



Revista Psicologia e Saúde

E-ISSN: 2177-093X

-

Universidade Católica Dom Bosco
Brasil

Carneiro Tavares, Rosana; Gomes Sousa, Sônia M.

O Usuário De Caps: Quem É Esse Sujeito?

Revista Psicologia e Saúde, vol. 1, núm. 1, julio-diciembre, 2009, pp. 40-49

Universidade Católica Dom Bosco

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609866390006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O Usuário De Caps: Quem É Esse Sujeito?

The User Of Caps: Who Is This Subject?

El Usuario De Caps: ¿Quien Es Este Sujeto?

Rosana Carneiro Tavares

Fundação Universidade do Tocantins

Sônia M. Gomes Sousa

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Resumo

Este artigo apresenta as significações dos trabalhadores de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) sobre quem é o usuário dos serviços de saúde mental, sobre as possibilidades de ampliação de sua participação social, considerando a política nacional e os referenciais teóricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. São significados apreendidos pela perspectiva da teoria sócio-histórica de Vigotski, que tem o pressuposto da linguagem como referencial da historicidade do homem. Este trabalho resulta de pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em um CAPS de Goiânia-GO. Foram realizadas pesquisa documental e empírica (gravações de reuniões de equipe e grupo focal) com trabalhadores e gestores do CAPS. A análise evidencia a consolidação de avanços a partir do modelo psicossocial, mas ressalta que o lugar do usuário do CAPS ainda é de não-sujeito. São compreensões que refletem a estrutura social capitalista e confrontam os pressupostos da reforma, apontando para a necessidade de revê-la na atualidade.

Palavras-chave: Psicologia Social; Psicologia Sócio-Histórica; Reforma Psiquiátrica; Usuário do CAPS; Subjetividade.

Abstract

This article presents the understandings by CAPS's (Mental Health Services) workers about who are the real users of the substitutive services, what are yours possibilities of social participation, keeping in view the national politics and the theoretical referential of the Psychiatric Reform in Brazil. They are apprehended meanings based on Social-historical Theory of Vigotski, which understands language as being constitutive of historicity of human condition. It presents results from research, of qualitative approach, carried out in one CAPS in the city of Goiânia-GO used documental research e empirical research (recording of team meetings and focal group) with professionals. The analysis shows that there are advance structured in psychosocial model, but the CAPS is yet a place of non-subject individuals. This meaning is the reflex of the social capitalist structure and its bring with the presuppositions of the Reform.

Keywords: Social Psychology; Socio-Historical Psychology; Psychiatric Reform; Users of the CAPS; Subjectivity.

Resumen

El presente artículo presenta las significaciones de los trabajadores del CAPS (Centro de Atención Psicossocial) sobre quien es el usuario de los servicios de salud mental, sobre las posibilidades de ampliación de su participación social, considerando la política nacional y los referenciales teóricos de la Reforma Psiquiátrica en Brasil. Son significados aprendidos desde la perspectiva de la teoría sociohistórica de Vigotski, que presupone el lenguaje como referencial de la historicidad del hombre. Este trabajo es el resultado de investigación de tipo cualitativa, realizada en una unidad CAPS de la ciudad de Goiania-GO. Han sido realizadas investigaciones documentales y empíricas (grabación de reuniones de equipos y de grupo focal) con trabajadores y gestores del CAPS. El análisis evidencia la consolidación de logros progresivos a partir del modelo psicossocial, pero señala que el lugar del usuario del CAPS todavía es el de no-sujeto. Trátase de comprensiones que reflejan la estructura social capitalista y confrontan los supuestos de la reforma, señalando para la necesidad de reverla en la actualidad.

Palabras clave: Psicología social; Psicología Sociohistórica; Reforma Psiquiátrica; Usuario del CAPS; Subjetividad.

