refletir à luz e à sombra da realidade investigada, como bem assevera Minayo (2012), apurando o olhar e o ouvir para além do que o gravador consegue registrar e dessa forma captar o não dito em palavras, mas em gestos, olhares e silêncios.

É refletindo à luz do pensamento de Minayo (2012) e considerando a voz que grita no silêncio que observamos ser o conteúdo presente na fala da entrevista nº 09 uma mensagem codificada a respeito da internação de “Jota”.

Nessa entrevista ressaltou-se ainda que a sua prática tem evidenciado a internação não como um recurso para recuperação de pessoas em crise, sofrimento mental, e sim por questões que vão além, tais como problema social, judicial e conflitos.

Verifica-se na declaração que segue:

A internação psiquiátrica é o último recurso que você usa pra um paciente em crise, que tá trazendo risco para ele e pra quem tá do lado dele. Pode ser um momento até traumático pra o paciente, ele vai estar lá confinado num hospital, no meio de outros pacientes que também vão estar em crise. Do jeito que acontece hoje em alguns hospitais: péssimo. [...] o paciente fica lá confinado numa enfermaria, no máximo deve sair uma vez por dia pra fazer uma terapia. Infelizmente não dá pra escapar da necessidade da internação, paciente com esquizofrenia refratária que não responde a nenhum antipsicótico, por mais que tenha um tratamento maravilhoso nos instrumentos fora do hospital psiquiátrico. Mas assim, muitas internações não precisavam acontecer, por exemplo, paciente sai de alta, procura consulta no CAPS, não recebe remédio, entra em crise de novo. Tem casos que o paciente vai pra emergência sozinho e ele mesmo diz que não tem casa, sai, foge de casa. Tem família que não

quer o paciente em casa. Eu já vi vários casos, tipo, de o paciente não estar em crise, estar tranquilo, e a família vem porque a mãe vai se operar e a mãe é a única que cuida dele, ou porque vai chegar o Natal e vão viajar. Isso várias vezes, mas esse tipo de paciente a gente não interna, mas assim, só pra você ver a visão das pessoas ainda em relação a isso, entendeu? Do hospital como asilo, como abrigo, entendeu? Isso ainda existe muito mesmo. Apesar de ele não estar em crise como critério pra internar. [Ent. 16]

A entrevista nº 16 também compreende a internação psiquiátrica como necessária em casos específicos e diz que ela chega a se constituir em trauma algumas vezes para o usuário. Contextualiza a dinâmica dos hospitais psiquiátricos, especificamente os que em sua opinião não são adequados, e faz menção ao Hospital de Saúde Mental de Messejana como sendo, nas suas palavras, “um pouco melhor, já que é mais antigo e tem estrutura melhor”.

Discute as falhas que identifica na rede de saúde mental, sobretudo a falta de vagas nos CAPS e a escassez de medicação psicotrópica. Junto a isso, faz referência às dificuldades em relação ao suporte sociofamiliar e traz para o debate uma importante questão, que é a concepção ainda presente na sociedade em conceber o hospital psiquiátrico como sinônimo de asilo.

Esse fato antigo e ao mesmo tempo tão atual, de acordo com Castel (1978), foi marcado fortemente pela integração entre Estado e a psiquiatria através da regulamentação da internação psiquiátrica, legitimando o ato de isolamento da pessoa e disseminando na sociedade a falácia de que a loucura só poderia ser tratada em instituição asilar, colaborando para construção dessa percepção no imaginário coletivo que se arrasta até os dias atuais.

Nas percepções contidas nos relatos a seguir, temos:

Assim, os relatos que eu tenho dos pacientes é que são terríveis, são terríveis em termos de tudo. Até de segurança mesmo, são ameaçados pelos outros pacientes por conta de comida, eles têm ferimentos e passaram semanas sem nenhum cuidado em relação a isso, não levam pra um clínico, é só a medicação do transtorno. As condições físicas não são adequadas e higienizadas. Então, é só sofrimento. Mas é necessário internar em caso de surto, quando ele realmente tiver no sofrimento de delírio intenso de agressão, em que ele coloque em risco a vida dele e a vida de alguém, nos casos de suicídio, teria que ter um profissional, um psiquiatra que se responsabilizasse até ele sair da crise, na internação. Cada caso tem que ser avaliado, mas tem até se discutido: o que seria crise? E isso não tá claro entre todos. Cada um tem uma opinião aqui e não tem um consenso. Então, fica todo mundo solto, fazendo de acordo com

a sua visão, não existe um protocolo a ser seguido nesse caso. Sei lá [*risos intensos*]. [Ent. 06]

Bem, eu acho que a internação psiquiátrica é necessária, em alguns casos. Talvez a abordagem tivesse que ser outra. Deveria ser no próprio hospital geral. Eu acho que tem que ver quanto ao aspecto da própria pessoa, como ela tá se apresentando, o próprio paciente. Eu acho que a internação seria realmente para aqueles casos que estivessem esgotadas todas as possibilidades de tratamento, e que naquele momento ele tivesse correndo risco de vida, pra ele e pros demais familiares, ou pra comunidade. [Ent. 14]

As entrevistas nº 06 e 14 trazem em comum o fato de apontarem a internação como um recurso necessário para tratamento de crises, sobretudo quando se verifica risco para a vida do sujeito e das pessoas em sua volta. Num segundo momento, a entrevista nº 06 descreve um pouco a dinâmica cotidiana das internações nos hospitais psiquiátricos, tendo por base os relatos dos usuários. Questiona o conceito de crise e diz não haver ainda no CAPS um eixo norteador para tratar desse assunto. Na sua ótica, “fica todo mundo solto, fazendo de acordo com a sua visão”. Aqui, embora a pesquisadora não tenha detectado nenhuma ligação entre o que estava sendo declarado na entrevista com o caso Jota, a afirmação citada acima abre vias fecundas para uma reflexão acerca do caso, no sentido de se ter uma noção razoável do cenário institucional em que ocorreram os processos.

Observa-se nas declarações seguintes:

[...] Você tem que avaliar. Ela tá ameaçando, a família está correndo risco, ele tá correndo risco, ele tá pondo em risco naquela situação, naquele momento. Ele precisa ser contido, seria ótimo que ele fosse pra um hospital geral, lá tivesse leito, mas não. Tem que ir pro hospital mental. Nesses casos, eu acho que tem que ter uma internação. Existe critério? Existe. Agora, não crises existenciais, porque essas aí todos nós temos, crises existenciais todos nós temos. [Ent. 13]

Bem, a internação é necessária em alguns casos pra contenção da crise. Mas o que acontece geralmente é que a família prefere manter durante muito tempo aquela pessoa no hospital mais do que em seu domicílio. É como tirar a responsabilidade da família e jogar pra uma instituição, é o que eu consigo observar. [Ent. 12]

As declarações acima discutem o mesmo tema relativo ao preenchimento de critérios clínicos que justifiquem a internação. A entrevista nº 13 faz uma rápida referência à inexistência da implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais,

ao passo que na entrevista nº 12 é discutido o papel da família nesse contexto, que na sua percepção geralmente se posiciona no sentido de delegar a responsabilidade de seus parentes às instituições psiquiátricas.

Nota-se no discurso abaixo:

Quando ela é muito bem indicada, se você tem paciente em crise, que a gente vê que de fato não dá pra mantê-lo em ambiente domiciliar, e mesmo num ambiente assistido como o CAPS, é hora de recorrer à internação. A questão é indicar bem, e assistir de maneira mais próxima, ver o paciente todo dia, coisa que ainda não acontece nos hospitais. O próprio Ministério da Saúde deixa que seja assim. Nos hospitais bons, o paciente é visto todo dia. Sempre vai ser necessária, mas aí bem indicada, quando tiver preenchido critérios clínicos. Às vezes até sociais, dependendo da situação, mas esse artifício é pra ser usado de uma forma criteriosa [...] é que às vezes tem paciente que tá psicótico, morador de rua, [...] ele pode até não ter critérios de internação do ponto de vista da gravidade do quadro, mas ele tá com o juízo mental dele prejudicado, então às vezes precisa internar pra estabilizar o quadro, pra que ele possa gerenciar o tratamento. Critério também que pode ser muito mais social do que clínico é alguém perdido na rua, sem roupa, andando a esmo, você não sabe do que se trata, vai levar pra delegacia? Não, leva pro hospital psiquiátrico. Lá serão avaliadas as condições de saúde dele e, dependendo da evolução do quadro, quando tiver liberado, chama a família. Situações assim, no contexto mais de impacto social. [Ent. 15]

A declaração enfatiza a necessidade de a internação ser bem indicada, estando essa expressão presente em vários trechos de sua fala. Faz referência ao fato de que em alguns hospitais, considerados bons, verifica-se a presença do psiquiatra fazendo acompanhamento diário ao usuário, o que não ocorre com a maioria dos hospitais psiquiátricos, sobretudo os da esfera governamental. Traz para a discussão também um tema grave e ainda pouco debatido na sociedade, que são os moradores de rua com transtorno mental, referenciando como sobrevêm as internações dessa natureza.

Explanam as entrevistas abaixo:

Ah, é por causa do caso do [*risos e, em seguida, cita nome de um determinado usuário*]. A internação eu vejo que ela é muitas vezes pra ela poder deter aquela crise, que o paciente tá tendo e que a família não consegue melhorar aquela situação, não consegue dar conta. Quando o paciente corre risco de morte, quando ele coloca a vida de outra pessoa em perigo, eu acho que internação vem pra isso, pra tá contendo essas crises, pra tá ajudando o paciente a ter uma melhora. Mas uma melhora breve. [Ent. 07]

Os hospitais psiquiátricos melhoraram muito, [...] do que eu via há 30 anos melhorou demais. Mas ninguém vê. [...] Não precisa fazer mais movimento contra o hospital psiquiátrico, eu enxergo que o hospital psiquiátrico hoje ainda é necessário. Não tem hospital geral. Negar uma internação psiquiátrica a alguém, sem oferecer algo melhor em troca, é cruel. A gente tem que sair desse discurso repetitivo, bate estaca de: é ou não é, internação psiquiátrica. [...] Hoje não faz mais sentido lutar contra hospital psiquiátrico. A gente não tem que lutar contra nenhum tipo de tratamento. E aí, o que acontece? A pessoa tá quebrando tudo dentro de casa, e aí a mãe vai sacrificar um irmão? Vai se sacrificar pra cuidar? Esse irmão vai perder o emprego pra cuidar? Muitas vezes você diz, a família tem que cuidar. Então como é que essa família vai trabalhar? A família vai parar de trabalhar pra poder cuidar dessa pessoa? Como é que se sustenta financeiramente? Cruel deixar somente a carga da família essa responsabilidade. Essa família é desprovida de recursos. É diferente da família de classe média, que contrata cuidadores, [...] vai pro médico três vezes por semana, vai fazer terapia ocupacional. Agora você dizer isso pra uma família que não tem como pagar, que só tem um cubículo de quatro metros quadrados pra conviver com os gritos dentro dele, e lidar com a agressividade. Temos um modelo, que é o sonho. Precisamos é sair desse engessamento, dessa coisa ideológica. Eu vejo uma pobreza ideológica você ficar nessa história de leito psiquiátrico, tratamento ambulatorial. Se é dentro de um lugar, dentro de outro, não importa. Não se pode é negar ajuda, negar o tratamento em nome de uma proposta ideológica. Tem que oferecer tratamento e não negar. [Ent. 11]

Os depoimentos acima apresentaram em comum referência também ao caso “Jota”. A entrevista nº 07 é mais clara, chegando a questionar se a abordagem do tema internação feita nesta pesquisa se deu em função do caso “Jota”, o que imediatamente foi esclarecido que não, uma vez que o tema já fazia parte das interpelações do estudo aqui presente.

Em relação à entrevista nº 11, embora sem mencionar nomes, ficou evidente nas suas colocações, a partir dos exemplos mencionados, que se tratava também do caso acima mencionado. Assumiu, portanto, uma postura enfática, persistente, e em alguns momentos sua voz denotava certo nível de hostilidade, dando a impressão de está se esforçando para que a pesquisadora não apenas registrasse suas concepções, mas as assimilasse como verdades absolutas.

Dito de outra forma, agiu como se a pesquisadora fosse contra a internação psiquiátrica e conseqüentemente tivesse movido esforços contra a instituição hospitalar, resultando desse modo em negação de tratamento a quem dele necessitava por princípios ideológicos.

6.6 Visões sobre a desinstitucionalização em processo no campo psiquiátrico

A desinstitucionalização encontra-se no cerne da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, a qual é respaldada pela atual legislação, que preconiza a consolidação de um modelo aberto de base comunitária de cuidados em saúde mental, tendo em vista a criação de uma rede ampla de equipamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Essas ações têm como filosofia norteadora o redirecionamento na forma de pensar a loucura, transcendendo as transformações práticas e operativas, mas visando a uma inversão no imaginário coletivo sobre a loucura. Busca-se a consolidação de uma forma de pensar a pessoa e o seu sofrimento sob outras bases, ou seja, uma transformação no âmbito cultural e político.

A seguir, temos trechos das falas dos entrevistados:

Bom, a desinstitucionalização eu defendo, ela é necessária porque as internações precisam ser breves, pontuais em relação à remissão da crise, mas ela precisa ser articulada com a rede de assistência [...] Nós percebemos a diferença de uma pessoa institucionalizada de forma permanente [...] daquela que está sendo cuidada em regime aberto, com inserção no seu território, com uma política que possa ser articulada de forma intersetorial, que é o grande desafio. Já se tem minimamente, já se tenta essa construção de rede, um território vivo que traga possibilidades de ressocialização, inclusão e de desinstitucionalização. Vejo essa questão como o ápice do nosso desafio. Não desinstitucionalizar pra deixar a pessoa em cárcere privado, mas para abrir possibilidades de construção de uma vida possível de ser vivida, podendo ter esse acompanhamento mais diretivo, rumo mesmo à construção de autonomia desse sujeito, que institucionalizado está com várias mortes prementes, sem nenhuma opção, a não ser ficar passivo ao tratamento limitante, que passa praticamente a ser tratado só com medicação, enquanto, nos serviços abertos, eles abrem essas possibilidades. [Ent. 05]

A entrevista supracitada expressa familiaridade e sintonia com o tema, expondo detalhadamente vários aspectos a ele inerentes. Declara defender a proposta de desinstitucionalização e defende igualmente que haja articulação das ações em caráter de rede de assistência, consubstanciada na intersetorialidade entre as políticas públicas.

A questão da articulação em rede, pontuada nessa entrevista, representa na atualidade uma importante dificuldade vivenciada pelos profissionais nos serviços

CAPS que declararam tratar-se de uma rede desarticulada e fragmentada no contexto do município de Fortaleza.

Percebe os limites da atual política de saúde mental, sobretudo no que se refere à intersectorialização. Apesar disso, a entrevista é permeada de otimismo, colocando a desinstitucionalização como possibilidade de “construção de autonomia” e “construção de vida”.

A desinstitucionalização nesse sentido nos remete ao pensamento de Rotelli (1990) a propósito da instituição inventada, cujo objetivo é a produção de vida e a reprodução social, formada por um conjunto de possibilidades, reconstrução de sentido, produção de valor, responsabilização, identificação de situações de sofrimento e de opressão, trocas, novos papéis, reingresso no corpo social. Em suma, o transtorno mental como um problema que não é exclusivamente de ordem científica, mas também de cunho técnico, normativo, social e existencial.

Em outra entrevista, destaca-se:

A desinstitucionalização seria promover a inserção da pessoa humana num ciclo de relações sociais. Há, de fato, um esforço grande nesse sentido. Mas eu acredito que ainda precisa ser mais bem trabalhada a questão do foco na comunidade, de como trabalhar a questão do estigma na comunidade, [...] muitos pacientes vão pra lá [CAPS] tendo aquilo como a sua casa. E quando vão pra casa no fim de semana elas se sentem solitárias, não têm alternativa de lazer ou não são aceitos, ou a família boicota o tratamento, ou a própria comunidade isola. [Ent. 04]

Na percepção acima, a desinstitucionalização figura-se como promotora da inserção social. Acrescenta que os esforços empreendidos até o momento não foram suficientes para uma efetiva desconstrução de posturas estigmatizantes no interior das comunidades em relação ao transtorno mental, tendo ciência de que trabalhar relações sociais é algo complexo e que demanda tempo. Contudo, diz: “a questão precisa ser mais bem trabalhada”.

Essa questão trazida é de fundamental importância, como bem observado na declaração contida na entrevista acima, tendo em vista que, para muitos dos profissionais, o tema desinstitucionalização presente nos discursos encaminha-se para uma percepção dele como sinônimo de redução de internação, saída do hospital e fechamento de hospitais psiquiátricos, reafirmando o que Rotelli e Amarante assinalam de equívoco frequente, que é confundir desinstitucionalização

com desospitalização. Evidentemente a questão abrange, sim, o conceito de desospitalização, mas é preciso ter cautela para não restringi-la a esse conceito.

Parte dos entrevistados ignora a desinstitucionalização como uma ação que está para além das formas de assistência, da reestruturação técnica e de serviços, de novas e modernas terapias. Como bem diz Franco Basaglia (2001) e Amarante (2009), trata-se de um empreendimento epistemológico que preconiza a valorização das múltiplas formas de tratar o sujeito em suas condições concretas e objetivas de vida, criação de outras possibilidades de existência que tenham sentido para suas vidas, baseado num modelo cultural de não custódia e tutela.

Inferimos que essa percepção unilateral, presente nas falas da maioria dos entrevistados sobre “desinstitucionalização como sinônimo de desospitalização”, tomando aqui emprestado esses termos de Rotelli (1990), podem ocorrer por acreditarem que uma pessoa só é ou está institucionalizada quando encontra-se reclusa entre muros altos e janelas gradeadas que possam separá-la do “mundo organizacional”, do “mundo externo”, como refere Goffman (1974).

Lê-se nas entrevistas que seguem:

É o objetivo de tudo isso, o objetivo da reforma psiquiátrica, que, como eu disse, é lindo no papel. Seria muito bom que a gente conseguisse desinstitucionalizar os pacientes de maneira que eles conseguissem se reinserir na sociedade, ter um nível de atividade de acordo com a cognição dele, evoluir no que ele pudesse evoluir. Por exemplo, numa COOPCAPS [*cooperativa formada pelos usuários do CAPS da Regional III*] da vida, se ele não conseguisse mais trabalhar e tudo. Esse é o objetivo e seria perfeito. Agora, pra você conseguir desinstitucionalizar os pacientes, você precisa ter a rede básica funcionando, e isso infelizmente não tá acontecendo. Pra mim a raiz de tudo é o funcionamento adequado dessa rede básica dos CAPS. [Ent. 16]

[...] Essa saída dessa prisão do transtorno mental, preso dentro do hospital, eu diria como uma vitória do tratamento do paciente, porque a desinstitucionalização se torna o paciente crônico. [...] quando ele consegue sair, é como se todo o tratamento dele tivesse dando certo. [...] Quando ele sai, a família às vezes fica perdida no que fazer com ele, às vezes tem hospital que informa que tem o CAPS. O retorno pra sociedade é complicado, é difícil quando não tem boa orientação. Quando tem orientação e ele vem pro CAPS, que ele tem aquela consulta bonitinha, tem o retorno legal, tem a medicação legal, tem a terapia legal, que tem um ambiente que realmente ajude ele a sair desse hospital, dessa bola, dessa internação, quando tem um mediante que seria o CAPS, que realmente tá ajudando, que tá lutando por esse paciente, é uma vitória pra família, que já vê o

paciente com outros olhos, vê que ele tem uma recuperação. [...] Essa volta pra sociedade é difícil, mas não é impossível. Se a rede corta alguma coisa pra esse paciente, fica difícil de que ele não retorne, mas tendo essa mão, essa ajuda, essa força de vontade também familiar, eu acho que é necessário essa retirada do hospital, porque eu vejo que o paciente não é pra estar num depósito, ele é pra estar num convívio familiar, na rede social, voltando ao que ele era. A saída do hospital é uma vitória, se ele tiver realmente uma parte do CAPS ajudando. [Ent. 03]

Observamos, nos dois discursos acima, um entendimento de que o sucesso ou fracasso do processo de desinstitucionalização depende largamente da assistência prestada pelos serviços substitutivos, sobretudo os CAPS. Isso se nos apresenta como algo delicado, na medida em que esse é um processo que ultrapassa as transformações no modo de assistência e técnicas terapêuticas inovadoras. A desinstitucionalização refere-se a uma proposta muito mais ampla e muito mais profunda de recorte político, social e cultural, conforme referenciado à luz de diversos teóricos ao longo desta análise.

A entrevista nº 16 refere-se à desinstitucionalização como sendo o objetivo da reforma psiquiátrica. No entanto, é preciso lembrar que essa não é a única, mas sim uma das dimensões (dimensão técnico-assistencial) que compõem a totalidade dos objetivos do processo de reforma psiquiátrica, pensada neste estudo a partir dos pressupostos da experiência italiana, a qual inspirou a reforma psiquiátrica brasileira.

Como já referenciado algumas vezes também ao longo deste trabalho, a reforma contempla outros objetivos além da dimensão assistencial, que estão relacionadas entre si, tais sejam: a dimensão teórico-conceitual, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2003).

No tocante à entrevista nº 03, reporta-se ao processo de reinserção social numa expectativa de cura do transtorno e de recuperação, o que nos remete às críticas elaboradas por Pitta (2010) quando discute sobre a nomenclatura reabilitação em saúde mental, estando implícita a noção de retorno ao passado, ao que era “normal”, o que pode causar na pessoa um maior sofrimento por não conseguir, na maioria das vezes, as mesmas coisas do passado; é uma busca insistente por “normalização”, causando frustração e estigma. Discute também o papel da família nesse processo.