Introdução

O objetivo deste artigo é apresentar os significados que os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII) têm a respeito dos usuários desse serviço. O estudo se baseia nas estratégias da política nacional de saúde mental, que redimensiona o

tratamento do sofrimento psíquico, na perspectiva da desinstitucionalização do adoecimento, da cidadania do usuário e do tratamento não-asilar, atribuindo aos CAPS o papel estratégico de substituir a atenção psiquiátrica manicomial.

A política nacional tem como diretriz o acolhimento aos sujeitos em sofrimento sob nova

perspectiva: com práticas multiprofissionais, respeito às diferenças, direito às informações e valorização da liberdade, como meios de possibilitar aos usuários dos serviços de saúde mental a ressignificação do seu processo de adoecimento psíquico (Brasil, 2004). Os CAPS tornam-se espaços facilitadores da promoção da saúde mental, de apreensão das diversas facetas do processo saúde/adoecimento e de construção de novas práticas para trabalhar com o sofrimento humano.

O processo de atenção à saúde estabelecido no Brasil se transformou gradativamente e avançou para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a constituição de 1988, e para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental, que se consolidou a partir da Lei 10.216, de 2001 e foi incrementada com a regulamentação dos serviços substitutivos a partir da portaria 336/2002, que rege todos os serviços de modalidade CAPS.

Ao remetermos à atenção à saúde mental no Brasil, é importante resgatar alguns aspectos históricos da relação saúde-doença, médico-paciente ou profissional de saúde-usuário. Destacamos o estudo de Melo & Brant (2005), que argumentam que a medicina científica, estabelecida no século XIX, destituiu o sujeito adoecido de sua condição de ator social e privilegiou a identificação e a simples descrição e classificação de sua doença. Para estes autores, esta prática suspendeu a subjetividade do homem em prol de uma configuração ideal da doença, possibilitou a evolução da medicina como campo de saber, mas trouxe ao médico um poder instituído e estabelecido por esta relação, que associa o conhecimento ao status de poder e que distancia a relação do médico com o sujeito, direcionando seu olhar para a doença em si.

Ainda hoje esse tem sido o modelo que orienta as práticas em saúde, principalmente quando o foco é a saúde mental, pois há a compreensão sócio-histórica de que sofrimento psíquico é sinônimo de desrazão, de incapacidade da racionalidade construída e tão valorizada na modernidade. Nessa perspectiva, o sujeito com sofrimento psíquico torna-se um ser a-sujeitado, sem condições de escolhas e sem poder de decisão.

Apesar dessa construção histórica, que atribui ao sofrimento psíquico uma incapacidade do exercício de escolhas e de autonomia em nossa sociedade, é importante ressaltar que houve avanços no modelo de atenção à saúde mental e na relação entre o profissional de saúde e o sujeito que sofre. Transformações estas decorrentes de todo o processo histórico do desenvolvimento da área da saúde e da redemocratização que o país vivenciou a partir dos anos de 1980, em que mobilizações sociais, reivindicando respeito aos direitos humanos e exercício pleno de cidadania, clamavam por uma transformação efetiva do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Dentre os movimentos brasileiros que impulsionaram a transformação do modelo de

atenção à saúde mental destaca-se o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final da década de 1970, que, no ano de 1987, a partir do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, transformou-se em um movimento social amplo: Movimento pela Luta Antimanicomial. Este congresso impulsionou a luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira e orientou as direções que as transformações deveriam seguir. Conforme os movimentos sociais ocupavam espaços no cenário político e constituíam pressão ao poder estatal, a legislação, então, foi se alterando (Amarante, 1994).

A partir daí, por meio das mobilizações sociais e das transformações legais, buscou-se organizar os serviços de saúde, priorizando a integralidade das ações, a universalidade de acesso aos serviços e a participação democrática, considerando a atenção à pessoa com sofrimento psíquico no âmbito da cidadania e não apenas da assistência.

Os primeiros serviços substitutivos de hospitais psiquiátricos começaram a surgir e propunham um novo modelo de atenção. O primeiro CAPS, no Brasil, surgiu na cidade de São Paulo, em 1986: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira; em 1989, iniciou-se um processo de intervenção, no município de Santos – SP, em um Hospital Psiquiátrico (Casa de Saúde Anchieta), por maus-tratos e mortes de pacientes (Brasil, 2004; Amarante, 2003a; Vasconcelos, 2000).

Com o exposto, destaca-se a marca, no Brasil, da construção de um processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental calcada na mobilização social, na denúncia e na exigência, por parte da sociedade, de respeito àqueles que vivenciam a exclusão social de forma mais declarada: as pessoas com sofrimento psíquico.

Essa construção histórica transporta a reforma brasileira de atenção à saúde mental ao modelo de Reforma iniciado na Itália, que se embasa no princípio da desinstitucionalização do sofrimento psíquico e coloca em xeque todas as formas prontas e autoritárias de lidar com o sofrimento humano e com a subjetividade.

Para Amarante (1994), a desinstitucionalização é um processo amplo que supera a desospitalização em si, pois, enquanto esta implica apenas na transformação do espaço de tratamento para o sofrimento mental, com a modernização e humanização das técnicas; a primeira se refere a transformações de dimensões mais extensas e mais complexas. Rotelli (2001) argumenta que a desinstitucionalização se propõe a questionar não apenas a instituição manicomial, mas sim o próprio sofrimento psíquico, ou melhor, sugere a compreensão do sofrimento para além da simples classificação e sintomatologia das doenças.

Com base no modelo de desinstitucionalização do sofrimento psíquico, adotado no Brasil, destaca-se o papel dos CAPS, que são definidos pelo Ministério

da Saúde como estratégia fundamental para a efetiva desinstitucionalização, com a construção de um modelo de atenção psicossocial. Os CAPS são orientados a constituírem-se espaços de construção contínua de um novo fazer, no qual se privilegia o sujeito com sofrimento e não a doença em si; são instigados a construir estratégias terapêuticas de ampla articulação social, em que a atenção psicossocial possibilite repensar conceitos, práticas e relações, de forma a privilegiar a participação coletiva de todos os envolvidos: trabalhadores, usuários, familiares e a comunidade geral (Brasil, 2004).

É com referência nesse modelo de atenção atribuído aos CAPS que refletimos sobre a ampliação da participação social dos usuários de saúde mental e a construção de novas perspectivas a partir da atenção psicossocial. Com essas reflexões, levantamos um questionamento importante para conhecer e reconhecer o que tem sido modificado no que se refere à ocupação social do usuário de saúde mental: qual o significado que os trabalhadores de CAPS atribuem aos sujeitos com sofrimento psíquico? Esses significados foram apreendidos a partir das falas de trabalhadores de um CAPS do município de Goiânia-GO, por meio da realização de uma pesquisa, vinculada ao programa de mestrado em psicologia da Universidade Católica de Goiás.

Parte-se da compreensão de que estes significados marcam o papel social que cabe ao usuário do CAPS e as suas possibilidades de circulação nos espaços sociais. Tais significados foram apreendidos a partir da metodologia delineada a seguir.

Metodologia

O aporte teórico do presente trabalho é a Teoria Sócio-Histórica de Vigotski, que compreende o processo de subjetivação vinculado aos processos sociais, em que o sujeito que constitui a sociedade também é constituído por ela. Para Vigotski (2001), o próprio desenvolvimento do homem está imbricado no desenvolvimento histórico da sociedade.

Em Vigotski (2001) a unidade de análise é a linguagem, compreendida como pensamento verbalizado, como instrumento de mediação da relação do sujeito com o mundo. É pela linguagem que o homem constrói o mundo e é pela linguagem que o homem atribui sentidos/significados aos processos sociais.

O significado da palavra, para Vigotski (2001), é que vai possibilitar as trocas e as mediações dos sujeitos, é pelo significado que os indivíduos se comunicam e é pelo significado que eles vão reproduzir ou transformar a sua cultura. Assim, os significados são os elementos que permitem a comunicação, a interação entre os sujeitos e que permeiam a práxis na sociedade. A análise do significado se dá, então, pela intersecção das falas dos sujeitos, pela seleção dos

elementos possibilitadores de trocas e de interações.