Na citação abaixo, é apresentado:

[...] O que tem que desinstitucionalizar são as ideias, os valores, são as motivações, é o conjunto em que a pessoa está inserida, é a família, muitas vezes a sociedade, a comunidade, os vizinhos que coparticipam das decisões. Recentemente a gente passou por uma situação que não é o familiar ou o usuário que decide o processo da internação, mas alguém que vai lá e denuncia por alguma razão. Então, são muitas nuances. O processo de desinstitucionalização vai além, e coloca pra equipe de uma maneira geral um desafio de pensar também além, pensar estratégias que possam estar absorvendo, não permitindo só o acesso, só a iniciação do usuário ao CAPS, mas a própria adesão e sua permanência, [...] tornar esse serviço de certa forma num lugar que possa gerar vínculo, que possa gerar não só atividade de ocupação, mas a possibilidade de algo mais na vida do ser humano que lhe faça reconstruir seus planos, que lhe faça reconstruir seu projeto de vida. [Ent. 17]

Essa entrevista de nº 17 faz uma contextualização sobre o tema em pauta de forma a se aproximar expressivamente, nesse momento, do conceito de desinstitucionalização na perspectiva de Basaglia (1985), quando este a distingue do simples desmonte de hospital psiquiátrico, expandindo essa desconstrução para uma dimensão muito maior, envolvendo também saberes, estratégias e criatividade. Em síntese, refere-se a um processo de invenção de novas possibilidades de assistência ancorado não mais ao objeto fictício, à doença, mas na existência – sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo social, buscando propiciar a esse sujeito condições para a subjetivação, para expressão dos seus desejos, seus projetos e sua história.

Lê-se nas declarações abaixo:

[...] Há uma legislação que rege as nossas ações na área de saúde mental, que proíbe a ampliação de novos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos. Nesse tocante, vejo já um avanço, realmente isso está certo. [...] a parte de psicofarmacologia de remédio, essa já é onde há avanços mais visíveis. No entanto, nessas duas áreas básicas, que é o psíquico e o social, as ações estão muito limitadas, poucos avanços. E eu vejo que a grande saída, a grande solução, a grande mudança vai passar por essas duas áreas e principalmente na área social. [...] apesar de os leitos estarem sendo fechados, e isso é um avanço, mas não vemos a abertura dos leitos nos hospitais gerais, não vemos a criação de residências terapêuticas em número suficiente. A impressão que eu tenho é essa. Há ainda uma dificuldade enorme nesse processo. Há uma questão prática, não vou falar do embate político que envolve recursos através de financiamentos, mas é preciso para que o processo ocorra em harmonia. [Ent. 09]

Eu sou totalmente a favor. Você imagina alguém morando num hospital psiquiátrico, eu acho que hospital psiquiátrico ou mesmo

hospital geral com leito psiquiátrico não é lugar pra se morar, é lugar pra se estabilizar de uma situação de crise, de dificuldade e depois voltar, de preferência para o seio familiar. [...] Cada situação tem que ser avaliada à luz do seu contexto específico, individual, mas não há como não ser contra a institucionalização dos pacientes. Eu sou a favor da desinstitucionalização, mas não aquela, só pra dizer que não está no hospital, mas tá trancado do mesmo jeito em casa. Aquela que tenta na medida do possível devolver o paciente pro seio familiar mesmo. Só em último caso, na ausência de toda e qualquer forma de amparo por parte da família, é que talvez precise recorrer a um outro artifício, como as residências terapêuticas. Embora as residências terapêuticas sejam um meio que só muda de lugar, mas é melhor ficar numa residência terapêutica do que num hospital, quanto a isso a gente não tem a menor dúvida. [Ent. 15]

Os depoimentos nº 09 e 15 pontuam aspectos diferentes, porém inter-relacionados, referentes ao campo da saúde mental e essenciais para a efetivação da desinstitucionalização.

Nesse sentido, a declaração nº 09 discutiu questões jurídicas, como a proibição de criação de leitos, o que considera como avanço apesar dos limites em relação a não estruturação de uma rede de apoio em substituição ao modelo tradicional. Em sua opinião, houve avanço considerável nas áreas jurídica e política, mas a dimensão sociocultural não avançou na mesma proporção.

A entrevista nº 15 declara-se totalmente a favor da desinstitucionalização. Foi possível perceber certa indignação ao se referir sobre moradores de hospitais psiquiátricos, chamando atenção para a desinstitucionalização como mudança apenas de estrutura de espaço físico, mas que deve ser efetivada numa perspectiva de ressocialização e inclusão social.

Verifica-se nos depoimentos que seguem:

É um rótulo que a pessoa tem por ter passado por uma instituição que trata pacientes com transtornos mentais ou um hospital psiquiátrico, alguma coisa assim. Mais ou menos desse tipo. [Ent. 14]

O que me faz pensar assim que eu escuto esse nome são aquelas pessoas tidas ou ditas como cronificadas. Ao falar sobre uma pessoa institucionalizada, a gente pensa naquelas pessoas que estão lá no hospital psiquiátrico há muito tempo e a família não aceita, e aquela pessoa passa anos e anos. Quando penso em desinstitucionalização, penso no mínimo de tempo que a pessoa possa passar dentro de uma instituição segregada [...] Desinstitucionalizar, pra mim, é reduzir o tempo em que a pessoa esteja lá, separada, institucionalizada mesmo, longe da sociedade, da família, da realidade do cotidiano. [Ent. 02]

Na verdade, esse conceito eu não domino, não tenho muito conhecimento do que é a desinstitucionalização. É o fechamento dos hospitais? Eu não conheço esse conceito. Mas ele deve estar no bojo da ideia da história do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da criação dos serviços substitutivos, [...] e isso tem que caminhar, porque não sei se desinstitucionalizar é tirar dessas grandes instituições asilares de antes e encontrar outras formas de inserir e de tratar as doenças. [Ent. 08]

Seria isso, tirar o paciente dessa história de ele ser **o louco**, que é assim que a gente, no fundo, no fundo, tirando todos os esmaltes, é assim que a gente visualiza. [...] o paciente com transtorno mental não é diferente do paciente com gravidez, com corrimento, com hipertensão, com diabetes, ele é o paciente com transtorno mental. Por que o paciente com transtorno mental tem que estar dentro do hospital? Acho que o paciente tem que sair, tem que entrar num sistema onde a gente veja o transtorno mental como diabetes. Ele não tem cura. Diabetes não tem cura, ele é crônico, mas a gente consegue conduzir muito bem com tratamento, com atividade física, envolvimento da família, autocuidado do paciente. Nada mais do que a gente tenta fazer no CAPS todo dia. [Ent. 10]

Os relatos acima são reveladores de que a maioria dos profissionais declarou não ter certeza sobre o significado do conceito de desinstitucionalização. Durante as entrevistas, foi recorrente pedirem para repetir a pergunta ou explicar seu sentido. Apesar de não possuírem informação precisas acerca do tema, teceram comentários sobre questões relacionadas direta ou indiretamente a ele. É provável que isso ocorra em função do próprio cotidiano institucional poder conduzir a situações que em certa medida levam à discussão de casos e assim os tornam familiares.

A declaração nº 10 inicialmente expõe sua percepção sobre o transtorno mental. Faz uma analogia entre o transtorno mental e outras doenças, bem como a compara com o estado de gravidez. Coloca-se a favor da desinstitucionalização, contudo observa-se que, durante a discussão, o “sujeito”, pensado aqui na perspectiva de Basaglia, ficou oculto e em seu lugar uma expressiva ênfase na doença, na execução de ações técnicas de cuidados em saúde.

Nessa direção, há uma aproximação significativa das análises de Basaglia (1985) quando afirma a existência da necessidade de se colocar a doença mental entre parênteses, objetivando que sujeito seja percebido. Sintetizando o pensamento desse autor, diante desse contexto, significa buscar ver e ouvir as pessoas em seu sofrimento, mas considerando suas histórias de vida, as quais são entrecruzadas pelas dimensões sociais, econômicas e culturais. Significa também colocar a doença

entre parênteses, não no sentido de desconsiderá-la, mas naquilo que o conceito induz e traz como desdobramento que levam a olhares e práticas reducionistas.

Outra entrevista refere:

Desinstitucionalização é uma utopia. Nós vivemos num Estado de direito democrático em que temos instituições. Desinstitucionalização é uma utopia, tem que ter instituição, se não a vida da gente vai virar anarquia. Tem que ter. Desinstitucionalização é anarquismo, é coisa anárquica. Anárquica no sentido pior possível. Não tem como desinstitucionalizar. Não tem como. A vida é institucionalizada, a gente vive na instituição, estamos dentro de uma instituição agora. Então, é só um doente mental que tem que desinstitucionalizar? Nós precisamos nos desinstitucionalizar também? A questão é: como é que isso é feito, que é respeitado o direito de cada um e tal. Mas desinstitucionalizar, isso não existe. Na minha cabeça isso não existe. Existe como democratizar, mas a instituição faz parte da possibilidade de convivência democrática. Não a instituição autoritária, estou falando que a instituição é necessária, a instituição, entendeu? De respeito às pessoas, de estar com ele. Na minha cabeça desinstitucionalizar é como se não existisse mais instituição, então cria outro nome, esse nome aí... [Ent. 01]

Como pode ser observado, a entrevista acima não considera o conceito de desinstitucionalização. Argumenta ser inconcebível a vida dentro do Estado democrático de direito sem a presença da instituição, o que em sua opinião levaria ao anarquismo. Quando solicitado a tecer comentários sobre o fato de as pessoas ficarem vivendo em hospital psiquiátrico, pronunciou que o que deve predominar é o direito de cada pessoa, não concordando com tal realidade, mas que, na sua ótica, seria preciso reinventar outro conceito, outra nomenclatura para se referir a essa questão.

6.7 A família no contexto da assistência à pessoa com transtorno mental

Em termos de debate e aparato político, o tema da família frente ao processo de sofrimento/adoecimento psíquico revela-se muitas vezes obscurecido, abaixo da superfície das questões de maior notoriedade nesse campo. Há consenso de opinião em relação ao fato de que o provimento de cuidados voltados às pessoas com transtorno mental é uma atividade complexa que sofre agravamento específico, sobretudo nos segmentos de baixa renda e necessitam, portanto, de um olhar mais

atento e sensível direcionado aos impactos objetivos e subjetivos trazidos pelo transtorno mental.

Como revela a entrevista a seguir, a participação da família é essencial no processo de assistência dos usuários, sendo imprescindível ao grupo familiar fazer e tomar parte da “trajetória terapêutica”. De outra forma, torna-se pouco provável o alcance de resultados exitosos.

Lê-se na seguinte declaração:

Percebo que ainda existe distanciamento em relação a esse olhar mais ampliado. [...] Ela [*família*] tem que ser essencialmente parte do projeto terapêutico singular, porque é dentro da família que ele vai circular, com todos os preconceitos e estigmas. [...] tudo depende desse acompanhamento integrado. Então, a família não pode estar distante de forma nenhuma, de nenhuma terapêutica, porque ela pode ser o espaço de desconstrução de todas as propostas elaboradas no CAPS, por exemplo. A família também é um sujeito ativo nesse processo, porque ela também adocece, sofre todas as tensões do próprio transtorno mental, como também das possibilidades de crise. Há uma insegurança e desproteção quando [...] não se chega junto dela, porque, numa situação de crise, quem está com o usuário é a família. Então, se ela não se apropria do que seja esse transtorno mental, as manifestações, os sinais de crise, da responsabilização pela medicação, pela vinda ao serviço, pelo acolhimento, pelo afeto, se isso não funciona junto com esse projeto terapêutico, ele acaba sendo inócuo. Então, é essencial esse olhar da família, ela é também cliente em potencial. [Ent. 05]

A declaração contida na entrevista nº 04 reconhece e valoriza a necessidade e os resultados trazidos ao usuário quando existe uma interação entre usuários, familiares e CAPS. Acrescenta que, em sua opinião, o projeto terapêutico voltado ao usuário torna-se “inócuo” sem a participação da família.

O atual modelo de trabalho direcionado aos familiares e cuidadores dos usuários desse CAPS só foi implantado a partir de 2012. Houve a operacionalização de duas experiências isoladas no ano de 2008, junto a esse público, ocorrendo, portanto, um intervalo de mais de três anos até a elaboração e implantação de um novo projeto nessa direção.

Hoje, existe na instituição o desenvolvimento de dois grupos de família e/ou cuidadores, cujo objetivo é o acolhimento e apoio do sofrimento dessas pessoas, assim como prepará-las para manejar, na medida do possível, a sintomatologia do transtorno mental.

Ressalta-se que, no momento da elaboração desse estudo, encontra-se em curso a implantação do terceiro grupo, que será realizado por uma profissional colaboradora do serviço.

Observe-se o conteúdo desta declaração:

A família tem um papel na adesão do paciente [...] em criar um conforto pra essa pessoa, um **ambiente de amorosidade**, digamos assim. De favorecer a ligação com terceiros que não são do ciclo familiar primário, e realmente dar suporte ao tratamento, a questão de suprir as necessidades básicas quando essa pessoa não tem essa condição, mas isso varia muito de acordo com a condição clínica do cliente e com a sua realidade. A gente não pode generalizar de uma forma homogênea pra todos. Outra questão: o transtorno mental acomete a forma de esse paciente perceber o outro e ser percebido. Então, isso acaba interferindo nas relações dele com as pessoas, e também a disfuncionalidade, dependendo do grau, interfere com os papéis sociais que ela exerce. Então, à medida que há um agravamento do problema, isso pode conduzir ao que no psicodrama a gente chama de isolamento sociométrico. A pessoa fica isolada. E aí é onde está a família. Ela vai dar essa continência, vai tentar. O CAPS entra muito aí também, de tentar, de alguma forma, religar conexões afetivas nesse meio. [Ent. 04]

A declaração contida na entrevista nº 04 enfatiza a importância do suporte familiar prestado a pessoa com transtorno mental e chama atenção para o fato de que existem graus do adoecimento, nos quais ocorre uma “disfuncionalidade” no exercício dos papéis sociais da pessoa. Nesse momento, é imprescindível o papel da família em ajudá-la no sentido de estimular a sua capacidade interativa com o meio social. Nessa direção, menciona a expressão “religar conexões”, na perspectiva do método psicodrama.

Em outras entrevistas, temos:

Um familiar que é bem cuidado a gente consegue grandes resultados, consegue reabilitar realmente, consegue fazer com que a medicação dê certo. Mas às vezes, por exemplo, tem caso que o médico tenta várias e várias medicações, mas o paciente não consegue resultados satisfatórios, não faz efeito, mas quando você vai avaliar a família, diminui todo dia um pouquinho aquele remédio, ou aumenta, dá só quando tá mais agitado ou não. Muita dificuldade, a família parece que tem medo ou não quer cuidar, acha que já está muito pesado cuidar daquele paciente e não quer se comprometer. O que pode ocorrer pro paciente? Essas crises constantes, sentimento de desvalia. [Ent. 07]

Tem a variação, tem aquela família que luta pelo paciente, que quer a consulta, que quer a medicação correta, que acompanha na

consulta, que, se for necessário ir pro posto de saúde, vai pra fazer uma avaliação clínica pro paciente, eu acho que tem a família que agarra mesmo a causa, sabe? De não querer que aquele paciente se interne, de querer aquele ente com a família completa. Teve um artigo que eu li que iam colocar um CID [*código internacional das doenças*] sobre **ineficiência familiar**. Achei até engraçado. Não sei se em forma de brincadeira ou realmente... Mas, hoje eu vejo que a **ineficiência familiar** é o que mais maltrata o paciente com transtorno mental, porque, se esse paciente não tem um acompanhamento familiar, não tem ajuda, de ir atrás de benefício, acompanhar no grupo, ir pra passeio, o paciente não amarra o tratamento, acaba ficando sozinho pra tudo, e muitas vezes o transtorno mental não deixa esse paciente ser responsável de si, lógico. [...] A família é tudo no tratamento desses pacientes. Sem a ajuda da família, não tem condições, realmente o tratamento fica sem resolução. [Ent. 03]

A entrevista nº 07 expõe os benefícios trazidos pelas famílias e cuidadores de usuários com transtorno mental, bem como relaciona as dificuldades e medos presentes nesse universo.

A declaração feita na entrevista nº 03 também reconhece que a família se configura como elemento importante no contexto de tratamento da pessoa com transtorno mental. Mencionou algumas situações em que a família se dispõe a ajudar seus parentes no sentido de evitar internações. No entanto, se refere àquelas famílias que, em contrário, não assumem o mesmo posicionamento frente aos cuidados junto aos usuários como sendo “ineficiência familiar”.

O termo ineficiência familiar, empregado nesse contexto, impõe pensar que toda pessoa com transtorno mental, assim como sua família, estão inseridos num contexto histórico-político e econômico-cultural. Dessa forma, pode-se inferir que esses fatores acima citados determinam em alguma medida a maneira de ser e de agir socialmente dessas pessoas com transtorno mental e de sua família.

Dito de outro modo, as relações entre as pessoas são socialmente determinadas de acordo com a organização desses diversos fatores. Obviamente, isso não significa dizer que tanto usuários como familiares apenas sofrem influências. Por serem sujeitos do processo, eles são influenciados e também influenciam no que diz respeito à formulação e à reinvenção de novas relações sociais.

A grande maioria dos usuários assistidos pelo CAPS são membros de famílias em situação de pobreza, com insuficientes recursos econômicos e às vezes

nem mesmo isso, constituindo, pois, em vulnerabilidade de condições de sobrevivência, de projeto de vida.

Temos em Rosa (2003) uma análise de família pertinente a essa discussão, quando refere que apreensão do impacto do transtorno mental é um exercício complexo e multifacetado, ou seja, abrange diversas dimensões: biológica, psicológica, social e econômica. Essa última dimensão nas famílias pobres se complexifica e tem suas especificidades, uma vez que a pobreza geralmente precede os transtornos mentais e associam-se cotidianamente ao analfabetismo, violência doméstica, drogadição, desemprego, subemprego, submoradia, família monoparental, destituição de direitos conjugados ao estigma da pobreza.

Nesse contexto, torna-se arriscado pensar as ações das famílias que, por alguma razão, estão apresentando problemas e despreparo em termos de suporte assistencial junto aos seus familiares como sendo “ineficiência familiar”. São inquestionáveis os benefícios trazidos para os usuários através do provimento de cuidados por parte da família, mas há que se considerar também as reais condições objetivas e concretas dessas famílias para não correremos o risco de uma leitura unilateral e simplista aos moldes de algumas correntes teóricas, a exemplo da antipsiquiatria. De acordo com Rosa (2003), apesar da reconhecida contribuição como movimento de denúncia da psiquiatria clássica, ao analisar a família, ela o fez numa perspectiva unilateral e maniqueísta – dito de outra forma, culpabilizaram a família pela emergência do transtorno mental.

Temos esta declaração:

Na maioria, a gente encontra as mulheres sustentando a barra. Mães, avós, irmãs. Há ausência da figura masculina. Essas mulheres muito sofridas trazem uma história de vida muito difícil que estão aí cuidando dos netos, filhos, às vezes com aposentadorias, às vezes não. Uma situação econômica precária, vivendo em condições subumanas, e eu sento e vejo que elas se sentem muito abandonadas. Abandono dos próprios maridos, da sociedade e das políticas públicas em relação a isso, do trabalho com família. Eu trabalho em nível preventivo, porque, em muitos casos, elas tão... Não sendo pessimista, mas já foram. Muitos não vão ter muitas conquistas... Mas tem que se fazer algo pelas crianças, que estão aí passando por violências de todo tipo: emocional, física, sexual. Em visita às casas, se vê esse quadro. Depois chegam aqui adoecidas. É só uma questão de tempo. A gente tá criando uma sociedade doente. [Ent. 06]

Observa-se no conteúdo da entrevista nº 06 uma reflexão que abrange vários aspectos importantes e que fazem interface com o contexto da assistência prestada pela família à pessoa com transtorno mental. Dentre esses aspectos, menciona a exploração de gênero, na medida em que são as mulheres as principais cuidadoras; o sofrimento causado pelos diversos tipos de violência a que essas mulheres foram ou são expostas desde a infância; baixíssima ou nenhuma renda; às vezes condições sub-humanas de sobrevivência; abandono, inclusive das políticas públicas. Estas, em linhas gerais têm sido incipientes em relação à questão da produção de cuidado social na família a pessoas que não podem se prover a si mesmas, como na maioria dos transtornos mentais severos e persistentes.

Os benefícios sociais são escassos e em casos específicos, como da saúde mental, em que a pessoa e sua família não têm condição de se proverem, o acesso é significativamente difícil, pois, além da comprovação de uma situação de extremada pobreza, ela tem que comprovar também a absoluta falta de capacidade como pessoa. Um exemplo bem elucidativo refere-se ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica de Assistência Social, que é extremamente seletivo e excludente.

Verifica-se nesta fala:

Fundamental. Suporte familiar tem que ter. Muitas vezes não tem. A gente pensa que essa falta acontece só nas favelas, mas não é. Existe família abastada, gente que tem grana, letrados que fazem doutorado fora, pessoas cultas e tudo, e vê a pessoa com transtorno como o louco. Quer dizer, é falta de instrução? Não. É preconceito mesmo, dificuldade de aceitar. Não estou generalizando. É necessário tentar desconstruir esses discursos, fazer intervenções. Às vezes a família rejeita totalmente, interrompe o tratamento, nega o transtorno, tem vergonha, independente da condição social e instrução. Isso não é brincadeira, olha, isso é lastimável e cruel, mas é uma realidade. Já o grupo de família do CAPS é recente e pesado, porque é muito sofrimento, a gente vê os que se esmeram em cuidar, mesmo sem ter muita leitura. E tem os que negam, entenderam a situação e não querem nem saber. A condição social não é boa, mas eu percebo que eles se envolvem mais com o sofrimento do paciente, e adoecem mais porque o cuidar de um paciente desse não é fácil. Tem familiar que também tem transtorno mental, então é um paciente cuidando do outro. Já os familiares que têm condições geralmente enclausuram o paciente, não tem amigo, ele quer se reinserir e a família impede. A pessoa às vezes tem potencial e a família não acredita. Geralmente o paciente diz: meu pai disse que tá rebolando dinheiro fora, porque eu nunca vou ficar bom. É uma fala desenfreada de incapacidade, nossa! Isso é muito comum. Já no CAPS, escuto falas positivas de que é possível e isso se deve também, claro, aos profissionais que acreditam nisso e com certeza

eles vão ouvindo, vão assimilando. Sem a família, eu acho tão difícil essa reabilitação psicossocial. [Ent. 13]

Com relação à entrevista nº 13, percebe-se a formulação de um paralelo entre as famílias da rede privada e as do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente as famílias dos usuários atendidos CAPS. Traz para o debate os sentimentos presentes no cotidiano dessas famílias, tais como sofrimento, aceitação, negação, vergonha e preconceito, sendo este último, em sua opinião, algo que independe de nível de instrução e classe social. Refere que percebe nas famílias da rede pública uma maior preocupação e zelo com a pessoa em sofrimento mental se comparado às da rede privada, e que por essa razão aquelas adoecem mais.