O município de Goiânia possui quatro CAPS, que atendem usuários adultos com transtorno mental de moderado a grave. O critério de escolha do CAPS pesquisado foi o tempo de inauguração do serviço. Foi eleita a unidade mais recente, em função de considerar que o processo de significação da reforma psiquiátrica pudesse estar em mais evidência, haja vista o tempo de sua existência à época da pesquisa: aproximadamente quatro anos.

Os procedimentos utilizados foram, primeiramente, a pesquisa documental, com o objetivo de delinear a unidade, sua capacidade de atendimento, a população atendida, a equipe de trabalho, os processos de trabalho constituídos e a sua interação com os outros serviços e equipamentos sociais.

A partir da análise das informações recebidas na pesquisa documental, foi realizada a pesquisa empírica: gravações de três reuniões de equipe no CAPS e um grupo focal com esses profissionais e coordenadores da unidade. As reuniões já constavam no cronograma da unidade, as quais ocorrem com frequência semanal. As gravações foram realizadas sem intervalos de uma reunião para outra. Não houve qualquer interferência da pesquisadora na organização e na pauta dessas reuniões, apenas o registro dos diálogos que ocorriam no decorrer de cada encontro.

Os participantes dessas reuniões foram os profissionais de nível superior de diversas formações acadêmicas (psiquiatra, enfermeira, psicólogas, assistente social, profissional de artes cênicas, musicoterapeuta, terapeutas ocupacionais e educadores físicos) e alguns de nível médio (técnicos de enfermagem e técnicos administrativos), participando por reunião um número 15 trabalhadores e mais os coordenadores da unidade (supervisor técnico, supervisor administrativo e diretor geral).

Na sistematização das informações recebidas nas reuniões, destacaram-se alguns eixos temáticos pelos quais as discussões dos trabalhadores perpassavam: rede, gestão, família, projeto terapêutico, cidadania etc. Com esses eixos destacados, realizamos a última etapa da coleta de informações: um grupo focal com todos os trabalhadores e coordenadores da unidade. No grupo focal foi apresentada a pré-análise das informações e solicitado ao grupo uma discussão sobre alguns dos temas destacados, baseada em um roteiro pré-estabelecido.

Foram transcritas todas as falas dos trabalhadores, sem distinção de quem seriam as pessoas, apenas localizando a formação acadêmica de quem fazia cada comentário ou diálogo. Procedeu-se, a seguir, o levantamento dos pré-indicadores de núcleo de significação das falas (Aguiar & Ozella, 2006). Buscou-se limpar as falas e apreender o significado daquilo que o trabalhador estava falando. Segundo a perspectiva vigotskiana, a estratégia de análise é eliminar o que circunda e retirar o essencial, o predicativo de cada

comentário, apreendendo a intersecção das falas ou a dificuldade dela. Nessa fase, foram realizadas diversas leituras do material impresso, com vista a detectar similaridades, complementaridades, apreender as contradições, a homogeneidade das falas, o subtexto e as relações com o contexto.

Assim desenvolvendo o processo de análise, chegamos ao núcleo de significação ora apresentado: “OCAPS como lugar, ainda, de não-sujeito do usuário”. Este núcleo é um dos significados apreendidos nesta equipe de trabalhadores e reflete, em parte, a realidade do modo como a Reforma Psiquiátrica - como política nacional - está se configurando no serviço de modalidade CAPS.

O CAPS como lugar, ainda, de não-sujeito do usuário

Antes de apresentarmos os resultados que indicam o lugar do usuário no CAPS, é importante demarcar alguns aspectos referentes ao local em que foi desenvolvida a pesquisa. São dados que foram revelados, a partir da pesquisa documental e que devem ser considerados na apresentação dos resultados, uma vez que representa a especificidade do serviço, objeto de estudo deste trabalho.

A unidade é um CAPS tipo II, que atende pessoas adultas com transtorno mental de moderado a grave, cuja maioria de usuários já foi submetida a tratamento com internações psiquiátricas e é diagnosticada como apresentando transtorno psicótico.

O CAPS participante desta pesquisa é o serviço dessa modalidade mais recente do município de Goiânia. Tem um conjunto de atividades grupais e individuais que são desenvolvidas com os usuários e seus familiares, e possui uma diversidade de profissionais com formações acadêmicas variadas, e com experiências diversas. Dentre as experiências, há profissionais com tempo superior a 05 anos de trabalho na saúde mental e outros com tempo inferior a 01 ano, profissionais com experiência na assistência psiquiátrica hospitalar e outros (a grande maioria) sem experiência em hospitais psiquiátricos.

A delimitação da área de abrangência territorial do CAPS em que o estudo foi desenvolvido abarca dois distritos sanitários da cidade de Goiânia, os quais são vizinhos, mas, em decorrência de sua extensão territorial, a população assistida pertence a uma ampla região, na qual bairros muito distantes tornam-se área de abrangência da unidade. A população da região de abrangência é de aproximadamente 312.159 mil habitantes.

Com esses dados pode-se argumentar que, embora seja uma unidade que tem cumprido o seu papel de substituir os hospitais psiquiátricos, haja vista a população atendida (a maioria com transtornos psicóticos graves e com histórias de internações), a abrangência de sua territorialidade pode impedir o apoio do CAPS à ampliação da circulação dos usuários pelos espaços sociais de sua comunidade. São

dados que trazem como especificidade a realidade da implementação da política nacional de saúde mental como espaço de construção contínua de um fazer, que necessita se adaptar às condições reais e que tem suas limitações para efetivamente cumprir, em âmbito local, as diretrizes nacionais.

Com essas reflexões, pode-se retomar o significado apreendido na equipe de trabalhadores e gestores do CAPS, a respeito do usuário do serviço. Quem é o usuário para essa equipe? Quais são as possibilidades de participação social desses usuários? Quais são os seus recursos pessoais para enfrentamentos das adversidades? São as respostas a essas questões que estão contidas nos significados apresentados neste trabalho.

Destaca-se que, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, o usuário do serviço de saúde mental deve ser, prioritariamente, o foco da atenção. Nessa perspectiva, não é objeto de ação o transtorno mental em si, ou os sintomas na sua simples corporalidade, mas sim a compreensão desse sofrimento por meio da conceituação “existência-sofrimento”, a qual é definida por Costa-Rosa, Luzio & Yasui (2003) como sendo a transformação do imaginário social relacionado à doença mental e à anormalidade, buscando ressignificar esses sujeitos, percebendo-os como cidadãos que desejam e “almejam poder de contratualidade social” (p.33). Para Basaglia (1982) é reconhecer e legitimar as pessoas e não um saber psiquiátrico pré-determinado.

Contratualidade social, como utilizada por Costa-Rosa et al (2003), se refere à condição de estabelecer contratos sociais de reciprocidade e de trocas, de se responsabilizar pela própria decisão e de ser capaz de enfrentar, aos poucos, as adversidades da vida. É nessa linha de orientação do modo como o sujeito com sofrimento psíquico deve ser compreendido na relação técnico- instituição-sujeito que as falas dos profissionais do CAPS foram analisadas e que os significados foram apreendidos.

Os significados são marcados por falas muitas vezes contraditórias dos trabalhadores quanto às possibilidades de os usuários do CAPS ampliarem sua participação social. Para os trabalhadores, ora eles são capazes de exercício de contratualidade e ora não, argumentam que são poucos os usuários do CAPS que têm condições de responsabilização pelo seu tratamento e de compromisso com a gestão da própria vida. A fala que se segue é um exemplo disso.

“Elisa – Quarta-feira tem grupo de cidadania. Eu não vejo outro grupo que tenha pessoas que consigam fazer essa discussão. Você estava falando de falar no grupo [convidar o usuário para participar de um evento político], a minha opinião é que não adianta. Ninguém tem a condição de compreender, a não ser as pessoas que participam do grupo de cidadania”.