Observa-se no depoimento abaixo:

É uma das questões mais complicadas, porque você observa que muitos pacientes estão em crise, eles estão internando exatamente por ausência desse suporte, às vezes é uma pessoa na família que realmente cuida e tudo, e essa pessoa está tão sozinha e tão sobrecarregada que acaba ela mesma adoecendo. Isso daí ainda tá muito precário. O benefício que eles têm ajuda [BPC da LOAS], mas não é o suficiente, porque isso bate numa questão estrutural muito maior, educação, estrutura, diminuir a pobreza. Enfim, bater numa questão que teria que mexer em toda uma base pra poder melhorar esse suporte familiar. Por que a família não dá suporte às vezes, por quê? Porque realmente é ignorante, não tem conhecimento, condições financeiras. Tem o estigma. Então, toda uma questão estrutural que teria que mudar, acho que não é só o benefício daqui, um auxílio dali pra quem tira um paciente do hospital e leva pra casa [programa do Governo Federal chamado De volta para casa]. Eu acho que isso daí é muito pouco. [Ent. 16]

As declarações feitas na entrevista de nº 16 estão em consonância com as entrevistas nº 06 e nº 13 anteriormente analisadas no que se refere às abordagens sobre as precárias condições socioeconômicas, bem como do sofrimento que essas famílias enfrentam e seu conseqüente adoecimento. Faz uma crítica às políticas públicas de atenção a esse segmento que, em sua opinião, são insuficientes para dar conta da demanda.

Lê-se nos relatos abaixo:

Hoje eu acredito e afirmo que um paciente com transtorno mental, seja qualquer tipo, se ele não tiver um suporte familiar a gente não vai conseguir tratá-lo. O que a gente faz, é aquela história, a gente nada e morre na beira da praia, porque a gente não pode estar substituindo família. O que eu tenho visto no CAPS é que a gente

está tentando substituir a família, a gente não pode, a gente tá errando quando faz isso. A gente tem que lembrar que a gente tem o nosso cuidar e que a família tem um cuidar que é dela. O paciente, se não tiver em surto, ele é consciente, ele também tem que ter o lado do cuidado dele. Tem que dividir o cuidado, não tem que tomar o cuidado só pra nós, não. [...] A gente está tentando substituir a família, e não tá ajudando, a gente tá agravando, porque o que a gente tem que fazer é dar um jeito de a família vir, seja em que situação for, com conversa, com apelo, com ameaça, com Ministério Público, mas sem a família, em certos casos o paciente não tem como ser tratado. [Ent. 10]

Na parte biológica, psicofarmacológica, teve avanços visíveis. No entanto, o psíquico e o social estão muito limitados. Vejo que a grande mudança vai passar por essas duas áreas, principalmente a social. [...] O social transcende as barreiras das ações, não só dos profissionais que atuam na área, isso envolve engajamento de outras instituições sociais. Acho que a grande mudança vai ser quando nós conseguirmos fazer esse vínculo. Porque o que a gente vê muitas vezes é a família procurar a instituição como quem diz: nós não podemos fazer mais nada, aí entrega à instituição. Resolvam. Isso termina gerando esse sistema cronicador. Repetindo, a família diz: nós não podemos fazer mais nada, viemos pra vocês resolverem, e a instituição pega e assume esse papel. [...] A impressão é de que os CAPS estão se tornando mini-instituições semelhantes à rede hospitalar. Então, as mudanças vão acontecer quando nós conseguirmos fazer essa redefinição de papéis. [...] algumas famílias conseguem compreender melhor, são aquelas que nos próprios CAPS têm participado de grupos de família que atualmente existem, e essas famílias realmente obtêm um avanço nesse tipo de abordagem. Então, o grupo de família que hoje funciona nos CAPS eu vejo também como algo importantíssimo. [Ent. 09]

Uma das dimensões essenciais de um CAPS, de acordo com documentos do Ministério da Saúde (2004), é a sua especificidade que o difere muito das diversas instituições de saúde. Isso porque se trata de uma estratégia de transformação do modelo hegemônico de assistência que inclui prioritariamente a reorganização da rede assistencial, o que significa haver uma articulação com os diversos instrumentos existentes no território, ou seja, as propaladas redes de serviços em saúde mental, e assim construir as diversas estratégias inerentes à filosofia desse serviço.

A rede de saúde mental, elemento imprescindível para a necessária execução das ações em CAPS, até o momento, não conseguiu ser implantada em sua totalidade no município de Fortaleza. Ela apresenta-se fragmentada, fragilizada e com inúmeros problemas importantes.

Nessa perspectiva é que se encaminharam as reflexões dos entrevistados nº 10 e 09, pontuando questões referentes às falhas presentes na rede, à inversão de papéis e acúmulo desses, à necessidade de chamar a família a assumir seu papel e assumir uma função com os usuários a qual foge ao escopo das funções do CAPS.

Assim sendo, é possível que muitos dos profissionais inseridos em CAPS, pelo fato de incorporarem os pressupostos dessa estratégia, que passa pela questão da reorganização e da criação de novas formas de lidar com o sujeito, acabam sendo impulsionados a realizar não apenas as suas ações, como também as de outras instâncias institucionais.

É provável também que, em certa medida, isso ocorra de forma inconsciente. De qualquer maneira, constitui-se em fato preocupante, pois implica três importantes equívocos. Primeiro, o exaustivo acúmulo de atividades, muitas vezes impraticáveis por parte dos profissionais, o que geralmente produz neles algum tipo de frustração por não conseguir realizar aquilo que se pretendia. Segundo, o de corroborar com essas fraturas existentes no bojo da política de saúde mental expressa na rede. Terceiro, o de assumir um papel que se constitui em risco de dinamizar as posturas que algumas famílias adotam (por várias razões) de não se responsabilizarem por seus parentes em sofrimento mental.

Encontramos em Yasuí (2010) uma percepção acerca das ações de saúde mental no âmbito dos CAPS que se apresenta pertinente a esse contexto; diz ele: “a equipe de saúde pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama”. Isso significa pensar, criar, propor conjuntamente, mas não assumir para si uma responsabilidade que é coletiva.

6.8 A inserção de profissionais no contexto do CAPS e a configuração do mundo do trabalho

As relações sociais de trabalho vêm sofrendo significativas transformações nos últimos anos em escala mundial, tornando-se frágeis e extremamente instáveis.

Essas transformações têm acontecido ao longo dos anos e em diferentes contextos políticos, econômicos e socioculturais, registrando-se um agravamento da situação na década de 1990 em função das consequências do modo de regulação econômica, o neoliberalismo. Nessa perspectiva, tem-se diminuição da oferta de

empregos, bem como um alargamento das desigualdades salariais resultantes da desregulamentação do mercado de trabalho.

Hoje, como desdobramento amplo e profundo das alterações no mundo do trabalho, verifica-se o alastramento das precarizações, flexibilização das relações de trabalho, terceirizações, inseguranças, alienação dos trabalhadores e incertezas, culminando em mal-estar, adoecimento e conflitos entre os próprios profissionais. Esses fatores constantes na realidade global contemporânea do universo do trabalho vêm imprimindo suas marcas também no campo da saúde mental.

Observa-se na explanação abaixo:

[...] Às vezes nós, que somos terceirizados, ficamos numa condição muito ruim por conta das gestões, terminou uma gestão então a gente fica naquela instabilidade, insegurança, se vai continuar ou não. Isso acaba rompendo o trabalho que já vem se fazendo nos serviços. Então, gera aquela instabilidade por parte dessa categoria que eu faço parte. Com certeza isso reflete diretamente no lado profissional e no pessoal também, porque a partir do momento que o profissional tá vinculado, ele tá efetivado numa instituição através de concurso público, então ele fica mais seguro de levar adiante seus projetos, como também ampliar no serviço a ação dele. [Ent. 12]

A declaração contida na entrevista nº 12 traz para a discussão a realidade vivenciada pelos trabalhadores da saúde mental que mantêm vínculo com empresas prestadoras de serviço à Prefeitura de Fortaleza. Enfatiza dois aspectos importantes presentes nesse tipo de relação trabalhista pautada pela flexibilização, tais sejam: instabilidade e insegurança.

As profundas transformações no modelo econômico em função da reestruturação produtiva têm como desdobramento, entre outros aspectos, a precarização das relações de trabalho em escala mundial, atingindo grandes contingentes da classe trabalhadora, inclusive os do campo da saúde.

Encontramos em Machado e Assunção (2012) uma análise pertinente a essa situação quando se refere à política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador ao mercado de trabalho a partir da década de 1990, adotada nos três níveis do governo e que trouxe consequências danosas ao SUS. Enfatiza que atualmente registra-se nas instituições de saúde um volume espantoso de contratações de serviços terceirizados. Hoje, estima-se que existem 4.614 profissionais da saúde contratados por empresa prestadora de serviço à Prefeitura Municipal de Fortaleza, de acordo com dados divulgados em telejornais da cidade.

Nesse sentido, a declaração revela:

Os trabalhadores são despreparados, as pessoas que são chamadas, porque não tem concurso, deixam currículo, como eu mesma deixei. Chamam, a pessoa vai, vai porque precisa trabalhar e cai lá na saúde mental, ela nem gosta tanto, mas vai levando, não é uma pessoa dedicada, não tem muito interesse. Ela quer mesmo é um emprego. [...] Mas não é só em Fortaleza, não. [...] foi debatido no Congresso de Saúde Mental que é esse grupo de trabalhadores que estão fazendo saúde mental no País inteiro, existem os concursados, mas são pouquíssimos. O que acontece? Psiquiatra, enfermeiro, psicólogo etc. que arranjam uma coisinha melhor, um trabalho melhor, migram, estão ali por enquanto, não estão ali abraçando a causa. Primeiro, não tem vínculo empregatício, pra estar lá precisa gostar muito, mas também não é só, passa pela questão de sobrevivência. Concurso que não existe, mudou a política: sai uma equipe e entra outra. Os não concursados mudam, são retirados. Mas alguns, mesmo sem ser concursados, se interessam, vão atrás, não são todos. Apesar de ter muitas dificuldades, tem também estímulos, tem cursos grátis, que a Escola de Saúde Pública aqui do Estado e a Prefeitura Municipal oferecem, não são grandes coisas, mas tem. [Ent. 13]

O conteúdo expresso na entrevista nº 13 põe em discussão uma importante questão no campo da saúde mental, especificamente no âmbito dos CAPS, que diz respeito à funcionalidade desses serviços em termos de recursos humanos e a fragilidade envolta dessa questão.

Temos aqui uma via fecunda de análise a partir do pensamento de Yasuí (2010) ao se referir à frequência e a forma com que esses serviços de saúde mental vêm sendo implantados no Brasil. Registra-se, portanto, cada vez mais a criação de CAPS por profissionais que não dispõem de recursos teóricos e técnicos suficientes para esse fim, bem como a execução das ações assistenciais nesses dispositivos.

Nessa direção, não conseguem efetivar um trabalho que se configure em espaço de acolhimento ao sofrimento e à diferença. Diversamente, acabam reproduzindo os saberes e práticas que conhecem, ou seja, o CAPS torna-se um espaço aberto, onde se reproduz em alguma medida o modelo hegemônico.

Outra declaração assim expressa:

A Prefeitura investe muito dinheiro pra treinar e capacitar profissionais pra trabalhar em CAPS. Porque a faculdade não traz muito esse olhar [...]. Na prática você vai mudando seus paradigmas, sua forma de ver e pensar, de trabalhar, aprende tudo aquilo. Aí vem uma nova gestão, demite aquela equipe e contrata uma nova. Como

esses serviços vão funcionar, tendo em vista que a maioria dos profissionais não tem vínculo empregatício? Uma das coisas que me fixou um pouco nesse serviço foi o fato de ter aprovação num concurso público e de ter um vínculo. Há uma desconstrução dos processos. [...] Os profissionais que vão se engajando, acreditando naquele trabalho, investindo naquilo, como eles não têm um vínculo, hoje estão naquela instituição, amanhã estão trabalhando em outra coisa. Quem garante que um gestor que assuma vai ter a visão da necessidade de ampliar o serviço, ampliar a rede? Se a maioria dos profissionais é contratada por empresas terceirizadas, que dependem do gestor, quando ocorre uma nova mudança vêm outros profissionais, e o paciente vai ter que ser alocado em um novo grupo, em um outro espaço, vai ser atendido por outro médico. Quer dizer, o tempo todo a instituição vai se reinventando, se reorganizando de acordo com as implicações das contratações, das demissões, das outras lotações, que é uma questão de gerenciamento, mas que afeta o dia a dia do usuário. Hoje inicia um tratamento com um médico, depois ele não tem a garantia se daqui a seis meses vai estar com o mesmo médico. É como se tivesse reiniciando o tempo todo. É uma quebra. [Ent. 08]

A fala contida na entrevista nº 08 direciona-se à questão da descontinuidade dos trabalhos realizados pelos técnicos no âmbito dos CAPS, em função das relações precarizadas de trabalho presentes nesses serviços em larga escala. Chama atenção para a vinculação ao serviço via concurso público, o que, em sua opinião, contribui para haver uma vinculação maior entre o profissional e o serviço.

Declarou ainda, nesse depoimento, serem graves as consequências trazidas para os usuários quando os processos são quebrados e os profissionais têm de ir embora.

Na concepção abaixo, destaca-se:

[...] A carência de recursos humanos e também a transitoriedade dos profissionais que são terceirizados e que atualmente estão a esmo. Porque a grande maioria dos profissionais [...] é terceirizada. O terceirizado tá ali por um tempo, *pro tempore*. [...] o vínculo se torna mais esgarçado, a questão da avaliação de competências, de produção, não só a produção quantitativa, mas qualitativa, o que é que esse profissional está contribuindo? Mas o fato de ele ser efetivo também não significa que ele produza melhor quantitativamente e qualitativamente, porque eu conheço vários profissionais que são efetivos, mas que produzem muito pouco. A primeira repercussão [*da transitoriedade*] é a [...] descontinuidade de planos terapêuticos, tendo implicações no curso clínico desses pacientes, e outra, é a questão vincular. Trabalhar em saúde mental é trabalhar também com os vínculos e, na medida em que são transitórios, e de repente esses profissionais saem, isso gera um problema para os pacientes, e alguns podem absorver de modo mais fácil, outros não. [...] a questão do concurso público, a gestão atual [2008-2012] deve já há sete anos. [Ent. 04]

As declarações contidas na entrevista nº 04 faz uma análise da atual política de trabalho do município de Fortaleza no âmbito da saúde mental pública, e o faz com propriedade de argumentação relevante. Discute mais detidamente aspectos relacionados à terceirização, instabilidade profissional, produtividade, bem como os desdobramentos negativos que essas relações fragilizadas no campo do trabalho em saúde mental podem acarretar para os usuários.

Nesse depoimento foi abordada ainda a questão da recente seleção pública realizada em Fortaleza para compor o quadro de pessoal no campo da saúde. Em seu posicionamento, ela é válida como instrumento que possibilita às instituições não ficarem sem profissionais, bem como pela legalidade voltada ao trabalhador e ao administrador público. Refletiu a propósito de uma terceira via de contratação de pessoal através de cooperativas de serviços, considerando factível e “menos danoso” em relação às atuais formas de contratações, frequentemente adotadas pelo governo brasileiro.

Outra entrevista assim refere:

[...] Tem muita gente migrando da rede pública pro serviço privado por questões financeiras, não tenha dúvida disso. Mas também por condições de trabalho. Quanto falo em retorno financeiro, esse é um ponto importante, mas quando eu falo em condições de trabalho, eu não falo só de você atender uma quantidade digna de pacientes ou mesmo ter medicação, que é uma coisa que falta muito aqui. Falo de ter a segurança de um vínculo, poucos têm vínculo, o meu vínculo é de uma empresa terceirizada, contratada da Prefeitura. Se eu fosse concursado da Prefeitura, talvez eu tivesse bem mais tranquilo com a minha condição, condição essa que eu não sei como é que vai ser daqui a dois ou três meses, dependendo do rumo da política. No consultório, tem estabilidade, retorno financeiro, boas condições de trabalho, pode recorrer do ponto de vista medicamentoso ao que há de melhor disponível pro paciente mental, contatar colegas, psicólogo, terapeuta ocupacional, que atendem em consultórios, e poder trabalhar de uma forma talvez interdisciplinar. Mas é um paciente de qual lugar? Aqui, você não tem essas mesmas condições, até porque está todo mundo sobrecarregado, está todo mundo com seu vínculo frágil. Um bom serviço do ponto de vista profissional, ganhando menos do que quem trabalha na região metropolitana e atendendo um número enorme de pacientes com um nível de cobrança, de exigência bem maior, por se tratar de uma capital, e aqui nesse CAPS um pouco mais, por ser o CAPS vinculado à universidade. Então, tudo isso são fatores que fazem os profissionais migrarem, todo mundo, médico, psicólogo, enfermeiro. Esse mal é geral, de não ficar muito tempo, de não se vincular, de querer arranjar outra coisa melhor. Até no interior o pessoal tá ganhando bem. Nos interiores próximos daqui, o pessoal,

financeiramente falando, ganha o dobro que a gente ganha aqui.
[Ent. 15]

A entrevista de nº 15 faz uma contextualização dos principais aspectos que, em sua opinião, têm se constituído em fatores que vêm potencializando o processo migratório dos profissionais da saúde (mais detidamente dos CAPS) para o setor privado, bem como para os serviços de saúde situados do interior do estado. Nessa perspectiva, enfatiza a questão do retorno financeiro, que é baixo em relação ao quantitativo de atendimentos realizados, além das exigências a que os profissionais são submetidos.

Outro aspecto relevante pontuado nessa fala e que foi recorrente nas falas dos demais profissionais diz respeito às condições de trabalho, que transcendem questões básicas como, por exemplo, o acesso à medicação para os usuários, e vão até a questão da falta de estabilidade no emprego, a falta de vínculos.

Nesse sentido, torna-se pertinente ressaltar que o sistema de saúde brasileiro promoveu transformações no que se refere à reorganização dos serviços públicos de saúde de modo geral. Contudo, a gestão do trabalho ainda é um dos grandes problemas a serem enfrentado em todas as esferas do governo.

Partindo da constatação de que a precarização do trabalho atingiu sobremaneira também o campo da saúde mental, consubstanciada na flexibilização na forma de contratação dos profissionais, de modo a não haver vínculo empregatício com a administração pública, via concurso público, observa-se, pois, uma significativa desproteção social e desrespeito aos direitos trabalhistas com salários baixos e condições de trabalho insatisfatórias. Assim sendo, é possível inferir que tais fatores tendem a desencadear nos profissionais insegurança, tensão, medo e conflito.

Nesse depoimento, também foi abordada a questão da distância do ambiente de trabalho como um elemento dificultador do processo de trabalho. Acerca disso, alguns teóricos referem que grandes distâncias até o local de trabalho provocam insatisfação e incompreensão por parte dos administradores à frente do gerenciamento das unidades de saúde.

No relato que segue, lemos:

A gente tem uma equipe muito reduzida. Além disso, os profissionais do CAPS deixaram de ver o CAPS como seu principal emprego, ou

como sua principal paixão. Você tem que vir trabalhar porque quer trabalhar. Eu tenho que vir sabendo que tenho obrigações, que tenho deveres. Eu estou aqui porque quero. Tem profissionais que precisam ter consciência de que o CAPS é o seu emprego, não seu quebra-galho. As pessoas estão se atarefando. Se eu tenho dois, três empregos, tenho porque posso, tenho porque vou desempenhar bem o meu papel nos meus três empregos. Eu não chego do meu trabalho e vou dormir no CAPS na segunda-feira pela manhã. Então, está faltando amor pelo serviço, a primeira coisa. A segunda, importantíssima, é responsabilidade, os profissionais não estão mais responsáveis pelo serviço do CAPS. Então, eu me sinto. Por que é que eu faço e outros não fazem? Não entendo porque algumas pessoas têm que fazer tudo, e outras não. Eu não acho correto um psicólogo não sair do consultório, enquanto outro profissional fica até no telefone, se for o caso. A coordenação tem um protecionismo que não é bom, não é saudável pra equipe, ela protege uns e outros não, e isso é visível. A equipe está se desintegrando. Gente insatisfeita, com raiva, gente que diz que tanto faz como tanto fez, que não acredita no serviço. Eu não acho isso correto, você deixar de fazer o trabalho por não acreditar no serviço. Isso não é correto. [Ent. 10]

O conteúdo expresso na entrevista nº 10 centra-se nas dificuldades vivenciadas no cotidiano da instituição, o que revela, em certa medida, a atual engenharia organizacional dos processos de trabalho da atual política adotada pela presente gestão da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Com uma expressão de angústia e insatisfação, contextualiza em profundidade o ambiente de trabalho, pontuando os conflitos vivenciados em função da dificuldade de congregar todos os profissionais da equipe em torno do objetivo fundamental do serviço. Refere-se às inúmeras discordâncias pessoais não superadas.

Situações dessa natureza, de acordo com estudiosos das relações de trabalho como Cristophe Déjours (2003), referem que os baixos salários, a alienação dos processos de concepção do trabalho, a falta de reconhecimento pelo desempenho e a falta de estabilidade no emprego são alguns dos fatores apontados como geradores de sofrimento mental dos trabalhadores, podendo levar à fragmentação das ações e à desestruturação na organização do trabalho, tendo em vista que alguns trabalhadores podem eventualmente se recusar a realizar algumas atividades em oposição aos objetivos da instituição.

Os CAPS são serviços de saúde mental que congregam profissionais de diversas áreas, compondo a denominada equipe multidisciplinar e que se propõe interdisciplinar – como refere Vasconcelos (2006), deve ir além da simples

operacionalização de ações técnicas em um mesmo espaço físico. Essa diversidade constitui-se, assim, em uma espécie de arena onde acontecem diversas inter-relações as quais são atravessadas de interesses opostos, necessidades, insatisfações e conflitos.