Esta fala ocorreu em um momento de discussão

da equipe com relação à participação dos usuários em um evento político que debateria o financiamento para a saúde mental. As diretrizes nacionais sugerem que todas as discussões das estratégias de atenção à saúde devam ocorrer em nível de conselhos locais e municipais, no critério de participação popular e devem contemplar as participações de trabalhadores, gestores, usuários e familiares.

Porém, embora os trabalhadores do CAPS tenham conhecimento dessa diretriz e tentem incluir o usuário nessas discussões, haja vista a própria tentativa de convidar o usuário para o evento, o significado das possibilidades de participação ainda é contraditório, pois para os profissionais a participação dos usuários não é efetiva.

Da gama de atividades que o CAPS desenvolve com os usuários, apenas um grupo (Grupo de Cidadania, que ocorre uma vez na semana) possui usuários “com condições” de desenvolver a discussão que é relativa à participação popular. Os trabalhadores têm entre si significados que representam as dificuldades de considerar o usuário alguém que pode representar a sua classe e participar efetivamente de discussões políticas a respeito da organização do serviço. São significados que indicam a própria condição passiva do usuário, que também não consegue ampliar o seu campo de participação, de se fazer capaz.

A esse respeito, destaca-se como significado a difícil apropriação dos usuários de sua condição de sujeito, de sua condição, inclusive, de pessoa que tem consciência de seu sofrimento e que reconhece a necessidade de tratamento. Para os trabalhadores, muitos usuários não consideram o seu tratamento o mais importante, mas sim os benefícios sociais vinculados a ele (carteirinha de isenção da taxa de uso do transporte coletivo, concessão do benefício de prestação continuada e, muitas vezes, até o almoço ou lanche servido pela unidade). Esta significação se confirma em determinadas falas, como no exemplo que se segue:

“Paula - (...) porque muitas pessoas pegam passe livre e desaparecem ou não voltam mais. (...) eles acham que vêm ao CAPS fazer um favor para a gente e não para eles. Se você não arrumar um sit-passe para mim eu vou parar de vir ao CAPS (...)”.

Essa argumentação levantou muita discussão na equipe e colocou como ponto de confrontação o que é direito e o que é dever, o que é cidadania e quem é a pessoa que a exerce. O amplo debate sobre essas questões, travado entre os trabalhadores, não trouxe consenso na equipe. Ficou marcada a dificuldade de lidar com esses aspectos, os trabalhadores demonstraram incômodos quanto a essa postura dos usuários, argumentando a necessidade de não serem assistencialistas e de que era preciso vincular os benefícios e as concessões à submissão do usuário ao tratamento.

Nesse momento de debate entre a equipe, houve muitas divergências e contradições a respeito do que se compreende como sendo assistencialismo e o que se considera exercício de cidadania, revelando significados conflituosos e ancorados nos próprios modos contraditórios de participação social dos sujeitos da fala: os trabalhadores.

A tentativa de vincular as concessões e benefícios à adesão do usuário ao tratamento trouxe como núcleo significativo a redução da interação entre os profissionais do CAPS e os usuários a simples relações de trocas, a uma relação coisificada como pura reprodução da estruturação social capitalista, que desconsidera o sujeito e privilegia os interesses pessoais. A fala que se segue expressa o quanto a relação sujeito/objeto ou sujeito/mercado é marcante, no âmbito dos CAPS, com os usuários:

“Antônio - Eu acho que isso não é... também não é estranho para nós, porque certamente aquele que chega à unidade e não conhece o serviço há de se firmar em benefícios concretos. A forma de se vincular aqui na unidade é o ganho para todo mundo, o que é concreto pra mim? E é isso mesmo, os benefícios, passa por isso também. Para vincular a alguma coisa, acho que é uma forma de a gente estar amarrando, é o ganho, quais são os ganhos, não é? E acho que essa coisa de passe-livre é algo concreto que a pessoa tem no primeiro momento na unidade. Acho que a tendência é essa mesma, é natural”.