Esse contexto representa o cotidiano de muitos CAPS, não apenas a realidade de Fortaleza, mas de grande parte do País. Amarante, em artigo publicado no ano de 2003, já naquele período, chamava atenção para essa questão, bem como para a necessidade do constante exercício de repensar as relações entre os saberes no campo da saúde mental e entre o seu objeto, tendo em vista a complexidade que envolve essa relação.

Trata-se de uma questão importante que pode trazer graves desdobramentos para todos os sujeitos envolvidos nesse processo: gestores, profissionais, familiares e usuários, sobretudo para estes últimos.

6.9 Concepções sobre clínica no contexto da saúde mental

É numa perspectiva de reconhecimento da existência dos limites de se compreender a dimensão universal da realidade, onde estão inseridos os sujeitos adoecidos, que se faz necessário apropriar-se do conceito de clínica ampliada proposta por Gastão Wagner (2007). Esse conceito propugna a interpretação das singularidades desses sujeitos, isto é, instruir-se sobre os aspectos genéricos do processo saúde – doença – atenção, exercitando a prática de saber escutar e perscrutar um caso singular.

A clínica ampliada ou clínica do sujeito teria a possibilidade de ocupar-se da singularidade de cada sujeito sem, contudo, prescindir da ontologia das doenças e suas possibilidades de intervenção. Busca superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade, tendo em vista a operacionalização de projetos terapêuticos amplos, construídos dentro de uma dimensão horizontalizada do processo de trabalho que “tenta combinar” especialização com interdisciplinaridade.

Enuncia a entrevistada:

Fundamental. A clínica é um modelo biomédico, um modelo fragmentado, ele está em falência e precisa estar. [...] É a partir

desse olhar integral que você vai ter melhores resultados. Então, a clínica ampliada é um novo paradigma, em cuja formação profissional, dos vários saberes, ainda há uma lacuna na questão da formação. É preciso um maior investimento em educação continuada, nesse processo de *continuum*, de busca de conhecimento, pra se apropriar do que seja a clínica ampliada [...] esse olhar múltiplo dentro de uma mesma singularidade [...] que traz exatamente a desconstrução daquele olhar fragmentado, porque na verdade ele não dá resposta. Olhar fragmentado é um olhar pequeno, ele parte a pessoa, ele trata a doença, ele não trata esse indivíduo, essa pessoa numa perspectiva multidimensional. Então, acho que a clínica ampliada vem trazer essa possibilidade. Acho que ele é um processo que está em construção [no CAPS], já é algo que você pode contemplar. [...] talvez isso não esteja ainda institucionalizado, vamos dizer assim. Mas já se deu um ponto de partida, já estamos nesse processo de construção, como ele é um paradigma novo, precisa realmente ser tencionado para que possa acontecer. Mas já se podem vislumbrar as práticas. [Ent. 05]

Observa-se, nesse discurso acima, ênfase na questão da formação profissional no âmbito acadêmico sobre a clínica ampliada, que “ainda há uma lacuna” na questão da formação. Destaca-se a preocupação com a educação continuada.

A opinião em foco está em consonância com o pensamento de Sampaio e Barroso (1994) acerca da metacrítica da formação dos trabalhadores e das práticas no campo da saúde mental no âmbito dos CAPS, em que, para se fazer um enfrentamento da realidade (em constante processo de transformação), os profissionais necessitam estar inseridos em processo continuado de formação que os instrumentalize cientificamente para execução de novas abordagens, técnicas e programas.

Lê-se nesta outra entrevista:

A clínica ampliada visa a dar um olhar transdisciplinar e contemplar a singularidades de cada caso. Eu acredito que ela esteja em construção, porque não é algo fácil. A formação de todos os profissionais que chegam ao CAPS é uma formação acadêmica tradicional. Então, nós somos formados separados, e aí, quando nós vamos para o campo de trabalho juntos, logicamente podem ocorrer dissonâncias, dificuldades de compreensão, e a questão mesmo de conseguir essa articulação, não necessariamente por uma dissonância, mas por uma dificuldade cultural, digamos assim, da formação mesmo da pessoa. [Ent. 04]

A declaração chama atenção para a questão da formação acadêmica dos profissionais inseridos nos serviços CAPS, que é pautada num modelo tradicional.

Nesse sentido, o seu pensamento remete às ponderações de Sampaio e Barroso (2001) quando asseveram que o CAPS é um equipamento de saúde “de nova natureza”, mas “integrado a sistema pré-existente”, ou seja, os profissionais são formados para atuar nesse sistema pré-existente, daí a possibilidade de dissonância entre as equipes.

Assim sendo, impõe-se aos trabalhadores “reinventar” sua formação no sentido de instrumentalizarem-se para dar conta do real vivido, o qual é atravessado de complexidade.

A discussão sobre a temática da clínica ampliada vem sendo abordada pelo Ministério da Saúde como parte da política de humanização do SUS, a qual desde o início de sua implantação vem buscando efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde na dinâmica cotidiana das práticas de atenção e gestão, tendo como norte as trocas solidárias entre gestores, profissionais da saúde e usuários.

Assim sendo, observam-se os primeiros relatórios do governo acerca do assunto em fins de 2003 – portanto, trata-se um debate relativamente recente. É possível que, em função disso, a maioria dos profissionais entrevistados tenha declarado não ter familiaridade com o assunto, embora alguns admitam já terem “ouvido falar”. Outros, no entanto, ao referirem suas concepções, demonstraram certo grau de inquietação, haja vista terem ciência de se tratar de uma proposta que debate, entre outros aspectos, o caráter teórico de poder corporativo das profissões. Alguns, ao se referirem à clínica ampliada, confundiram o tema com outros conceitos.

Lê-se no relato:

Aqui no CAPS, eu vejo a **clínica ampliada** na parte da consulta, a parte da equipe, da terapia [...] Na minha opinião, não existe clínica ampliada em posto de saúde, em certos centros comunitários, porque, assim, quando a gente encaminha um paciente fora do CAPS, a gente sente a diferença, a gente sente o impacto, a gente sente que o paciente vai e volta. [...] Aqui no CAPS eu vejo que a gente consegue ter ainda essa parte de **encaminhamentos**, a gente consegue encaminhar o paciente pra onde a gente sabe que tem um funcionamento. **Várias terapias paradas, de uma hora pra outra** encerram as vagas. Pode acontecer alguns casos, acho que não tá ainda beneficiando o que seria o certo pra beneficiar. [Ent. 03]

Para os profissionais entrevistados, tão complexo quanto discorrer sobre desinstitucionalização é falar sobre o conceito de clínica ampliada. É possível que a

falta de familiaridade e conhecimento sobre esse conceito ocorra devido à pouca divulgação acerca das práticas norteadas por esse pressuposto, embora a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde venha recomendando, desde o início dos anos 2000, modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. Esses modelos são norteados pela superação do entendimento da clínica centrada em visões biologicistas de valorização apenas ao quadro clínico, devendo observar e contextualizar o processo saúde-doença como fenômeno multifatorial.

Isso implica assimilar e respeitar as diferenças e singularidades dos sujeitos. Nessa perspectiva, as ações em saúde demandam cuidados e estratégias intrinsecamente relacionados à ética da autonomia, direitos, singularização e inclusão social. De acordo com Yasuí (2010), são ações que sugerem articulação e diálogo de distintas áreas do conhecimento, pois transcendem os “enquadres” terapêuticos tradicionais em busca de alianças e encontros com os recursos existentes no território.

Nas percepções abaixo, observamos:

Há muito tempo que não me aproprio desses conceitos de política, aliás, eu tenho, de uns anos pra cá, estudado muito menos política de saúde mental e muito mais psicopatologia. Nesses anos de CAPS, meu interesse sempre maior foi o da clínica mesmo, da psicopatologia, [...] sempre foi dentro desse viés, mais do que de um viés político. [Ent. 08]

A entrevista nº 08 refere ter estado distante de temas que passam pelas discussões sobre política e declara-se como profissional que tem preferência por atuação em psicopatologia.

A seguir, temos o relato:

A clínica ampliada, no meu entendimento, é se despedir desse modelo biomédico, sair desse modelo e partir pra questão social. Olhar para o sujeito como um todo, mas isso gente não vê na medicina ainda, infelizmente. É sair dessa centralização de diagnóstico e medicação e contextualizar o sofrimento psíquico, e isso significa ver a pessoa em relação com a comunidade. Como fazer? Pode ser feita por todos os profissionais do CAPS. Ir à comunidade, conhecer como a pessoa se relaciona com vizinhança, trabalho. [...] A clínica [*tradicional*] era muito restrita a essa questão medicamentosa. Eu aprendi algo no congresso [*de saúde mental*], que foi não “encapsular” [*expressão que significa institucionalizar dentro dos CAPS*], ou seja, o paciente ficar indo só para o CAPS e ficar só dentro do CAPS. Ele não se reduz só àquilo ali. Os profissionais podem articular isso, fazer intervenções que ampliem os

horizontes dele, seu potencial. Importante acreditar nisso, porque é possível. Agora, ficar nesse modelo de medicação, de atividades só em CAPS, é preocupante. A clínica ampliada é uma ampliação desse saber, desse olhar que vai além. Quando acabam as suas atividades no CAPS, eles voltam para casa, eles voltam pra vida. Nós podemos fazer articulações na família, na comunidade, nós podemos abrir espaços que potencializem esse sujeito, que possibilitem o resgate do estatuto de cidadania. Às vezes, são resgates que pra nós são tão simples, mas pra eles não. É tudo. [...] Clínica ampliada é sair desse modelo biomédico, de espaço físico limitado, medicação, diagnóstico. Atender só em consultório? Não, eu posso fazer o trabalho no hospital, na comunidade, independentemente do espaço físico. Eu posso fazer psiquiatria, psicologia numa perspectiva de clínica ampliada, porque, se as ações ficarem restritas, é um reducionismo total. Vejo assim: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, troca e ampliação de saberes. [Ent. 13]

A entrevista nº 13 faz colocações precisas acerca do conceito de clínica ampliada e clínica tradicional, trazendo ao debate diversos conceitos a eles inerentes. Demonstra muita afinidade com a proposta e preocupação com as incipientes estratégias realizadas atualmente nos CAPS no sentido de viabilizar e promover a inserção social. Enfatiza em diversos momentos de sua fala a necessidade de a equipe se desvencilhar dos modelos centrados na clínica tradicional com foco no atendimento individual e ênfase apenas nas terapêuticas medicamentosas.

Diz a entrevista:

Talvez seja o que a gente já faça. Não li muito sobre clínica ampliada, mas entendo que é esse trabalho interdisciplinar, o tratamento não voltado só pra medicação, em que o médico decide tudo sozinho. Ver o paciente como um todo e seus interesses. Acho que já acontece, mas muita coisa tem que ser melhorada. Nas avaliações que a gente faz em domicílio, por exemplo, muitas vezes, não se pergunta como é a rotina daquela pessoa em casa. Pois eu estava pensando na história da filha daquela senhora, que não ficou aqui de jeito nenhum e falava miando. Em casa, ela convivia com um gatinho e quando chegava aqui, ela sentia falta desse gato e começava a miar. O médico achou que ela tivesse delirando e, no entanto ela estava sentindo realmente saudade do gato. E se realmente tivesse sido feita uma observação mais detalhada, tivesse conversado mais, tentado ver como é o contexto familiar dela, o que é que ela fazia no dia a dia, teria facilitado mais a permanência dela aqui. Talvez conseguíssemos até mais coisas com ela. Então, perguntar para conhecer mais, observar os fatores sociais e econômicos das condições da pessoa. A importância de os profissionais estarem conversando sobre os casos, passando para o outro e vendo qual é o melhor planejamento junto àquela família. [Ent. 07]

As observações trazidas pela entrevista acima põem em evidência, a partir de uma singela argumentação explicativa que reserva no seu cerne um conteúdo extremamente importante, a possibilidade da mudança do foco de atenção individual para a coletiva. É a busca pela compreensão de outros aspectos referentes ao sujeito que transcendam o biológico, como bem refere Campos (2007), e conseqüentemente tornem possível desenvolver práticas políticas em favor da inserção social das pessoas com transtorno mental, priorizando os aspectos transformadores da realidade social e institucional.

Vejamos nas entrevistas que seguem:

Clínica ampliada. Acho que há, aqui no CAPS, um esforço em relação a isso. Até porque a gente está muito próximo de todo mundo. Não tem distinção entre fazer isso e fazer aquilo, embora tenha suas exceções, mas a maioria funciona assim. Acho que é devido ao amadurecimento, são pessoas que estão há muito tempo na área, que são amadurecidas também pela vivência pessoal e influenciam para que as coisas aconteçam. Eu vejo de uma forma leve. Agora, falta a presença dos psiquiatras ainda. Eles poderiam se integrar mais. Pelo número de médicos que a gente tem aqui, poderia ter mais representantes, no sentido de se aproximar mais da equipe e discutir os casos. Eu penso que isso se deve ao próprio modelo acadêmico, essa construção antiga de distanciamento. [Ent. 06]

A declaração nº 06 refere haver um esforço da equipe para o desenvolvimento dessa estratégia. Em sua opinião, preservadas as exceções, não há, de modo geral, diferenciação no campo das ações entre a maioria dos profissionais, pensadas aqui no sentido da horizontalidade e harmonia entre os membros da equipe.

Como se pode visualizar no conteúdo expresso da entrevista de nº 10, logo abaixo, há uma significativa divergência das falas, se comparado à entrevista de nº 06. Lê-se:

O sentido, pra mim, de clínica ampliada é juntar todos os esforços que se tem, não só entre os profissionais da rede, mas você usar os próprios serviços que sejam atrelados à rede pra tratar o paciente. Temos que discutir os casos. Aprender a trabalhar juntos, porque não sabemos. Aqui, há pessoas que cresceram muito, sabem muito, são muito boas mesmo, mas que se tornaram boas sozinhas, entendeu? A gente tem que ensinar a quem não sabe. Parar as brigas entre saberes. [...] juntar os saberes com um objetivo só, o paciente. [...] Se conseguir reunir mais de cinco especialidades, é pra

brigar por alguma coisa ou participar dessas rodas [reuniões de equipe] que estão sendo um desperdício de tempo, se fala sobre tudo e sobre nada. E os pacientes estão aí, se cronificando. [...] Não vejo aqui, no sentido literal da palavra, a clínica ampliada. Vejo dois, três tentando, o resto não. Esses dois, três que estão tentando estão sobrecarregados e estão ficando muito putos, e o que vai acontecer pro paciente é incerto, porque a gente acaba descarregando em algum momento em alguém. [...] Estou vendo a equipe se perder. Não sei se faltou uma gerência efetiva, ou... Estamos atirando e não sabemos onde está o alvo, e vai acabar pegando em alguém, e esse alguém vai acabar sendo o paciente. Esse CAPS é diferente dos outros, todo mundo sabe disso, por isso é alvo de inveja e maledicência. Essa é uma equipe muito boa. Se sentarmos meia horinha pra fazer uma coisa complexa, fazemos, mas não estamos mais fazendo isso. Falta e muito trabalhar a clínica ampliada, sim, falta. Nós somos muito inteligentes, equipe muito boa, temos só que aprender a trabalhar em equipe, porque, se vocês sabiam, foi desaprendido, não estão mais sabendo. [Ent. 10]

O discurso observado na entrevista nº 10 reflete a existência de divergências nas relações no ambiente de trabalho no que se refere ao modelo institucional, trazendo para o debate temas importantes, como rede de saúde mental, estudo de casos clínicos e interdisciplinaridade, bem como a importância presente na realização de saberes compartilhados, embora, num determinado momento, coloque a horizontalidade dessa partilha de saberes de uma forma que pode incorrer num reducionismo simplista quando diz: “A gente tem que ensinar a quem não sabe”.

Faz referência aos conflitos existentes entre os saberes, compreende que a equipe tem grande potencial, tece diversos elogios, ao mesmo tempo em que faz uma crítica acirrada à atual forma de operacionalização das ações, de modo que, em sua opinião, a equipe encontra-se “perdida”.

Trata-se de um depoimento denso e fértil de informações e contextualizações e simultaneamente perpassado de expressões ao longo da fala que denotam certo nível de insatisfação com a atual organização dos processos de trabalho.

Trabalhar numa perspectiva de clínica ampliada implica mudanças radicais na organização do trabalho, que requer mudanças na forma de pensar com vistas a um novo agir. É necessário considerar o fato de que muitas vezes trata-se de concepções profundamente sedimentadas pelo tempo.

Nesse sentido, encontramos em Merhy (2007) as concepções de instituídos e instituintes, as quais dizem respeito a forças poderosas que se articulam no interior do modo de produção em saúde que constitui um campo tenso, mas de múltiplas

possibilidades e competências inventivas para o desenvolvimento de redes e sistemas articulados em torno do tema do cuidado.

Tomando por referência as reflexões de Merhy em articulação ao contexto vivenciado no CAPS, torna-se necessário levar em conta que, anteriormente à organização do trabalho instituinte (o novo), a instituição já convivia com outras formas (instituídas) de organização, as quais lhes aparecem como confortáveis e familiares. Em síntese, as mudanças geram ambiência de tensão entre forças instituintes e instituídas.

Outras declarações revelam:

Eu acho que a clínica ampliada tem a ver com a questão multiprofissional, vários profissionais engajados pra solucionar um problema do paciente. [...] eu não estou totalmente atualizada nessas questões, mas acredito que seja isso. [Ent. 14]

Essa ideia de que o sujeito tem que ser assistido somente de uma perspectiva, no caso, o adoecimento ter só atenção médica, vem sendo desconstruído. Hoje se percebe, está bem clara no serviço a possibilidade de o usuário ser atendido por vários profissionais, cada um com o seu olhar, a sua competência. Isso de alguma forma desconstrói essa relação histórica de a loucura “pertencer”, ficar somente centrada a uma determinada categoria da saúde. [...] Quando uma pessoa adentra o serviço, dependendo da demanda que ela traz, é repassada pra equipe e é discutida conjuntamente entre os mais diversos profissionais. [Ent. 12]

Essa questão, eu não estou bem aprofundada. Penso que seria a questão que a gente vê mais ou menos no matriciamento [*estratégia de atendimento partilhado entre equipes do CAPS e o Programa de Saúde da Família (PSF)*] da junção do médico com psicólogo, de um médico com um enfermeiro pra fazer esse atendimento conjunto. [Ent. 02]

As entrevistas de nº 14, 12 e 02 acima expostas reservam suas especificidades, no entanto trazem consigo um atributo comum, qual seja: associar imediatamente o conceito de clínica ampliada a uma de suas características fundamentais, que é interdisciplinaridade. Apesar de declararem não conhecer o tema em profundidade, todos em alguma medida fizeram conexões apropriadas do conceito com a organização horizontal do processo de trabalho.

6.9.1 Dificuldades identificadas para execução da política de saúde mental no contexto do CAPS

Diversos programas, projetos e políticas públicas, sobretudo no contexto da sociedade brasileira, apresentam falhas na sua implementação, isto é, os resultados ou impactos acabam não correspondendo àquilo que se pretendia.

Ressalta-se que um dos aspectos responsáveis por essas falhas no âmbito das políticas públicas é exatamente a dissociação entre a sua elaboração e a implementação no processo de planejamento.

É comum ouvir-se a seguinte afirmação, quando o assunto é política pública: “no papel é perfeito, mas, na prática, não.” Essa frase é reveladora, pois a formulação de políticas é, com muita frequência, reconhecida pelo fato de que os tomadores de decisões não sabem exatamente o que querem, tampouco conseguem avaliar se os resultados são passíveis de ser alcançados. Às vezes, os resultados são desastrosos, porque os planos foram faraônicos, tendo sua funcionalidade restrita ao papel.

Somam-se a isso os entraves que marcam o Estado brasileiro em relação ao desperdício de recursos, corrupção, falta de compromisso e a própria incapacidade gerencial e governamental.

Partindo do princípio de que a política de saúde mental é também uma política pública situada nessa dimensão macro administrativa, de recorte socioeconômico e político-institucional, é possível que as dissociações anteriormente mencionadas venham a interferir em alguma medida ou de algum modo na execução dessa política no contexto dos CAPS.

Nesse sentido, importa observar as principais dificuldades elencadas pelos profissionais dos CAPS para execução da política de saúde mental no contexto de Fortaleza.

Nessa direção, lê-se nos relatos que seguem:

É a ruptura dos micropoderes de saber. É preciso que as diferenças de áreas afins, de conhecimentos específicos, consigam se complementar e não se digladiar. O grande entrave é sair da fragmentação, das “casinhas” e chegar a uma horizontalidade dos saberes. [...] A partir do momento em que se está na interação dos saberes, está se complementando com saber específico do outro, e é nessa fusão que esse saber vai trazer o saber maior, que é o saber

integral. O saber popular que o usuário traz é de grande valia, porque é nesse movimento que ele se retroalimenta. [Ent. 05]

Questões estruturais, **a questão do choque mesmo de papéis**, da carência de recursos humanos e também a transitoriedade dos profissionais que são terceirizados e que atualmente estão a esmo. [Ent. 04]

As declarações contidas nas entrevistas nº 05 e 04 trazem em comum a discussão epistemológica, havendo uma imersão mais profunda do tema presente na entrevista nº 05, em que chama atenção para a superação de práticas com fundamentação unidimensional, com vistas a ultrapassar as dificuldades entre as diversas áreas do conhecimento.

Dizem as entrevistas abaixo:

[...] Eu sei que aqui é um trabalho multiprofissional interdisciplinar, mas às vezes eu não estou voltada à minha categoria, fazendo o que eu queria fazer, muitas vezes eu tenho que estar fora [*visita institucional ou domiciliar*] ou na parte burocrática, isso me incomoda. Vejo a batalha que a gente tem pra conseguir medicação de emergência, porque o município barra um simples diazepam ou haldol. [...] Numa crise, o que é que eu vou fazer quando esse paciente chegar? Vou sentá-lo? Vou acalmá-lo sem uma medicação, que precisa? [Ent. 03]

No momento, o que mais dificulta é a questão da instabilidade da disposição de medicações. Falta muita medicação, às vezes o paciente está indo superbem, mas aí falta a medicação [*via SUS*], ele não tem como comprar e às vezes tem amostras [*medicação grátis*], outras não, isso complica muito qualquer atendimento [...] aí ele não consegue comprar. Isso aí é um entrave enorme pra quem trabalha aqui. Outro entrave é a questão do suporte familiar, que, por mais que se trabalhe, tenha grupo de família, mesmo assim ainda tem aquelas famílias difíceis de trazer o paciente, de acompanhar. [Ent. 16]

A entrevista nº 03 declara certo grau insatisfação em função do incômodo gerado pela natureza da organização do trabalho em CAPS, apesar de ter consciência de que se trata de um trabalho interdisciplinar. Declarou ainda que a demanda é crescente para o quantitativo de pessoal, sendo a equipe exigida a absorvê-la em detrimento dos usuários que já fazem parte do serviço.

Conforme pode ser observado na convergência dos depoimentos nº 03 e 16, a falta de medicação constitui um entrave para o bom desenvolvimento das ações.

Nas declarações abaixo, observa-se:

Dificuldade de espaço pra trabalhar, espaço físico, muitas vezes está atendendo individual, mas chega um psiquiatra e ele tem a prioridade pela sala, então eu tenho que sair. Tem uma opção de a gente ir com o grupo para o convento, mas os pacientes ainda estão muito acostumados aqui, resistência. Há anos eles frequentam isso aqui, até o próprio lanche é um problema, eles acham que não vai ter. Lista de espera por terapia, poucos profissionais, aí em grupo a pessoa não quer, só quer individual, e aí não dá pra atender a todos, tem que ser mesmo em grupo. A demanda é grande em relação ao tempo e ao espaço que não se tem. [Ent. 06]

São vários tipos de dificuldades. Dificuldade no relacionamento aqui dentro, a falta de espaço físico para trabalhar. Profissionais não se envolvem com o trabalho, apenas um grupinho, isso torna as relações difíceis. Muitas vezes não há respeito, entendeu? Então, há um desgaste e ocorre esse adoecimento da equipe, e o usuário sente isso. Torna-se um serviço mais desorganizado, o paciente não recebe o cuidado necessário. Eu acho que é isso. [Ent. 07]

Aqui há também uma coadunação de opiniões entre as entrevistas nº 06 e 07 no que se refere à insuficiência das instalações para o funcionamento das atividades, sendo apontada a questão da falta de espaço físico, ou seja, poucas salas em relação ao quantitativo de técnicos. Percebe-se certa insatisfação em relação a isso, sobretudo quando os profissionais se veem forçados a ter de desocupar essas salas para o psiquiatra trabalhar, tendo em vista que “ele tem a prioridade pela sala”, conforme declarado na entrevista nº 06.

A entrevista nº 07 aborda também outras questões importantes e que emergiram em outras falas dos profissionais, tais sejam: falta de envolvimento com o trabalho e conflitos. Menciona a desorganização do serviço e a falta de cuidados necessários com os usuários em função do “adoecimento da equipe”.

Nessa perspectiva, Déjours (2003) faz uma análise da relação entre insatisfação no trabalho e sofrimento do trabalhador, relacionando este último ao conteúdo das atividades, em que estão presentes alguns sentimentos como indignidade por realizar uma tarefa desinteressante e sem significado. Isso implica o que o autor considera como "carga psíquica", fonte de sofrimento e patologia para o trabalhador.

Nos relatos abaixo, tem-se:

Que fique bem claro, a equipe de modo geral, a forma como interage, tenta trabalhar, é muito bacana, saudável. [...] A demanda desse CAPS está crescendo e vai sofrer do mesmo mal que os outros estão sofrendo, é só uma questão de tempo. Medicamentos simples às vezes não têm, não há regularidade na manutenção de medicações

básicas, até as mais baratas. Outro aspecto que dificulta, embora já eu tenha trabalhado em local mais distante, é que eu moro no [*bairro onde mora*], lá é muito longe e o deslocamento é meio difícil. [...] As psicólogas, todas sem vagas. Enfim, mas eu estou fazendo minha parte, só se lamentar também não dá, lamenta porque enfim se inquieta com a situação, mas não é por isso que eu vou parar. [Ent. 15]

Morar longe é uma dificuldade, eu moro muito longe. Ter que trabalhar noutro lugar, o deslocamento é um fator complicador. Conflitos, divergências na equipe. Ainda vamos caminhar, temos que aprender a ter discussões mais profissionais, acadêmicas, e menos da ordem pessoal. Quando se levantam questões que são institucionais e que nos ultrapassam, que não têm a ver com a gente, às vezes acaba entrando em questões que se tornam pessoais. A descontinuidade das verbas e falta de material pra trabalhar. Mas as grandes dificuldades são relacionais. É difícil, às vezes, não tornar pessoal as coisas que são pessoais, mas aí é o trabalho e a vida, é a vida e o trabalho, fica tão engendrado um no outro... Falo por mim, e observo isso em outras pessoas, que em alguns momentos não temos a tranquilidade de discernir, as emoções afloram, as discussões ficam acaloradas, eu via muito isso nas rodas [*reuniões de equipe*], e às vezes não se consegue resolver as questões com objetividade, porque o nosso lado pessoal é implicado nessas questões institucionais. [Ent. 08]

Considerando os aspectos convergentes observados nas declarações nº 15 e 08, encontra-se a questão do descolamento, que, em sendo longo, na opinião de diversos teóricos das relações do mundo do trabalho, consiste também em fator de insatisfação do trabalhador.

Em relação ao fator divergência, observa-se discordância de opiniões sobre as relações entre os membros da equipe, que, na percepção declarada na entrevista nº 15, ocorre de forma “bacana e saudável” – ao passo que, para a entrevista nº 08, essas mesmas relações estão perpassadas por “divergências e conflitos”.

De acordo com a declaração que segue,

Existe um problema que tem travado as coisas, que é a tentativa de alguns profissionais e gestores de desqualificar a psiquiatria, desvalorizar o tratamento psiquiátrico com um discurso ideológico, mas pra mim, por trás, tem o posicionamento de disputa de mercado. Então, não se pode avançar multiprofissionalmente e interdisciplinarmente se não considerar todas as possibilidades, todos os atores presentes no processo. Se você, como membro de uma equipe, num passado, identificou o médico como sendo alguém que impõe certo autoritarismo, você agora não pode querer tirar o médico da parceria pra impor o universo do autoritarismo, entendeu? Agora não. Agora, quem vai mandar somos nós, e o médico agora vai ter que ficar na peia. Não é assim, não é assim, é preciso que

haja uma política e atitudes para de fato compor um trabalho profissional multiprofissional e interdisciplinar. [Ent. 01]

O conteúdo declarado na entrevista nº 01, como pode ser observado, revela situação de conflito presente nas relações entre os saberes e menciona a existência de grupos que desconsideram a psiquiatria e o tratamento psiquiátrico.

Nessa direção, importa pensar essa questão a partir das argumentações expressas. Obviamente a história não nega os fatos, e estes, se analisados no campo da prática psiquiátrica, foram marcados fortemente por ações segregantes e excludentes ao longo dos anos. Trata-se de um fato histórico. Contudo, é preciso ter em conta que todos os saberes reservam a suas especificidades, transitam por processos muitas vezes contraditórios, mas devem chegar a dimensões de convergências e reencontros.

Isso posto, ganha relevo o pressuposto epistemológico de que nenhum saber científico isolado tem o poder de plenificar a verdade. A verdade se configura como emergência de multidisciplinas, multisaberes que, em articulação, têm uma finalidade comum: no caso em pauta, a saúde mental.

Nas exposições feitas linhas abaixo, temos:

A maior dificuldade e que traz consigo muitas outras é não ter concurso público, a falta de estabilidade. Muda muito de profissionais e quem sofre é o paciente com quebra de vínculo. É interrompido o tratamento o tempo todo. As informações não se cruzam, há dificuldade de fazer o encontro da equipe, não há troca de saberes, nem como estudar os casos, tudo é muito rápido e dinâmico. Não há critérios, os profissionais, na maioria, são indicados por políticos e às vezes não estão dispostas pra esse trabalho. É um fazer que exige muito do seu equilíbrio pra ser bem feito. Não dá pra seguir um protocolo, é trabalhar com as singularidades, e alguns profissionais não estão preparados. Tem que pelo menos se identificar um pouco. Não quero ser simplista, mas, mesmo com dificuldades, a gente arregança as mangas, pula o muro do CAPS e faz o negócio. [Ent. 13]

Como também o trabalho com arte não se restringe somente ao ambiente do CAPS, se faz atividade fora, visitaçã o a galeria de arte, museu, exposições. Então, muitas vezes há dificuldade ou quase sempre. Às vezes se marca um evento fora, de repente informam que, por falta repasse financeiro, o ônibus não vem [risos]. Então, é difícil, porque, às vezes, tem ali 50 pacientes esperando, l he cobrando, porque gera expectativa: que horas é o passeio? Que horas a gente vai? E, nos bastidores, a coisa pegando fogo, tentando encontrar uma solução, improvisar, o que é diferente de ser criativo. Então, pra nós é desgastante e frustrante. [Ent. 12]

Os dois depoimentos das entrevistas nº 13 e 12 reconhecem e explicitam, a partir de ângulos diferentes, sérios problemas que no geral evidenciam as fraturas no âmbito da atual política de saúde mental no município de Fortaleza.

Nesse sentido, discutiram questões que tornam, em certa medida e em diversas situações do cotidiano dos serviços substitutivos, impraticáveis a efetivação das ações de acordo com aquilo que é preconizado pela reforma psiquiátrica e até mesmo pela legislação que lhe dá sustentação legal.

6.9.2 Perspectivas de assistência para as pessoas com transtornos mentais

A atual Política Nacional de Saúde Mental brasileira, com todos os retrocessos e avanços, sobretudo nos últimos dez anos, em que se registra a construção do aporte normativo jurídico, consubstanciado na Lei 10.216/2001, bem como pela expansão do debate epistemológico, técnico-assistencial e político, vem buscando superar a exclusão social das pessoas com transtorno mental, exclusão que historicamente vem acometendo esse segmento da nossa sociedade.

Como retrato imediato dessa realidade, menciona-se falta de liberdade, violência, punição, maus-tratos, segregação. Esses fatores são apontados por muitos teóricos da literatura especializada como sendo resultante de todo um processo socioeconômico, político e conjuntural, onde muitos interesses estavam em jogo e que por longos anos submeteram e imobilizaram o processo de mudanças no campo da saúde mental, onde comprovadamente observou-se ausência quase total de atenção das políticas públicas.

Os temas em torno do transtorno mental e as questões mais relevantes direta ou indiretamente ligadas a ele encontram-se hoje em bastante evidência. É provável que não se tenha falado tanto sobre esse assunto como nos últimos 30 anos. Nesse sentido, faz-se necessário apreender o que ocorre no imaginário dos trabalhadores acerca dessa temática.

Lê-se nesta declaração:

Eu percebo que há de melhorar, [...] nós saímos praticamente do zero, passamos muitos anos estagnados, atingimos novamente um patamar melhor, esse patamar voltou a se estagnar, e o que nós esperamos, após assumir a nova gestão, é que esse processo se

aprofunde, e se aprofunde de forma mais rápida. O fato é que, mesmo que a próxima gestão não dê prioridade à questão da saúde mental, ela ainda vai avançar mais rápido do que nos últimos dez anos, uma vez que estão criados vários dispositivos e a própria população cobra isso. [Ent. 04]

Na entrevista nº 04, acredita-se que a conjuntura atual (contexto do município de Fortaleza) é de estagnação do processo das questões de saúde mental. Considera-se que os avanços ocorrerão de forma mais rápida que a última década, independentemente da representação política de acesso ao poder.

Esta entrevista assevera:

Eu vejo um momento muito promissor. [...] as coisas estão acontecendo. Nenhuma transformação pode acontecer de forma pontual e imediata, ela é um movimento político, social, cultural, um movimento em que se está saindo de uma zona de conforto, que era aquele modelo fragmentado, [...] e entrando num modelo em que as profissões trabalham a questão da interdisciplinaridade, da transdisciplinaridade. [...] Você começa a sair daquele espaço institucional fechado, onde não se construíam vínculos, e esse olhar dos profissionais da equipe, pra ver essa pessoa com a sua história, anseios e necessidades, estimulando a construção de sua cidadania. Só tem a ganhar quem realmente usa o serviço público. Esse trabalho traz mudanças de paradigma, e não é fácil você se cristalizar dentro dos modelos conservadores que a ciência traz de uma forma fria e romper, romper mesmo essas amarras, ser revolucionário no sentido amplo da palavra, rasgar, sair desses espaços protegidos, institucionalizados, instituídos. Saindo de uma condição de instituídos para instituintes. Poder chegar ao usuário, mas chegar numa condição horizontal sem, com isso, afetar o pseudosaber, que a ciência impõe. [Ent. 05]

A entrevista acima apresenta pontos de otimismo em sua fala em relação ao futuro da assistência às pessoas com transtorno mental. Ressalta aspectos importantes de uma mudança em processo nesse campo, como a questão da construção dos vínculos entre profissionais de saúde e usuários, estímulo aos direitos civis e políticos, ênfase não apenas na doença, mas no indivíduo. Entende-se o momento histórico atual da saúde mental como uma mudança de paradigma.

O depoimento abaixo diz:

Eu gostaria muito que, daqui a uns dez anos, esses pacientes, no momento que precisassem pegar uma medicação, uma consulta psiquiátrica, precisassem de uma emergência, que eles tivessem. Se eles tivessem amparo, realmente políticas públicas a favor da realidade deles, eu acho que teria mais dignidade. O que eu queria

mesmo é que, aonde chegasse o paciente com transtorno mental, não fosse também colocado como o doido que não tem jeito, eu queria que ele fosse visto como humano, uma pessoa que tem seus direitos, que tem que ser apoiado. [Ent. 03]

A entrevista nº 3 vislumbra um horizonte perpassado de esperanças, sobretudo no que se refere à questão do acesso à medicação e da desconstrução de preconceitos.

Noutro relato, tem-se:

Olha, é uma pergunta difícil, porque o transtorno mental tem gravidades, e o paciente tem limites e possibilidades. Acho que a visão hoje dos profissionais de saúde mental é tentar desenvolver as potencialidades desses pacientes, de inserção na família, de aceitação, de produção, de superação de conflitos. Se eles tinham três crises num ano e passam a ter uma crise só, isso já é um avanço. [...] Os novos modelos de assistência, com novas visões, traz um avanço concreto pra vida deles. A família acaba tendo que se implicar com aquele que está sofrendo. A reforma psiquiátrica traz para a sociedade o dever dela, ter que se haver com sua própria loucura. Como tratar? Vai ser tratado, convivendo com ela mesma, não excluindo, e sim inserindo. Então, isso é um avanço enorme, tanto socialmente como pro sujeito inserido nesse processo, eu vejo desse jeito. [Ent. 08]

O relato contido nessa entrevista noticia uma disposição ao otimismo em torno do futuro da pessoa com transtorno mental. Reconhece os limites, mas percebe muitos avanços na política de saúde mental e conseqüentemente na assistência à pessoa em sofrimento. Enfatiza dois importantes aspectos da reforma psiquiátrica: de chamar a responsabilidade da sociedade para com a “loucura” por ela produzida e a implicação da família no processo de assistência.

Expressa esta entrevista:

Acredito que esses avanços que conhecemos em termos de melhor qualidade no atendimento mais humanizado, a retirada de muitos procedimentos, a descoberta de novos fármacos, são muitos pontos positivos. Eu acredito que há uma tendência pra melhorar esses instrumentos. [...] Vejo em termos negativos as questões políticas, no que diz respeito a não fazer concurso pra possibilitar que se amplie mais esse atendimento, que possa colocar na rede outros profissionais de outras áreas do conhecimento, com outros olhares. Eu acho que ter colocado o artista na saúde mental representa um avanço significativo. [Ent. 12]

A entrevista nº 12 também demonstra otimismo em relação ao futuro das pessoas com transtorno mental. Admite os avanços e, entre esses, pontua a importante iniciativa da atual gestão municipal em relação à inclusão da arte como recurso terapêutico no âmbito da saúde mental. Como estratégias de ajustamento no âmbito da política de saúde em discussão, com vistas ao melhoramento das ações nos CAPS, destaca a criação de concurso público e a ampliação da rede de saúde mental, a partir da criação de novos equipamentos substitutivos.

Observa-se nas falas seguintes:

Novas aberturas de CAPS e apoio em relação à questão da profissionalização deles, que tem que correr atrás da possibilidade de esse paciente estar se inserindo no mercado de trabalho. Eu acho que tá faltando isso, é a questão da profissionalização deles. Apesar de todas as dificuldades que aparecerem ou que poderão aparecer, eles têm essa capacidade de estar num ambiente de trabalho. No momento, eu ainda não vejo isso. Estamos centrados muito ainda no tratamento. Focado na assistência, e essa parte do trabalho deixando a desejar. Mas eu acredito que, com o passar do tempo, essas coisas vão melhorar. [Ent. 14]

Eu acho que a cada ano a gente vê a ampliação das terapias, indo às comunidades. Mas ainda falta muito mais [...] Espero que daqui a algum tempo a rede esteja interligada e os profissionais conversem mais uns com os outros, não só na instituição CAPS, mas pensando além daqui. Eu viso muito à questão da reabilitação deles, principalmente a profissional. Se tivesse uma política, uma lei que regulamentasse essa questão, haveria uma melhora grande. [Ent. 07]

Reservadas as especificidades de cada uma das entrevistas acima (14 e 07), em comum elas trazem a perspectiva de inclusão social pela via do trabalho, elemento importantíssimo nesse processo de reinserção da pessoa com transtorno mental.

O depoimento da entrevista nº 14 está em consonância ao pensamento de Amarante (2012) ao se referir à necessidade e cuidados em não institucionalizar os usuários nos serviços substitutivos, a exemplo dos CAPS.

Observa-se nos depoimentos que seguem:

[...] Todo esse trabalho do CAPS poderia, cada vez mais, estar adentrando a comunidade, a casa das pessoas, para mostrar que pessoas com transtorno mental não podem continuar estigmatizadas, o preconceito não pode continuar, que isso pode acontecer com qualquer pessoa, e que elas precisam ser respeitadas quanto a isso. [Ent. 02]

[...] Fortaleza, como o Ceará de modo geral, tem uma vocação, no caso da psiquiatria, pra psiquiatria social, tendência à ampliação do atendimento psicossocial, tem vocação pra isso. O avanço, nos últimos anos, da psicofarmacologia também sempre foi notado aqui. O Ceará sempre foi um estado que fez provocação política em defesa dessa assistência e atenção psicossocial. Então, nesse caminho tem muitos avanços. [Ent. 01]

Os depoimentos contidos nas entrevistas acima (02 e 01) reconhecem os avanços ocorridos no âmbito da política de saúde mental, bem como o que isso representa para a assistência da pessoa com transtorno mental no contexto de Fortaleza. A entrevista nº 02 vislumbra a necessidade e os benefícios trazidos com a intensificação das ações psicossocial no âmbito das comunidades, bem como chama atenção para a desconstrução do estigma.

Sob outra perspectiva, a entrevista nº 01 observa o futuro como sendo parte de um processo que só tende a avançar cada vez mais e argumenta que, em sua opinião, isso se deve ao fato de o estado do Ceará possuir uma vocação para psiquiatria social.

Explicita-se nas entrevistas abaixo:

Boas. Boas. Acredito que chegamos num ponto em que não dá mais pra voltar, temos que continuar avançando. Ainda há muitas forças contrárias, muitos interesses contrários, interesses políticos, financeiros, mas isso ainda é uma batalha e já houve grandes avanços. Os próprios profissionais de saúde mental que têm entrado no mercado já vêm com conhecimento dessas questões relacionadas à reforma psiquiátrica. Vejo também maior procura de médicos pela psiquiatria, diferente de antes, que numa turma de medicina de cem, um se formava em psiquiatria. O que eu vou dizer agora é importante: a reforma, não é só reformar a estrutura não, mas as pessoas também precisam ser reformadas [risos], compreender e se inserir nessas mudanças. [Ent. 09]

É difícil, no contexto da realidade atual, pensando no momento atual, tá muito complicado. Muito complicado. Vejo as filas crescerem, os pacientes em crises sem ter atendimento, o estigma aumentando. Eu não vejo um horizonte muito bom. Isso só tem como mudar na hora que realmente essa rede básica [se referindo à rede de serviços CAPS] começar a funcionar e absorver esses pacientes e começar a trabalhar essas famílias. Hoje, o momento é sombrio, é triste, [...] você vê a emergência do Hospital de Messejana e olha assim... Bota a mão na cabeça e diz: meu Deus, onde é que isso vai parar? [Ent. 16]

A entrevista nº 09 observa o futuro e tem boas expectativas. Reconhece os avanços, embora compreenda que precisa avançar ainda mais. Faz uma análise processual e expõe alguns fatores que vêm dificultando o processo, como interesses políticos e o próprio financiamento. Reflete sobre a existência de uma maior procura pela especialização em psiquiatria, colocando esse aspecto como sendo bastante positivo para a assistência.

Já a entrevista nº 16 não demonstra otimismo em relação ao futuro. Ao contrário, seu discurso expressou incertezas e dificuldades. Centrou o foco de análise no fechamento dos hospitais psiquiátricos e os seus desdobramentos, o que de fato tem trazido sérios problemas a toda rede³⁶ de saúde mental pela forma como vem ocorrendo, ou seja, sem um suporte na rede para absorver a demanda advinda desses hospitais que foram fechados.