Tal fala surgiu no grupo focal, quando os trabalhadores foram estimulados a refletir quanto ao motivo de tentar vincular a adesão do usuário ao tratamento com os benefícios sociais ofertados. A fala de que os usuários precisam se vincular a alguma “coisa” reduz a assistência à mera relação de interesses pessoais e não a relação entre os sujeitos. Desta forma, a proposta de acolher o sujeito que chega ao serviço se reduz a trocar mercadorias, coisas (“eu te dou o benefício e você me dá em troca a sua aceitação e submissão ao tratamento”).

Coloca-se em questão a reflexão quanto à distância que há entre o nível ideal/teórico e legal/jurídico das relações reais e concretas no CAPS, pois é evidente que os trabalhadores e os usuários, como sujeitos histórico-sociais, não conseguiram ainda superar a sua própria condição social, que é constituída de todas as formas de relações advindas da sociedade moderna: relação de mercado, individualismo, corporativismo, coletivização massificada, mera adaptação, dominação, falta de reflexão crítica e muitas outras formas de agir que indicam habilidades relacionais no mundo moderno (Adorno, 1995; Hobsbawm, 1995; Horkheimer, 1980).

Ressalta-se que, embora haja no CAPS uma reprodução das relações sociais de trocas, esse significado evidencia os avanços da relação do usuário de saúde mental com os profissionais de saúde, pois o

coloca na condição de exercer alguma contratualidade (eu só aceito me submeter ao tratamento se você me der algo em troca), mesmo que seja uma contratualidade ainda passiva ou adaptativa, e pouco orientada para a criticidade, este já se configura um grande distanciamento do modelo manicomial.

No entanto, a proposta da Reforma Psiquiátrica, que é de resgatar a cidadania na perspectiva de uma subjetividade socializadora e produtora de uma nova cultura ainda não se concretizou na esfera das relações entre profissionais e usuários no CAPS. As trocas sociais entre trabalhadores e usuários ainda são, muitas vezes, relações que se regem pela conformidade e adaptação social, sem perspectivas de reflexão crítica e de valorização do sujeito.

Se retomarmos o conceito de contratualidade social utilizado por Costa-Rosa et al (2003) podemos pressupor que não existe no CAPS tentativas de ampliar essas contratualidades para além da simples troca de favores. A ação dos trabalhadores se consolida no autoritarismo, no julgamento e/ou na tutela com relação ao tratamento do usuário do CAPS. Neste modelo de relação social, o que resta ao usuário é a possibilidade de exercício de contratualidade na simples aceitação ou recusa do tratamento.

O significado de que o usuário não tem condições de exercícios de escolhas e de decisões, de que necessita da proteção dos trabalhadores, emergiu durante diversos momentos no debate entre a equipe, como no exemplo que se segue:

“Selma - Eles vão para um lugar que eles não entendem. (...), não vão nem saber para que estão lá, e fazendo número. (...) Então, não vão não, não é?”

Essa foi uma decisão tomada pela equipe a respeito de uma mobilização que ocorreria fora do CAPS, em um movimento mais amplo, que abarcaria outras unidades de saúde, outros CAPS e outros movimentos sociais, porém, essa decisão foi tomada na reunião de trabalhadores de CAPS, onde não havia nenhum usuário presente. Foi uma decisão atribuída pelos trabalhadores como sendo cuidado, mas que marca a condição de tutela e guarda, fruto de um significado de que o sofrimento psíquico impossibilita a tomadas de decisões, o exercício de escolhas e a responsabilização por parte do usuário.

Este significado é decorrente da própria realidade objetiva do mundo contemporâneo, cuja capacidade de decidir e ser autônomo está vinculada à capacidade de construir formas heterônomas de relações sociais, ou seja, ser autônomo é ser capaz de adaptação e adequação, é ser capaz de agir conforme as normas e regras sociais.