Referem as entrevistas:

Esse horizonte, mesmo com todas as dificuldades e sem dispor dessa rede ainda ampliada, é bom. [...] Estamos trabalhando sem mascarar a realidade para o usuário e os familiares, porque eles são partícipes desse movimento, dessa luta. A cobrança em relação à melhoria desses serviços pode ser do tamanho do alcance dessa política. [Ent. 17]

Muito do que pode ser colocado da previsão que se pode fazer em relação ao futuro do paciente doente mental do município de Fortaleza vai depender das ações políticas e estratégias criadas pelos nossos representantes vindouros. Se a coisa se mantiver como está, tende a... O futuro do paciente, sobretudo aquele que depende da saúde pública, é complicado. Tem muito paciente que tem condições financeiras e é muito bem assistido na rede privada, conseguem resultados melhores, mudar o prognóstico, o que no CAPS fica mais difícil de conseguir esse resultado. Até vê o paciente, se for o caso, toda semana ou de 15 em 15 dias, dependendo da gravidade da situação. Então, quando você fala no horizonte do doente mental da saúde privada é um, o contexto gera um prognóstico, a evolução dele é bem diferente, é muito melhor. O da saúde pública é outro. [Ent. 15]

O conteúdo expresso nas falas das entrevistas acima (nº 17 e 15) traz para o debate aspectos pertinentes aos rumos da política no contexto do município de Fortaleza. Nessa direção, a entrevista nº 17 chama atenção para a necessidade do

³⁶ O conceito de rede de atenção, no âmbito da saúde, refere-se à estruturação de ações preconizadas pela política de saúde de um determinado país, cujo objetivo é a busca da consolidação de sistemas de saúde integrados, tendo em vista facilitar o acesso através da continuidade assistencial, integralidade da atenção, bem como maior racionalização dos recursos existentes. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

envolvimento político da população usuária do CAPS, no sentido de acompanhamento, esclarecimento e controle social, tendo em vista que o momento político atual é bastante delicado e, em curto e médio prazo, ele se mostra indefinido, mas com boas expectativas para o futuro.

Com relação às declarações contidas na entrevista nº 15, percebe o horizonte com um olhar de incertezas e indefinições, e acredita que muito do que se pode entrever para a pessoa com transtorno dependerá da visão dos próximos gestores municipais. Na ocasião, faz um paralelo entre os usuários da rede privada e os da rede pública e enfatiza que as condições de prognóstico e alcance de bons resultados ocorrem com muita frequência entre os primeiros, ao passo que os segundos apresentam dificuldades em alcançar esses resultados e relaciona os diversos fatores condicionantes dessa realidade.

Lê-se na entrevista abaixo:

[...] Eu vejo que as políticas públicas para a saúde mental estão acontecendo, mas a duras penas. Pode-se dizer que elas estão acontecendo porque existem profissionais trabalhando em prol dessa causa, que acreditam na causa. Ainda bem que existem pessoas que se identificam com o trabalho, porque é preciso existir serviços que possam receber, ajudar, facilitar o percurso desse sujeito nessa sociedade tão preconceituosa. Então, sou muito otimista, acredito em transformação, em flexibilidade de pensamentos, acredito nessa geração que está por vir com saberes novos e acredito nessa pessoa que tem transtorno mental. [Ent. 13]

O depoimento presente na entrevista nº 13 foi denso e fecundo de possibilidades para o futuro dessa política de saúde mental. Embora reconheça os avanços, faz sua crítica no sentido de que hoje ela está apresentando várias falhas na sua execução. Enfatiza que, apesar de o cenário atual estar perpassado de “conflitos”, “inseguranças” e “indefinições”, a política de saúde mental, não só no contexto de Fortaleza, mas em todo o Brasil, conta com a existência de profissionais que “acreditam na causa” e a desenvolvem apesar das dificuldades. Muito otimista em relação ao futuro, diz acreditar nas transformações e na nova geração que está por vir.

Na concepção abaixo, tem-se:

[...] Claro que temos feito coisas boas dentro da saúde mental, passos pequenos, mas estão sendo dados. Tem muita gente incompetente aí, nas gerências. O horizonte do paciente com

transtorno é muito ruim. Por exemplo, eu não acho justo eu tirar um paciente do hospital mental. Botar ele onde, quando às vezes ele não tem pra onde ir? Eu também não acho justo eu estar tirando um paciente da casa dele e botar no hospital mental, porque lá na casa dele a família dele não o quer, porque ele quebra as coisas todo dia, porque ele é rebelde. Enquanto a gente não trabalhar em rede em parceria... Como eu falei, no dia do [*menciona o nome de um determinado usuário*], a gente... A gente errou, por quê? Porque não estava com todo mundo aqui, a gente não chamou a família dele, a gente não chamou o CRAS [*Centro de Referência de Assistência Social*], a gente não chamou o médico dele, a gente resolveu como se a gente fosse Deus. A gente tomou pra si uma ação que teve uma consequência grave. Somos o quê? A gente acha que é o quê, pra fazer isso? Qual o suporte que a gente teve pra tomar uma decisão daquela? De internação de uma pessoa. Então, eu acho que a gente não deve tomar nenhuma decisão em relação ao paciente com transtorno, achando que a gente sabe e pode tudo. A gente ouviu outros profissionais da rede? A gente chamou o médico dele pra discutir? Não. A gente tomou a decisão achando que ia resolver. Pra ele não ficar em casa dando trabalho pra família e ter problema, vamos mandar para o CAPS 24 horas. O que foi que aconteceu? Foi pior. A gente fez uma ação sem pensar nas consequências, achando que sabia tudo. Então, o que está acontecendo é isso, o paciente, por ter transtorno mental, está todo mundo resolvendo pra ele, mas resolvendo de maneira equivocada. Então, do jeito que está, eu não vejo horizonte para o paciente com transtorno mental, não vejo. Fica muito difícil, é angustiante. Mas, se a gente realmente quiser fazer acontecer, eu sei que a gente consegue fazer, mas usando toda a rede disponível, dialogando, ouvindo as diversas opiniões, aí sim. [Ent. 10]

A entrevista nº 10 faz uma densa explanação com riqueza de detalhes tomando por base a pergunta de partida desta subseção, a qual busca saber como o profissional enxerga o horizonte das pessoas com transtorno mental. Tece uma crítica à forma como a política de saúde em pauta vem sendo desenvolvida no âmbito da gestão. Ao longo de sua fala, identifica várias lacunas importantes e que têm ressonância nas práticas assistenciais.

Ao sugerir estratégias que poderiam estar sendo utilizadas para um melhor desenvolvimento das ações no âmbito dos CAPS, mais uma vez trouxe para a discussão, como exemplo real, o caso “Jota”, fazendo uma articulação com a necessidade de se trabalhar numa perspectiva de rede e interdisciplinarmente.

Cabe enfatizar que aqui, diversamente a outro momento em que fez apreciações sobre o mesmo caso, houve uma notória mudança de posicionamento em sua opinião, como pode ser observado na seção 6.5, sobre internação psiquiátrica.

Verifica-se, aqui, uma crítica mais contundente e uma análise minuciosa feita na entrevista sobre o referido caso, havendo um claro posicionamento e reconhecimento dos fatores determinantes em relação à forma de agir adotada pela equipe, bem como do teor das implicações resultantes das ações empreendidas naquela situação.

6.9.3 Perfil dos profissionais de saúde mental no âmbito do CAPS geral da Secretaria Executiva da Regional III

Tabela 1 - Idade dos profissionais do CAPS SER III
Período: 2012

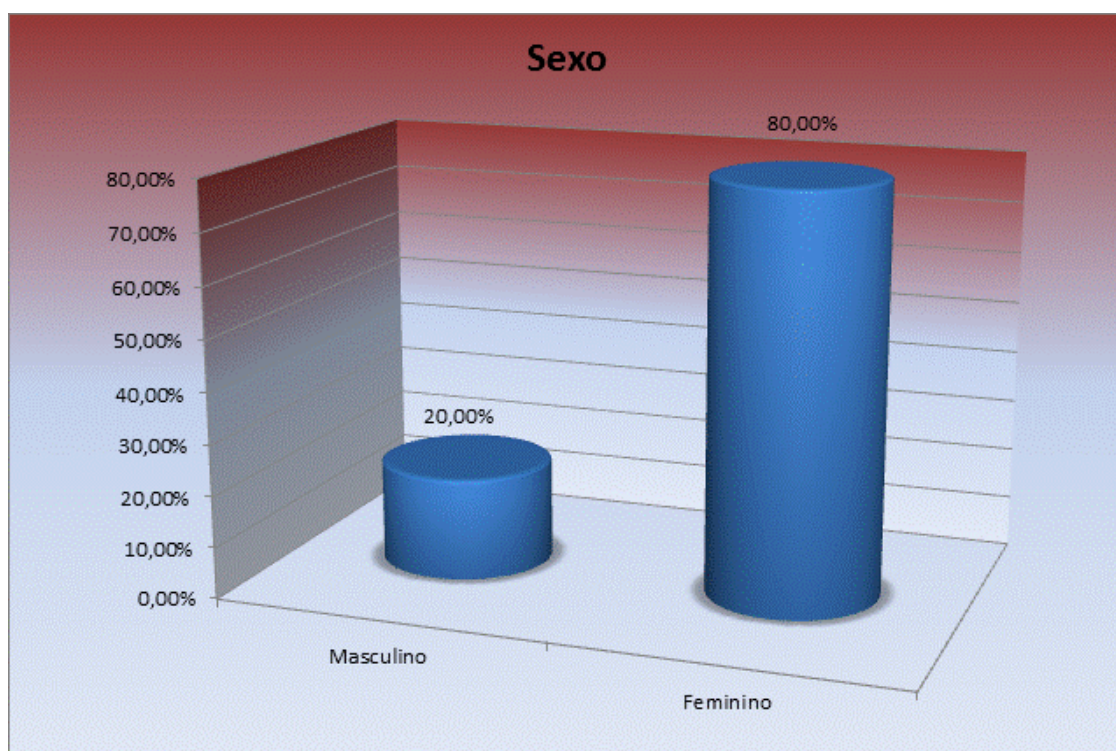
Faixa Etária	Número Absoluto	%
De 25 a 30	3	15,00
Mais de 30 a 35	6	30,00
Mais de 35 a 40	3	15,00
Mais de 40 a 45	2	10,00
Mais de 45 a 50	4	20,00
Mais de 50 a 55		-
Mais de 55 a 60	1	5,00
Mais de 60 a 65	1	5,00
Total	20	100,00

Fonte: Autora.

Observa-se na tabela 1 que a faixa de idade preponderante entre os profissionais do CAPS situa-se entre os que possuem idade acima de 30 anos, ficando na ordem de 30% do total da amostra. A menor representação percentual ficou distribuída entre aqueles com idade acima de 55 e os com mais de 60 anos de idade, ambos na ordem de 5%.

Gráfico 1 - Sexo dos profissionais do CAPS SER III

Período: 2012

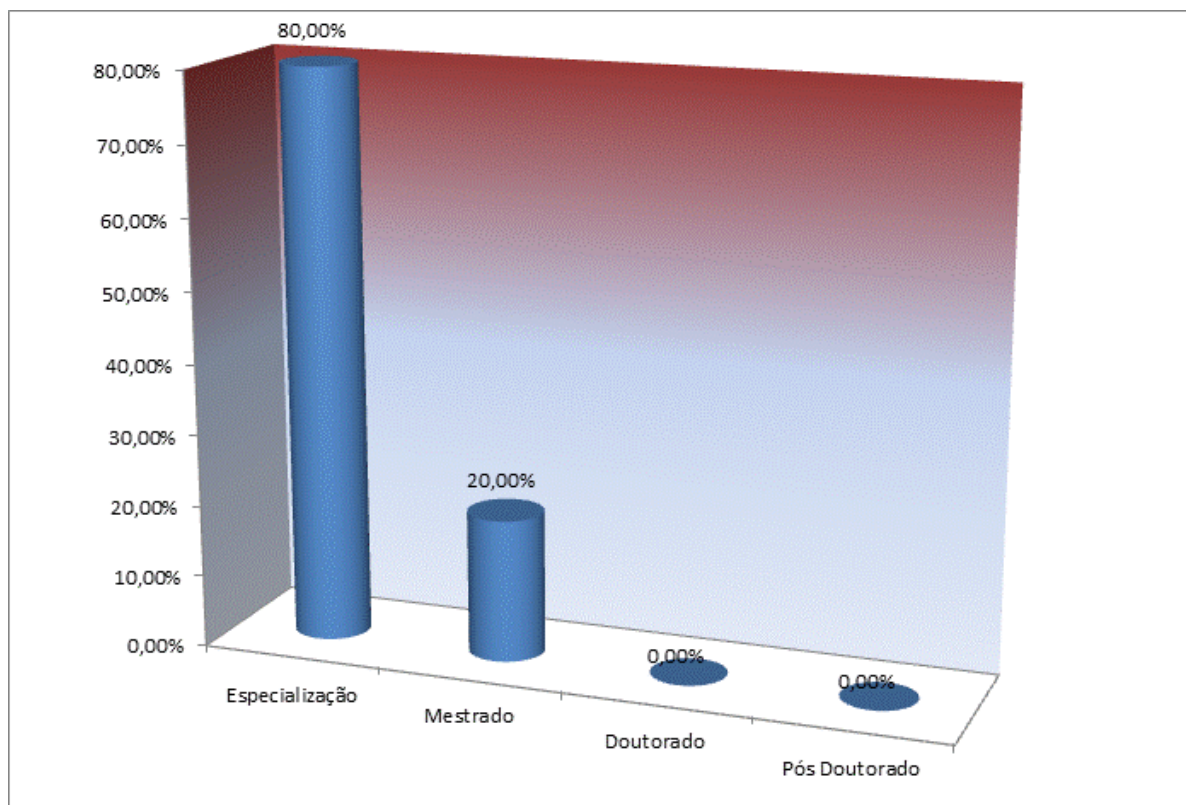


Fonte: Autora.

No gráfico 1, pode-se observar uma expressiva diferenciação na proporção: são quatro profissionais do sexo feminino para cada profissional do sexo masculino. Essa é uma realidade que acompanha a tendência crescente das mulheres no mercado, em função das transformações ocorridas no mundo do trabalho a partir da década de 1980. Essa constatação produz a seguinte afirmação: o campo de trabalho em saúde mental nos espaços dos serviços substitutivos tem um recorte acentuado de gênero para o sexo feminino, ou seja, ocorre o fenômeno da feminilização, bastante evidente atualmente nessa área da saúde.

Gráfico 2 – Titulação acadêmica dos profissionais do CAPS SER III

Período: 2012

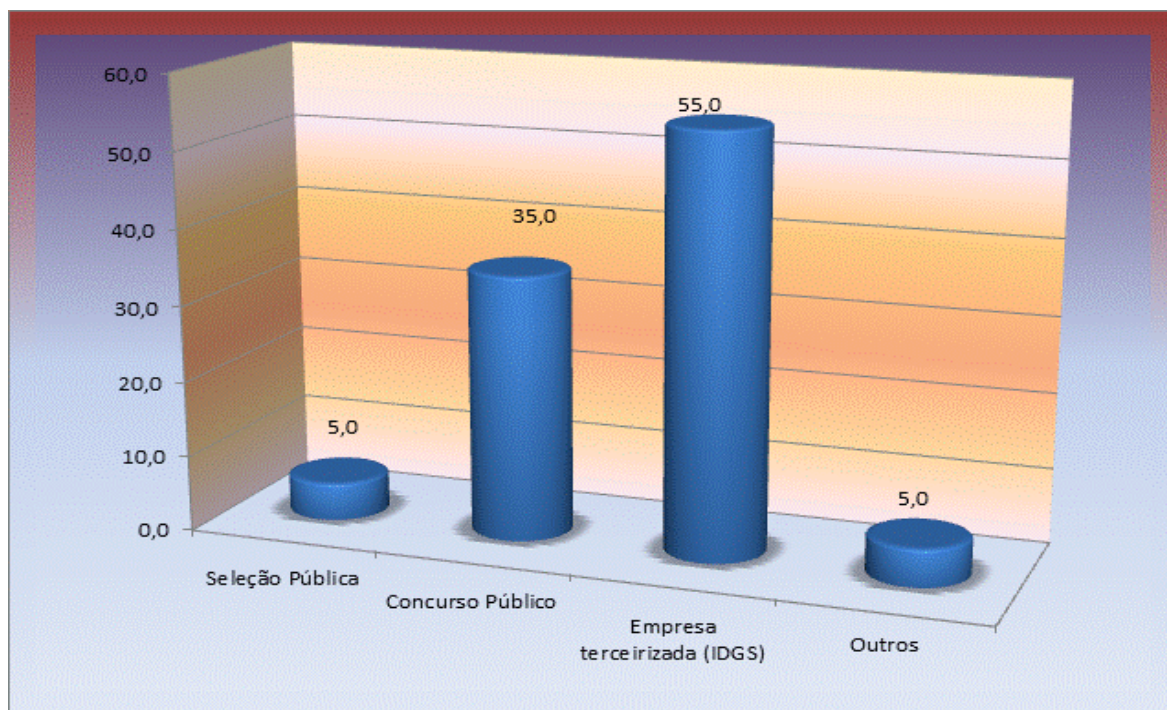


Fonte: Autora.

Conforme se verifica no gráfico 2, os trabalhadores que possuem pós-graduação representam 80% da população desse universo, embora 31,25% desse percentual sejam especializações inerentes ao curso de medicina, quando o aluno opta por alguma das especialidades. Não se observa percentual em relação à titulação de doutorado e pós-doutorado. Essa constatação sinaliza para a necessidade de haver mais investimentos nessa área. Contudo, abre-se uma fecunda via de análise desse fenômeno, no sentido de desvelar os fatores determinantes dessa realidade.

Gráfico 3 - Vínculo empregatício dos profissionais do CAPS SER III

Período: 2012



Fonte: Autora.

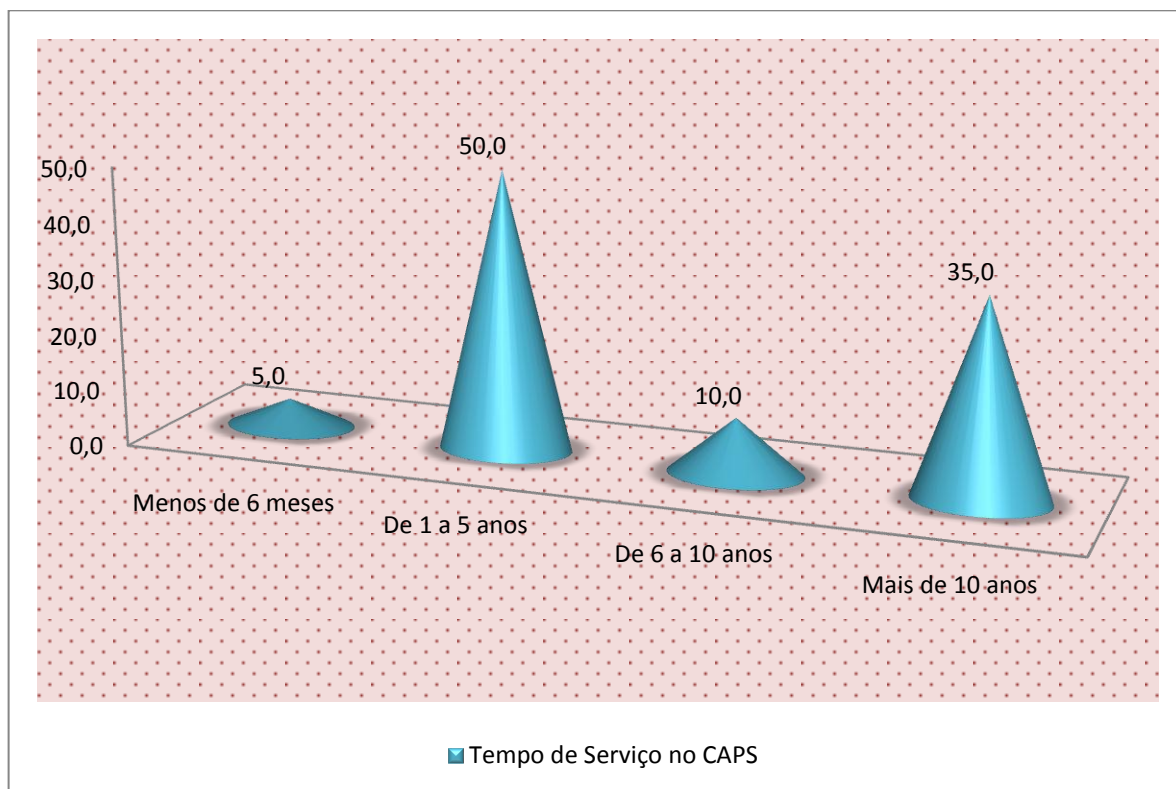
No gráfico 3, observa-se a representação de 55% de trabalhadores terceirizados, o que o torna expressivo se comparado ao percentual de concursados, o qual é da ordem de 35%.

A gestão do município de Fortaleza prioriza, atualmente, uma política de trabalho totalmente ancorada nos modelos de reestruturação na forma de produzir, organizar e gerir o trabalho, obedecendo à lógica do grande capital.

Como desdobramento desse novo modelo de gerir e organizar as relações no mundo do trabalho, observa-se a reconfiguração das relações trabalhistas, marcadas por sérios prejuízos, tais como: baixos salários, perda de estabilidade, desproteção social, subcontratações e terceirizações. Sendo um fenômeno de magnitude planetária, ele atingiu também a sociedade de Fortaleza, que tem hoje, segundo dados da imprensa local, um quantitativo de 4.614 profissionais de saúde contratados via empresas terceirizadas.

Gráfico 4 - Tempo de serviço dos profissionais do CAPS SER III

Período: 2012

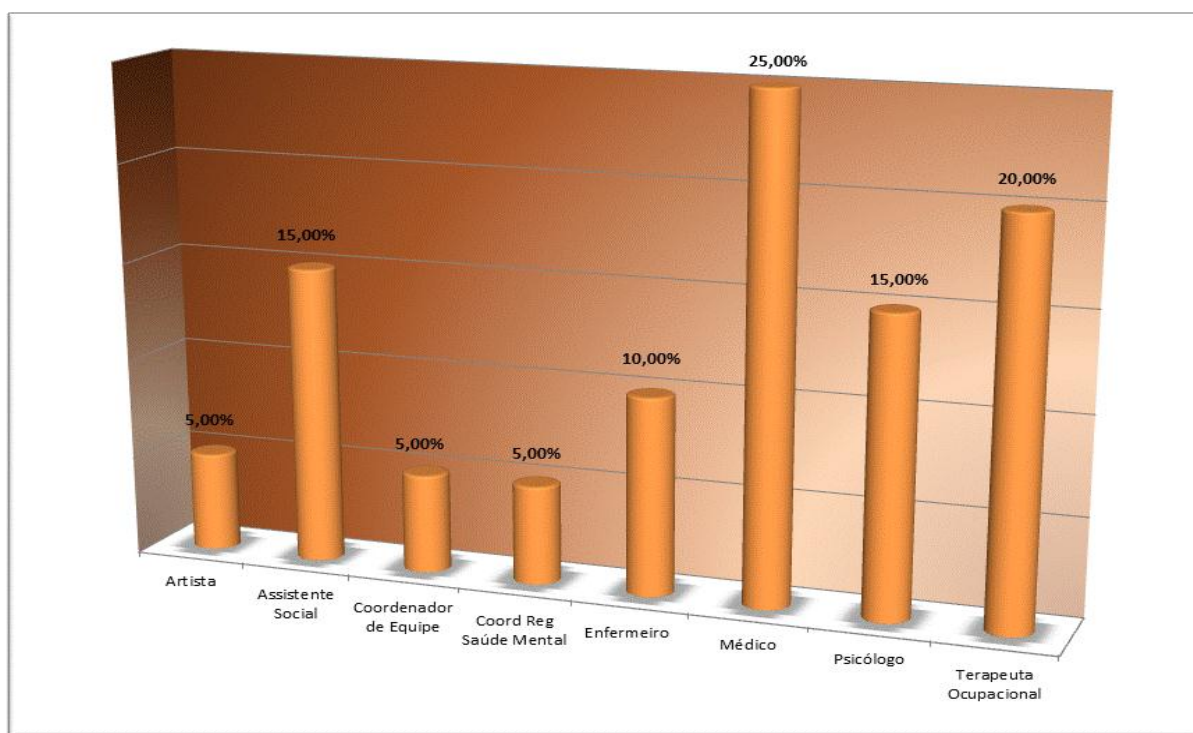


Fonte: Autora.

Com podemos verificar no gráfico 4, o quantitativo de tempo de serviço na instituição variou entre 5% e 50% do total. Houve uma variação acentuada em relação aos profissionais com tempo serviço entre 1 e 5 anos, sendo esse percentual um indicador do crescimento das subcontratações realizadas nos últimos cinco anos pela atual gestão municipal de Fortaleza.

Gráfico 5 - Função exercida no CAPS SER III

Período: 2012



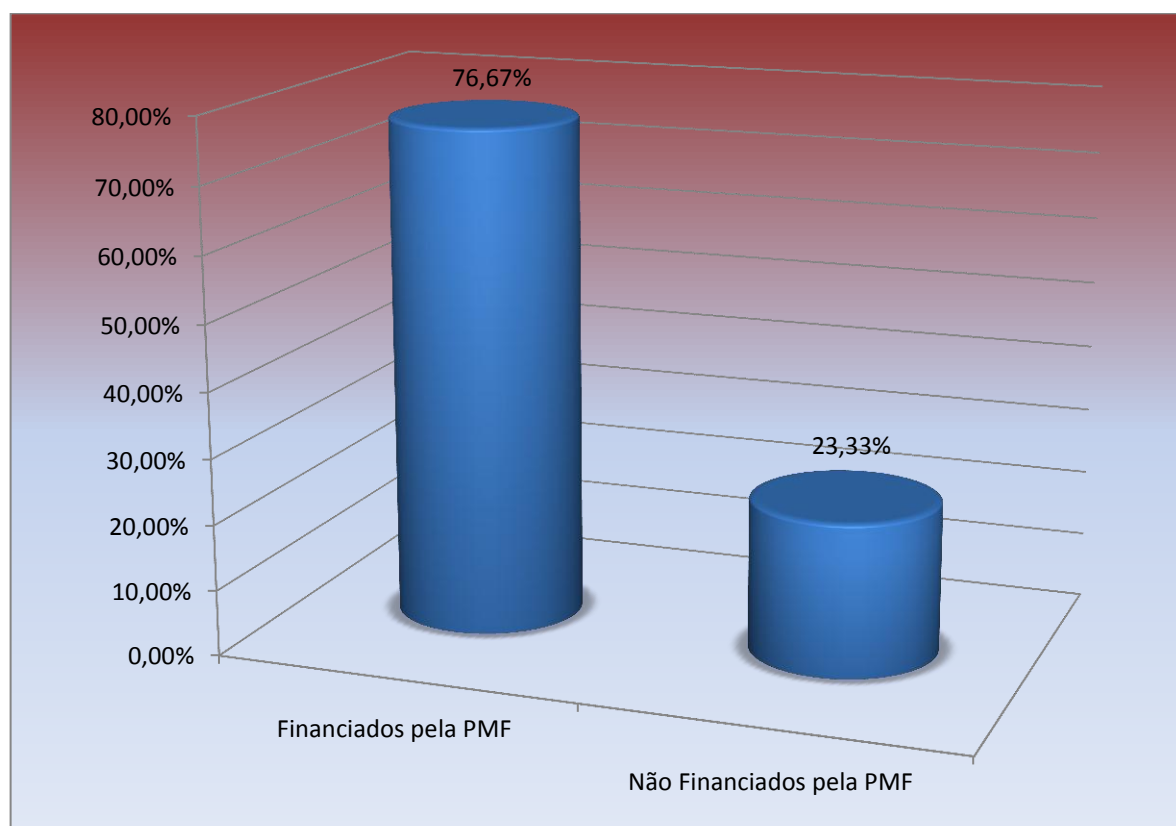
Fonte: Autora.

O gráfico 5 ilustra a variação no quantitativo das categorias profissionais inseridas no CAPS, com um índice de 25% de profissionais da categoria médica, percentual bastante elevado se comparado ao percentual de enfermeiros. Essa configuração representativa do número de profissionais da medicina reserva uma especificidade pertinente ao CAPS da Regional III, em função do convênio existente entre essa instituição e a Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Medicina, o que torna o CAPS um lugar de referência.

O percentual de artistas também é bastante representativo e torna-se um indicador da necessidade de ampliação desse profissional na rede de saúde mental, tendo em vista que a arte como terapia para a pessoa com transtorno mental tem se revelado um instrumento extremamente importante e de resultados satisfatórios.

Gráfico 6 - Cursos de capacitação

Período: 2012



Fonte: Autora.

O gráfico 6 evidencia um robusto incremento em cursos de capacitação financiados pela gestão municipal de Fortaleza, na ordem de 76,67%, tendo em vista a efetivação das estratégias inerentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), órgão de fomento das políticas para formação e educação permanente para o trabalhador do Sistema Único de Saúde.

Assim, o Governo Federal, através do MS/ SGTES, oferece aos estados cooperação técnica e financeira para a implantação, monitoramento e consolidação dessa política de educação permanente em saúde.

O referido programa vem realizando diversos cursos de capacitação nessa área, objetivando um alinhamento entre profissionais e os processos nos sistemas de saúde, incorporação de valores e atitudes, bem como a assimilação do novo modelo de atenção universal e integral, fundamentado na qualidade e na equidade.

Contudo, observa-se que, no contexto de Fortaleza, apesar desse incremento constatado, houve pouca ou nenhuma alteração significativa no modelo assistencial

no âmbito do CAPS, ou seja, mudança paradigmática provocada pela forma de compreender os contextos socioeconômicos, políticos e culturais que culminem nas reais e necessárias transformações das práticas assistenciais em saúde mental.

6.9.4 Indicadores para avaliação em saúde mental

Os indicadores sociais são parâmetros quantitativos ou qualitativos cujo objetivo é subsidiar, através de informações, aspectos de uma determinada realidade social. Nesse sentido, como já foi discutido em seção anterior deste estudo, eles se apropriam de métodos que propiciem a operacionalização de conceitos abstratos. Podemos inferir que eles devem prioritariamente ser utilizados como referência em processos de monitoramento e avaliação de políticas públicas.

A construção de indicadores sociais no campo da saúde pública e mais especificamente na área saúde mental constitui importante ferramenta para um bom planejamento e formulações das políticas e programas nesse campo, no sentido de monitorar as condições em que essas ações estão sendo desenvolvidas.

Considerando que há um consenso de opiniões por parte da literatura especializada de que os atuais parâmetros de avaliação no campo da saúde mental são insuficientes, sobretudo em relação à produção de indicadores no interior das instituições, e tendo em vista que a presente pesquisa avaliativa, no decorrer do processo de análise das informações, identificou, a partir das falas individuais dos sujeitos entrevistados, a repetição de temas, numa aproximação àquilo que Minayo (2012) chama de códigos ou subcódigos, apresentamos a partir de agora os principais indicadores sociais em saúde mental revelados no âmbito desse estudo.

INDICADORES DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Ação	Indicadores
DESCONTINUIDADE DOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS	VINCULOS DE TRABALHO PRECARIZADOS
ASSISTÊNCIA INADEQUADA	CONTRATAÇÕES SEM CRITÉRIOS EM SAÚDE MENTAL
INSATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL	DEMANDA DE SERVIÇO

Fonte: Autora.

INDICADORES DE RENDA

Ação	Indicadores
ESTAGNAÇÃO DOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS	POLÍTICAS DE GERAÇÃO DE RENDA

Fonte: Autora.

INDICADORES DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Ação	Indicadores
FRAGILIZADO O M.R.P.	DESCONHECIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Fonte: Autora.

INDICADORES DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

Ação	Indicadores
NOVOS EPISÓDIOS DE INTERNAÇÃO	DESCONTINUIDADE NAS TERAPÊUTICAS
NOVOS EPISÓDIOS DE INTERNAÇÃO	POLÍTICA ASSISTENCIAL ÀS FAMILIAS

Fonte: Autora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica propugna a construção de uma nova forma de olhar para a loucura e para o sofrimento mental, tendo em vista a construção de novos saberes e práticas sociais como um processo que se assemelha à produção de conhecimento, a partir de novos paradigmas sobre a verdade científica, como bem diz Amarante (2008). Em síntese, trata-se de uma luta política que objetiva uma transformação social.

Nessa perspectiva, pensar em luta política significa salientar as tensões e os conflitos advindos das ações que questionam a relação entre Estado e sociedade civil, dentro de um processo marcado por negociações, conquistas, recuos e avanços. Entre esses avanços, destaca-se o arcabouço jurídico-legal consubstanciado na Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtorno mental e redefine o modelo assistencial em saúde nesse campo.

A partir de então, em meio aos processos dialéticos, foram sendo constituídas novas práticas institucionais ancoradas nos preceitos da reforma psiquiátrica e legitimadas pelas portarias e normatizações do Ministério da Saúde, desdobrando-se em uma política pública de saúde, com a criação de diversos serviços substitutivos de atenção em saúde mental. Entre eles, destacam-se as unidades de assistência, denominadas de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os quais se tornaram equipamentos de vanguarda da efetivação da Política Nacional de Saúde Mental.

É consenso na literatura especializada que o CAPS, para além de ser uma instituição de assistência em saúde mental, é uma estratégia de transformação do modelo de atenção nesse campo e que abrange fundamentalmente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial que utiliza os recursos existentes no espaço comunitário, visando a articular múltiplas estratégias de cuidado.

Nessa direção, é possível inferir que os CAPS representam o contrário daquilo que Rotelli (1990), em suas reflexões, referiu como sendo a característica mais marcante do espaço manicomial: o espaço zero das trocas sociais. Numa dimensão oposta, encontram-se os CAPS, cujo objetivo é assistir a pessoa com transtorno mental de forma humanizada em espaços abertos e intervir no poder

contratual do usuário nos distintos espaços e nas relações de sua vida, potencializando seu poder de participação nos processos de trocas sociais.

A efetivação das práticas em saúde mental dentro desse novo modelo dependerá amplamente dos significados atribuídos pelos sujeitos que elaboram e executam essa política. Dito de outra forma, para que haja uma efetiva transformação na forma de tratar a loucura ancorada nos pressupostos da reforma psiquiátrica, faz-se necessário, antes, haver mudanças tanto no campo de formação teórico-profissional quanto no espaço político e sociocultural. Constitui-se, portanto, um equívoco ingênuo pretender que tais mudanças ocorram exclusivamente a partir da elaboração de políticas públicas e da criação de modelos substitutivos de assistência.

Os diversos problemas que atravessam o campo da saúde mental atualmente não se limitam a uns tantos municípios brasileiros, mas atinge quase a totalidade do País, como apontado por alguns sujeitos dessa pesquisa. Temos como exemplo as dificuldades de acesso em termos de assistência aos usuários, pouca ou nenhuma iniciativa governamental com vistas a implantar leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou mesmo os preconceitos que sofrem essas pessoas na sociedade. Tudo isso revela o quanto ainda estão distantes as condições ideais preconizadas pela reforma psiquiátrica brasileira.

Nesse sentido, foi desenvolvida esta pesquisa avaliativa, com a finalidade de avaliar a política de saúde mental no contexto dos CAPS de Fortaleza, a partir da análise das representações sociais, ou seja, levando em conta os significados atribuídos aos aspectos mais relevantes dessa política na perspectiva dos profissionais que a executam no espaço do CAPS geral da SER III. Contribui-se, dessa forma, com o debate atual, referente às transformações no âmbito da saúde mental, sintonizada com a reforma psiquiátrica.

Foi possível abstrair, a partir desse estudo, um posicionamento dos profissionais em favor das pessoas com transtorno mental, quando expressaram em seus discursos indignação com o tratamento centrado nos modelos tradicionais ou manicomial, o qual desconsidera os direitos e o estatuto de cidadania, que representa um dos elementos fundamentais na afirmação de um Estado democrático de direito, sem a qual se distancia da referência do homem como ser social.

Houve declarações que se referiram aos maus tratos e privações a que são submetidos os internados em hospitais psiquiátricos, a exemplo do caso

mencionado de um usuário que foi visitado num desses hospitais pela equipe do CAPS e que apresentava hematomas no pescoço por tentativa de estrangulamento – que poderia ser evitado se houvesse critérios mínimos de organização, no sentido de considerar a singularidade do sujeito e a gravidade dos casos clínicos. Foram narradas situações em que as internações psiquiátricas acontecem meramente como instrumento de disciplina e punição para aqueles considerados transgressores da ordem estabelecida, cujo objetivo nada mais é do que cumprir a função social de refúgio nos períodos de sofrimento das famílias. Isso foi evidenciado nas falas de alguns entrevistados ao descreverem a dinâmica de internação em um hospital psiquiátrico, em que o familiar, apresentando implicitamente problemas de ordem econômicas e emocionais, se apropria de estratégias diversas para pressionar o psiquiatra no sentido de obter a internação da pessoa com transtorno mental.

Não se trata de culpabilizar a família, embora a pesquisa tenha identificado em alguns discursos declaradamente posturas de responsabilizá-las por **toda** ordem de infortúnio acometido à pessoa com transtorno mental. A família, num gesto muitas vezes de desamparo, despreparo e precariedade que se agrava ainda mais pela falta de políticas públicas que venham subsidiá-las, cobram uma corresponsabilidade pública, ou seja, pressiona o Estado para que este cumpra também um papel de cuidador, dividindo com ela os cuidados, sobretudo em situação de crise, não apenas clínica, mas extraclínica, melhor dizendo, crise social.

Situações como essas refletem uma realidade que nos convida a pensar o quanto ainda tem sido desumana a forma de tratamento oferecida a esse segmento da sociedade.

O governo brasileiro, nos últimos dez anos, vem investido em política de humanização das relações na prestação de serviços de saúde, consubstanciada na Política Nacional de Humanização na Saúde (PNHS). Essa iniciativa é de fundamental importância e ganha relevância na saúde mental, já que reafirma a necessidade de buscar melhores estratégias de atenção a esse segmento, com o qual a sociedade brasileira tem uma dívida histórica em função do tipo de atendimento degradante a que as pessoas foram submetidas ao longo dos anos.

Tomando como pressupostos as análises realizadas na presente pesquisa, é relevante considerar que a política de saúde mental para os profissionais do CAPS geral da SER III se caracteriza como avanços na conquista da cidadania das pessoas que têm transtorno mental. Essa política percebe as pessoas como sujeitos

de direito e que devem ser assistidos na comunidade e preferencialmente no convívio familiar. Contudo, os entrevistados afirmam que essa política apresenta muitas lacunas e diversas fragilidades.

Nesse sentido, a maioria dos entrevistados, ao formularem as suas impressões acerca das recentes propostas de desinstitucionalização (para alguns existiu dificuldade de elaborar suas opiniões, pois referiram não conhecer o significado do termo), associaram-na à possibilidade de alta hospitalar das pessoas moradoras de hospital psiquiátrico, como também ao tratamento em espaços de assistência em serviços abertos de base comunitária, com vistas a minimizar violências e preconceitos. Dito de outra maneira, a maioria a associa imediatamente a um sinônimo de desospitalização, bem como ao ato de fechamento de hospitais psiquiátricos.

Observaram-se ainda, a partir dos relatos dos entrevistados, assim como das suas posturas profissionais frente a algumas circunstâncias, cinco questões que merecem destaque especial: **primeiro**, ao mesmo tempo em que valorizam a desinstitucionalização (mesmo centrando o foco na desospitalização e no fechamento de hospitais psiquiátricos), responsabilizam a reforma psiquiátrica pelas dificuldades e falhas no desenvolvimento desse processo, sobretudo no que se refere ao recente fechamento de hospitais psiquiátricos; **segundo**, a grande maioria percebe a reforma psiquiátrica como centrada ainda na questão da assistência, de modo a ter sido ouvido, em diversas declarações, expectativas de avanço para a saúde mental, relacionando-a unilateralmente à ampliação da rede serviços substitutivos, principalmente os CAPS.

A **terceira** questão foi bastante ressaltada nas falas dos sujeitos e diz respeito às condições das relações de trabalho dos profissionais que executam atualmente a política de saúde mental no município de Fortaleza, pois partiram da constatação de que elas são precarizadas, com subcontratações e reduzido número de profissionais para atender a crescente demanda dos serviços.

A **quarta** questão é referente ao fato de a maioria dos profissionais desconhecer o significado do conceito de clínica ampliada, apesar de ser um conceito que vem sendo divulgado pelo Ministério da Saúde, bem como discutido e trabalhado nas unidades de saúde desde o ano de 2003. Mesmo assim, muitos alegaram nunca ter ouvido o termo antes, outros referiram ter ouvido falar, mas sem

saber exatamente do que se tratava. Nesse sentido, foi necessário haver esclarecimento a respeito do tema para que pudessem realizar suas considerações.

Verificou-se que, após brevíssima contextualização em relação ao conceito de clínica ampliada, à luz do pensamento de Campos (2011) sobre o termo em pauta, propiciou-se uma direção para que pudessem produzir suas opiniões. Apesar do pouco conhecimento a esse respeito, alguns identificaram facilmente aspectos inerentes à clínica ampliada, como a questão da assistência numa perspectiva de integralidade, observando sujeito e contexto. Outros profissionais observaram o referido termo, fazendo conexão com a interdisciplinaridade, ou seja, com as relações de troca entre os saberes das diversas áreas do conhecimento.

Com relação à **quinta** questão, observou-se que foi unânime nos discursos a afirmação da necessidade de internação psiquiátrica em casos de evidências de crise, aqui entendida como estado mental em que a pessoa encontra-se num nível tal de sofrimento psíquico que o ambiente familiar não consegue oferecer meios que possibilitem a essa pessoa sair daquele estado, ou quando permanece fora da realidade a ponto de colocar em risco de morte a sua própria vida ou a de outros.

Mais um aspecto evidenciado nos discursos dos entrevistados foi a existência de uma desarticulação entre as políticas públicas setoriais, o que vem potencializando significativamente a fragilização da rede de saúde mental, que já é precária, a exemplo das dificuldades que os usuários encontram em acessarem outros serviços de saúde além do CAPS, hospital psiquiátrico, unidade de básica de saúde, ou até mesmo a própria medicação psicotrópica.

Outro aspecto que foi recorrente nas declarações é a concepção de que o CAPS geral da SER III continua sendo o mais adequado espaço institucional na sua categoria a desenvolver a política de saúde mental em Fortaleza, em conformidade com os parâmetros da reforma psiquiátrica brasileira, apesar das dificuldades encontradas na rede – para um dos entrevistados, essa condição é apenas uma questão de tempo até que ele passe de exceção a regra.

Nesse sentido, pode-se inferir que essa diferenciação existente, pelo menos empiricamente, em relação aos demais serviços CAPS de Fortaleza e o CAPS investigado, pode ser explicado sob dois aspectos: primeiro, pela sua condição de conveniado à Universidade Federal do Ceará, tornando-o também campo de pesquisa e extensão; segundo, por força desse convênio, tem-se a descentralização das ações e financiamento, ou seja, o próprio CAPS, através da Fundação Cearense

de Pesquisa e Cultura (FCPC), gerencia os recursos financeiros a ele destinados para subsidiar seu funcionamento, recurso advindo do Governo Federal.

Nas falas dos profissionais, emergiram dois elementos por eles identificados como dificuldades importantes ao alcance de bons resultados terapêuticos para a pessoa com transtorno mental. Um deles foi a falta de política pública de inclusão social pela via do trabalho, voltada especificamente para pessoa com transtorno mental, já que consideram imprescindíveis a implementação de políticas dessa natureza, no sentido de evitar que o usuário se institucionalize dentro dos CAPS, como referiram alguns dos entrevistados.

Reconhecem que, no âmbito governamental, existem apenas ações incipientes e isoladas nos projetos referentes às oficinas de geração de renda e trabalho no âmbito da economia solidária, que incluem pessoas com transtornos mentais. Porém, é pertinente assinalar que tais experiências não conseguiram alcançar resultados de impacto que provocasse uma real modificação no quadro atual vivenciado por essas pessoas. Para os entrevistados, essa iniciativa do governo é apenas uma sinalização de possibilidades nessa área, não fazendo parte da vida dos usuários, estando, pois, distante de suas realidades.

O outro elemento, igualmente relevante e também referido nas entrevistas, foi a detecção da falta de política pública voltada às famílias dos usuários, no sentido de subsidiá-las, tendo em vista que as relações familiares dos segmentos de baixa renda (característica majoritária do público assistido pelo CAPS) apresentam uma dinâmica de provimento de cuidados muito baixa e complexa, havendo, portanto, necessidade de intervenção do Estado.

Também foi recorrente, quando o assunto discutido era a assistência prestada pela família à pessoa com transtorno mental, que esse é um elemento importantíssimo e imprescindível, sem o qual se torna extremamente difícil alcançar resultados satisfatórios nas terapias dessas pessoas, especificamente quando se trata de transtornos severos e persistentes que demandam atenção maior por parte de familiares e cuidadores.

A partir dos diálogos mais diretos, em busca de apreender a identificação ou não do profissional com a atual política de saúde mental, verificou-se que o fato de se estar trabalhando em serviços CAPS não significa existir identificação com a política de saúde mental, preconizada pela reforma psiquiátrica. A pesquisa apontou para a constatação de que vários profissionais estão desenvolvendo suas ações

nesses espaços declaradamente por uma questão de mercado de trabalho, por terem sido indicados e não disporem de alternativas.

Nessa direção, em concordância com alguns dos profissionais, observa-se que contratação sem critérios mínimos de seleção implica um gravíssimo problema a ser pensado prontamente pelos gestores dessa política. Esses profissionais, ao adentrar os espaços institucionais substitutivos de saúde mental sem conhecer a natureza e a complexidade do trabalho em pauta e sem identificação mínima com esse agir, podem incorrer em sérios desdobramentos, sendo um deles a reprodução de práticas ancoradas em velhos paradigmas dentro dos serviços abertos.

Também foi possível identificar aqueles profissionais que, apesar de declararem não saber exatamente como era o trabalho em CAPS, com o passar do tempo e a prática aprenderam a gostar do trabalho.

Embora tenham a prática do cotidiano e a convivência mais de perto com temas que antes eram pouco familiares e considerando também que alguns desses profissionais participaram de algum tipo de curso de capacitação oferecido pela Prefeitura de Fortaleza, ainda assim a percepção acerca da política de saúde mental mostrou-se bastante limitada.

Nesse sentido, um número significativo de profissionais, por exemplo, não compreende o sentido da reforma psiquiátrica como um movimento social que transcende a modificação na forma de assistência. De acordo com as declarações, passou, em alguma medida, a impressão de a reforma psiquiátrica ser algo que foi prometido em algum tempo histórico da política deste País, como uma espécie de promessa de governo e que ainda não foi cumprida, à espera de efetivação, como pode ser observado em algumas declarações.

A maioria referiu ter experiências anteriores em saúde, porém trazem consigo uma visão ainda centralizada na doença, na remissão de sintomas. Dessa forma, acabam por desenvolver no CAPS a mesma lógica desses outros campos da saúde.

Esses trabalhadores, como referido por Sampaio e Barroso (2010), foram formados para atuar no sistema de saúde pré-existente, havendo, por essa razão, uma “exigência” em “reinventar” sua formação ao mesmo tempo em que são criadas novas práticas nos novos serviços substitutivos.

As capacitações oferecidas aos profissionais terceirizados, após a sua inserção no CAPS, *a priori* não conseguiram enraizar-se, criar e multiplicar-se em

novas formas de pensar e conseqüentemente de agir, pautadas na atenção preconizada pela política de saúde mental.

Importante notar que tais capacitações, em sua maioria, não abordavam questões de base com o objetivo de fazer conhecer do que se trata a política de saúde mental ou quais foram os elementos fundantes dessa política e o significado da reforma psiquiátrica. Assim, não se estimula no profissional a noção do que venha ser a saúde mental nesses novos parâmetros de assistência. Obviamente, isso não implicaria necessariamente que houvesse a garantia de que o profissional iria se identificar ou concordar com a política de saúde mental preconizada pelo governo brasileiro, mas ele inevitavelmente a conheceria e a aceitaria como parte de seu trabalho.

Consoante ao que foi referido pelos profissionais, houve um significativo avanço da política de saúde mental no contexto de Fortaleza em termos quantitativos, em que se registra um incipiente número de serviços substitutivos, totalizando três unidades CAPS no ano de 2005 e passando a 20 equipamentos em 2012, estando incluído nesse total, além dos CAPS, as residências terapêuticas e os CAPS 24 horas.

Em conformidade ao que foi expresso nas declarações, a desinstitucionalização, com enfoque no fechamento dos hospitais psiquiátricos no município, ocorreu de forma desarticulada da rede de saúde mental e sem que houvesse qualquer planejamento que desse suporte mínimo para que o município pudesse absorver a demanda vinda desses hospitais, ficando a cargo dos CAPS absorvê-la, tornando a equipe ainda mais sobrecarregada de trabalho.

Além disso, foi possível verificar muitos discursos perpassados de indignação com a política de saúde mental pelo fato de não se poder contar nesse período com o mínimo de vagas para hospitalização em situação de crises, tendo em vista que atualmente Fortaleza conta apenas com um hospital psiquiátrico e simultaneamente não se dispõe de leitos em hospitais gerais, fato que tornou o dia a dia das equipes dos CAPS extremamente desgastante. Aqui foi possível perceber as expressões utilizadas por alguns profissionais, num tom mesclado de exaltação e impotência frente ao *status quo*, bem como a responsabilização da reforma psiquiátrica pelo “caos” vivenciado.

Esse modelo de desinstitucionalização descrito acima se aproxima sobremaneira da formulação de desinstitucionalização inspirada na desassistência

que, de acordo com Amarante (2008), consiste na mera desospitalização, como se as políticas de desinstitucionalização não exigissem a substituição do modelo tradicional por outras modalidades de assistência, resultando em desamparo das pessoas que precisam de assistência nessa área.

No transcorrer das entrevistas, demonstrando certo desconforto, alguns profissionais se posicionaram em direção oposta ao termo reforma psiquiátrica, sob a justificativa de que o termo é inadequado para se referir ao que se pretende, pois compreendem que o que deve ser reformado é a forma de assistência, pois o emprego do termo tal como vem sendo feito denota reformulação da especialidade psiquiatria, e não da assistência.

Nesse sentido, concordamos com Amarante (2008) ao caracterizar a reforma psiquiátrica como um processo social complexo que abrange, entre outras, as dimensões teórico-conceituais ou epistemológicas, que buscam romper a visão reducionista centrada no campo biológico e produzir um desmonte nos conceitos fundantes da psiquiatria, no sentido de construir um campo teórico-conceitual amplo, de profundo e radical diálogo com as diferentes áreas do conhecimento que fazem interface com ser humano, não se limitando apenas à dimensão técnico-assistencial.

Ao término da análise desta pesquisa avaliativa, considerando as representações sociais dos profissionais acerca da política de saúde mental a partir de algumas questões recorrentes, tornou-se possível a construção de alguns indicadores sociais.

Por se tratar de uma pesquisa avaliativa de uma política pública, o indicador social é, pois, o elo entre os modelos aplicativos da teoria social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados. Conforme refere Jannuzzi (2012), o indicador se constitui em importante instrumento operacional para monitoramento da realidade social e para fins de formulação e reformulação de políticas públicas, buscando traduzir de forma tangível e operacional várias dimensões relevantes, específicas e dinâmicas da realidade social estudada.

Nessa direção, os resultados dessa pesquisa avaliativa, como dinâmica de uma realidade particularmente estudada, buscou, através dos indicadores sociais construídos, prestar subsídios às atividades de planejamento público e de reformulação da atual política de saúde mental no âmbito municipal de Fortaleza, mais detidamente no espaço institucional dos serviços CAPS.

Dessa forma, permitiu efetivar a avaliação das formas de conceber as políticas de saúde mental e simultaneamente observar como ela vem sendo pensada e implementada. A elaboração de um consolidado permitirá aos gestores compreender os efeitos em termos de eficiência, eficácia e efetividade da política de saúde mental a partir de um olhar não ligado à gestão, podendo ser de grande utilidade para diversos agentes e instituições envolvidas na definição das prioridades sociais e na alocação de recursos do orçamento público nessa área.

Assim sendo, os indicadores construídos e apontados por esta pesquisa avaliativa como sendo os mais relevantes foram: primeiro, o **indicador de trabalho em saúde mental**. Esse é um indicador considerado extremamente importante na formulação de políticas públicas de saúde mental por sua forte correlação entre as formas de contratações dos trabalhadores e as ações por eles empreendidas nos serviços substitutivos. Assim, os elevados índices de relações de trabalho precarizadas e subcontratações são um indicador útil para avaliar três aspectos diferentes da realidade social nessa área: apontar o grau de descontinuidade dos processos terapêuticos dos usuários, tendo em vista que não há a permanência desses trabalhadores nos serviços; falta de identificação e estímulo para atuar em uma área de extrema complexidade; e o nível de qualidade dos serviços prestados à população usuária que demanda esse tipo de serviço.

O segundo indicador foi denominado **indicador do nível capacitação em saúde mental**. Esse indicador configura uma medida sensível para verificar o grau de fragilização do movimento da reforma psiquiátrica, tendo em vista que a maioria dos trabalhadores da saúde mental ignora em alguma medida a política que executam e, por desconhecimento, acabam se posicionando contra o movimento da reforma psiquiátrica. Esse indicador também pode avaliar o nível das funções empreendidas dentro dos serviços substitutivos.

O terceiro e último indicador aqui apresentado diz respeito ao **indicador de internação psiquiátrica**, podendo ser analisado de duas maneiras: uma, a partir do nível de descontinuidade nos projetos terapêuticos, o que eleva o índice de internações psiquiátricas; a outra se refere aos baixos índices de políticas públicas de subsídios às famílias de pessoas com transtorno mental. Com base nessa última referência, a lógica de análise desse indicador é a seguinte: em tempos de cansaço emocional, dificuldades econômicas e desamparo por escassez de recursos de

apoio, busca-se dividir a responsabilidade dos cuidados com o Estado, aqui representado pelo hospital psiquiátrico.

Nessa perspectiva, torna-se necessária e urgente a adoção de estratégias que possibilitem a reversão dessas situações que os serviços de saúde mental, especificamente os substitutivos, vêm enfrentando. Sugerimos, com toda seriedade e força de que somos capazes, respeito aos princípios da administração pública no tocante à contratação de trabalhadores somente através de concurso público, garantindo-se os direitos trabalhistas; adoção de uma política concreta e abrangente de educação continuada que priorize uma real reflexão crítica dos profissionais acerca da política de saúde mental; criação imediata de leitos em hospitais gerais; ampliação da rede de saúde mental que considere não apenas a criação de novos CAPS, mas de outros serviços substitutivos, como residências terapêuticas e CAPS 24 horas; política de inclusão social da pessoa com transtorno mental pela via do trabalho, para além de programas de economia solidária; e, por fim, política de subsídios às famílias e cuidadores de pessoas com transtorno mental.

Como avaliadora de uma política pública social e executora dessa mesma política, conclamo todos aqueles que acreditam de alguma forma nessa luta para buscar uma assistência digna voltada à pessoa com transtorno mental e para empreender suas ações e esforços de forma conjunta em direção a novas mudanças, sem se deixar jamais sucumbir pela ideia do imutável e do impossível. Ao contrário, deve-se renovar a cada dia a capacidade de acreditar, pensar e agir dialeticamente. Nessa trajetória entre o pensar e agir, poderemos vislumbrar no horizonte uma política assistencial digna, que valorize a pessoa em seu contexto social, histórico e cultural, propiciando a ela o reencontro de fatos e coisas perdidas entre tantos caminhos tortuosos ao longo de uma história marcada tristemente por institucionalização, violência e solidão.

REFERÊNCIAS

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.

ALMEIDA, Ângela, M. de O. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 713-737, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2012.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)**. 1982. Pós-Graduação em Medicina Social (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

_____. “As pessoas precisam de reposição de vida”. **Revista Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 70, p.16, 2008.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

_____. CAMPOS, Fernanda N. **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates**. São Paulo: Zagodoni, 2012.

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

_____. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. (Org.). A (clínica) e a reforma psiquiátrica: In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: As políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARREIRA, Maria Cecília. R. N.; CARVALHO, Maria do Carmo B. de (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

BARREIRA, Maria C. R. N. **Avaliação participativa de programas sociais**. São Paulo: Veras, 2000.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BERNICK, Márcio A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, Benilton; AMARANTE, Paulo (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BLEGER, José. **Temas de psicologia**: entrevistas e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

_____. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório final/8**. Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. **Informativo eletrônico**, Brasília, ano VII, n. 10, mar. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano Plurianual**. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=155&sec=10>
Acesso em: 26 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: aceso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Ministério da saúde: Brasília, jan. 2007.

_____. 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, nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde** (PNASS). Ministério da Saúde – MS; Secretaria de Atenção à Saúde – SAS; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA. Edição 2004/2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Distribuição dos leitos psiquiátricos SUS por UF e hospitais psiquiátricos e indicador leitos por 1.000 hab.** Brasília, dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde: municipalizar é o caminho.** Brasília, fev. 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992)**. Brasília: Coordenação de Saúde Mental/MS, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 set. 1990**. Brasília: MS/ ACS, 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de S.; DOMITTI, Ana. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007a.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007b.

CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Políticas Públicas e o Dilema de Enfrentamento das Desigualdades: um olhar crítico sobre a América Latina no Século XXI. In: PIRES, Fernando (Org.). **Poder e Políticas Públicas na América Latina**. Fortaleza: Edições UFC-2010.

_____. Alba Maria Pinho de. Transformações do Estado na América Latina em Tempos de Ajuste e Resistências: Governos de esquerda em busca de alternativas. In: CARLEIAL, Adelita Neto (Org.). **Projetos Nacionais e Conflitos na América Latina**. Fortaleza: Edições UFC, Edições UECE, UNAM, 2006.

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

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Coordenação de Saúde Mental do Ceará**, 2011.

CETREDE/UFC/UECE. **Análises das condições organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos centros de atenção psicossocial do Ceará.** Coordenação institucional: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2007.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 2010.

CONASEMS. Sistema Único de Saúde. **Publicações técnicas**, n. 2, 1990.

CONSTRUÇÃO histórica do MOPS. Aracaju, 2011. Disponível em: <http://sites.google.com/site/mopsse/home/historico>. Acesso em: 30 abr. 2012.

COSTA-ROSA, Abílio. O modelo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COTTA, T. C. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 2, p. 110-111, 1998.

COUTINHO, Carlos N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais.** Bauru: EUSC, 1999.

DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2004.

DÉJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho.** São Paulo: Cortez, 2003.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico.** São Paulo: Abril Cultural, 1978.

DUVEEN, Gerard. **Representações sociais: investigações em psicologia.** In: MOSCOVICI, Serge. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

DELGADO, Pedro G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DAGNINO, Evelina; ALVAREZ, Sônia; ESCOBAR, Arturo. O Cultural e o Político nos Movimentos Sociais Latino-Americanos. In: ALVAREZ, S.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (Org.). **Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-Americanos.** Belo Horizonte: UFMG, 2000.

MERHY, Emerson E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2007.

FARR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: **Textos em representações sociais.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. 1ª ed. Edição Textos & Grafias. Coleção: biblioteca universal. Tradução: Helder Viçoso. 2008.

_____. **Os normais**. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1993.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Avaliar CAPS**. Fortaleza: PMF, 2008.

REY, Luis Gonzales. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira, 2011.

GADAMER, Hans. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes. 2008.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Estudo de casos: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados e como redigir o relatório**. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GRAU, Nuria Cunil; BOZZI, Ospina Sonia. **Sistemas de Monitoramento e Avaliação (M&A) na América Latina: informe comparativo de 12 países**. Natal: SEARH/RN, 2008.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Belo Horizonte: DP & A Editora, 2007.

HOLANDA, Nilson. **Avaliação de programas: conceitos básicos sobre avaliação "ex-post"**. Rio-São Paulo. Fortaleza: ABC Editor, 2006.

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

JÚNIOR, Alcides D. L. **Brasil, a trajetória de um país forte**. São Paulo: Trevisan Editora Universitária, 2009.

LOBATO, Lenaura.V.C. Apresentação. Participação, Democracia e Saúde. FLEURY, Sônia; LOBATO, Lenaura de V. C. (Orgs). Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MACHADO, Jorge M. H.; ASSUNÇÃO, Ada A. (Org.). **Panorama da Saúde do trabalhador da saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, E. Villaça. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, Maria. Cecília de S.; ASSIS, Simone G. de.; SOUZA, Ednilza R. de. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu publico**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **Textos em representações sociais**. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. **Representações Sociais**: investigações em psicologia. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NÓBREGA, Sheva M. **O que é representação social**. Mimeo, 2001.

NOGUEIRA, Marco A. A Dialética Estado/Sociedade e a construção da Seguridade Social pública In: **Cadernos ABONG**, Política de Assistência Social: uma trajetória de Avanços e Desafios, São Paulo: ABONG, n. 30, 2001.

OPS/OMS. **Evaluación de los Programas de Salud**: Programas de Formación de Personal y Programas de Prestación de Serviços. Módulo auto-didático. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 59. Washington: OPS/OMS, 1985

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB Universitária, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1946.

ORNELLAS, Cleuza P. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

PEREIRA, Luiz C. Bresser. **Construindo o Estado Republicano**. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 2009.

_____. A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, n. 1. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

PESSOTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PITTA, Ana M. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

REVISTA Instituto Humanitas Unisinos, ano XII, n. 391. Disponível em: http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4407&secao=391. Acesso em: 12 dez. 2012.

RIVERA, Francisco J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, Lea C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista avaliação de políticas públicas**, Fortaleza, v. 1, n.1, p. 7-14, jan./jun. 2008.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo/ Teresina: Cortez, 2003.

_____. **O Nordeste na reforma Psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI, 2006.

ROSSI, Peter; FREMAN, Howard; LIPSEY, Mark. **Evaluation**: a systematic approach. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2004.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SÁ, Celso P. de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SAMPAIO, José J. C.; SANTOS, Antonio W. Dos. A experiência do centro de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A. M. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SAMPAIO, José J. C.; BARROSO, Carlos M. C. Centro de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: **Saúde e Loucura**, 7. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____; _____. **Manual de organização do centro de atenção psicossocial de Quixadá**. 1994 .

SARACENO, Benedetto. **Reabilitação psicossocial**: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana M. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SILVA, Marcos V. de O. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, Tomaz T. da. (Org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

SILVA, Maria O. S. e (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais**: teoria e prática. São Paulo: Veras, 2010.

_____. Aspectos teóricos metodológicos da pesquisa avaliativa. **Avaliação de políticas e programas sociais**: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. São Paulo: Veras, 2008.

SILVA JÚNIOR, Aluísio G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2009.

SOARES, Mário L. Quintão. **Teoria do Estado**: novos paradigmas em face da globalização. São Paulo: Atlas, 2008.

SOMARRIBA, M. das Mercês G. **Participação popular e distrito sanitários**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 3. Brasília: OPAS/OMS, 1988.

STRAUSS, Anselm L.; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo S. **Introdução à pesquisa em ciencias sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. Rio de Janeiro: Guanabara Coogan, 1984.

YASUÍ, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YIN, Robert k. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Brookman, 2010.

YÚDICE, George A. **A conveniência da cultura**: usos da cultura na era global. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

WHOLEY, Joseph S.; HATRY, Harry P.; NEWCOMER, Kathryn E. **Handbook of program evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO DE ABORDAGEM PARA CONSTRUÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL					
Nome (*)				Idade	
Profissão				Sexo F/M ()	
Cursos de Pós Graduação					
() Especialização		() Doutorado			
() Mestrado		() Pós Doutorado			
Área de Estudo da pós graduação:					
Forma de contratação			Tempo de Serviço no CAPS		
			() Menos de 6 meses		
() Seleção Pública			() De 1 a 5 anos		
() Concurso Público			() De 6 a 10 anos		
() Empresa terceirizada (IDGS)			() Mais de 10 anos		
Função exercida no CAPS					
() Artista					
() Assistente Social					
() Coordenador de Equipe					
() Coordenador Regional de Saúde Mental					
() Enfermeiro					
() Médico					
() Psicólogo					
() Terapeuta Ocupacional					
Capacitação na Área de Saúde Mental (Cursos, treinamentos, seminários, congressos...)					
					Ano
1					
2					
3					
4					
5					
(*) Identificação opcional					

APÊNDICE III

ROTEIRO PARA A OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES

1. Fale sobre a sua trajetória profissional
 - a) Como você chegou ao CAPS?
2. Na sua ótica, como compreende a pessoa com transtorno mental?
3. Na sua concepção, o que é a reforma psiquiátrica?
4. Como você avalia a internação das pessoas com transtorno mental?
5. A partir de sua vivência e estudos, como você avalia a assistência prestada pelas famílias à pessoa com transtorno mental?
6. Considerando o momento atual e o trabalho dos CAPS, quais as perspectivas da assistência às pessoas com transtorno mental?
7. Qual a sua opinião sobre clínica no contexto da saúde mental?

APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA: UMA AVALIAÇÃO EM PROCESSO NO ESPAÇO DO CAPS GERAL SER III/UFC”, que tem por objetivo geral avaliar as representações sociais dos profissionais executores da política de saúde mental, visando a apreender como eles interpretam esse novo modelo de assistência. As informações a serem utilizadas no projeto serão coletadas através da aplicação de entrevistas com perguntas, envolvendo dados de identificação do profissional de saúde e dados referentes à Política Nacional de Saúde Mental, tendo como eixo norteador as diretrizes da reforma psiquiátrica. As entrevistas serão gravadas caso haja consentimento de sua parte, objetivando maior segurança dos dados coletados. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo. As informações obtidas serão analisadas sigilosamente, não sendo divulgado em hipótese nenhuma a qualquer outro profissional da saúde. Os dados e informações coletados serão utilizados apenas para compor os resultados desta pesquisa, portanto sendo resguardado seu anonimato. O presente termo (TCLE) é confeccionado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o sujeito da pesquisa. Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Haverá benefício plausível para a instituição. No final do estudo, ao analisarmos os dados colhidos, poderemos fornecer as possíveis conclusões do objeto investigado. O participante tem direito a ser mantido atualizado sobre os resultados do projeto. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, pelo endereço: Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Rua Cel. Nunes de Melo S/N, Rodolfo Teófilo; telefone: 3366-8564 ou por meio do celular 9922-9516 (Neusa Freire Coqueiro). Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a questão ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC pelo telefone: 3366-8569, situado à Rua Cel. Nunes de Melo S/N, Rodolfo Teófilo. Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se desejar concordar em participar deste estudo, solicitamos que assine o espaço abaixo.

Assinatura do profissional de saúde

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____ / ____ / ____