Por outro lado, demarcando a contradição que a transformação do modelo traz, em determinados momentos, as falas de alguns profissionais se referem à total possibilidade de compreensão e ajustamento criativo ou de contratualidade social, por parte do

usuário, como por exemplo, na fala a seguir:

“Eva - As pessoas [usuários] viravam para mim é diziam, agora como eu vou embora? Teve uma que cheguei a falar para ela, se vira, vai embora, uai!”

São posicionamentos contraditórios, em que algumas vezes o usuário é responsável por si e autônomo; e em outras ele necessita de extrema proteção e deve acolher todos os procedimentos a ele impostos. Esses significados revelam as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores ao construir um modelo de ação em que os usuários estão livres, circulam pela cidade com ampla mobilidade, mas não se apropriaram dessa sua condição e ficam aguardando o amparo e as determinações dos trabalhadores. São conflitos que demarcam a contradição posta por um modelo que preconiza a liberdade, mas que exige o comportamento adaptado e ampara-se na tutela e guarda.

Com esses exemplos, percebe-se o quanto a prática no campo da atenção psicossocial reproduz a própria ampliação da contradição que emerge a partir da inclusão de mais atores sociais na atenção psiquiátrica, na qual surgem novos profissionais e uma nova possibilidade para o usuário. São contradições que demarcam avanços da Reforma Psiquiátrica, mas que também apontam os seus entraves, pois ampliar a mobilidade social do sujeito em sofrimento psíquico significa atribuir-lhe condição plena de escolhas e autonomia racional.

Há, por parte dos trabalhadores, uma compreensão de que a adequação do usuário, ou seja, o comportamento considerado ajustado é aquele que condiz com as expectativas ou posturas do próprio trabalhador. A fala do usuário que é percebida como adequada, algumas vezes, mais parece um discurso enxertado, um discurso ideológico, do que uma expressão da compreensão ou apropriação do usuário pelo conteúdo de sua fala. O exemplo do relato que se segue deixa clara essa valorização que o profissional faz de discursos e falas mais parecidas com as dos trabalhadores do que com as das pessoas que utilizam os serviços do CAPS:

“Ariadne - Mas foi muito bom, porque isso mostra a importância da mobilização, né, e assim, foi tão bonitinho quando chegaram as propostas deles e que eles colocavam assim, ‘nós queremos que a saúde mental seja pactuada no nível federal e estadual’, eu achei lindo eles falarem isso, nessas palavras”.

A valorização da fala que se assemelha à do trabalhador fica bastante evidente no exemplo acima, até porque essa fala, exaltada pelo trabalhador como adequada e certa, foi associada a um comentário anterior, cujo diálogo foi o que se segue:

“Ariadne - Dos que estavam aqui naquela reunião ampliada, dez foram. Foi muito interessante. E, assim, o mais interessante é você ver um usuário que você

fala assim ‘nossa, mas fulano é tão desorientado’, o Vagner, né, e o Vagner veio no dia da reunião que ele colocava...

Elisa - Ele sabia o lugar da igreja... Ele falava umas coisas interessantes mesmo [fala ao mesmo tempo em que a Ariadne].

Ariadne - Tinha fundamento...

Elisa - E a participação dele lá, ao lado da Ariadne... [risos] Ele ficava lá assim ó, do lado dela, minha amiguinha... [risos]”.

Tal diálogo mostra o quanto o usuário ainda é compreendido e percebido como sujeito sem condições de participação, sem possibilidades de comunicação coerente e sem condição de produções de discursos que reivindiquem “pactuação no nível federal e estadual”.

Fica evidente a contradição, na equipe, dos significados atribuídos à pessoa com sofrimento psíquico. Os trabalhadores têm dúvidas se podem realmente acreditar na possibilidade de responsabilização do usuário pelas suas decisões e na sua capacidade de participação social. Outro exemplo de manifestação de descrédito com relação às possibilidades que os usuários podem percorrer está na fala que se segue:

“Renata - Isso na saúde mental é muito complicado, pelo atendimento e, talvez, pela fragilidade do público que a gente trabalha, que é um público que, de uma certa forma, a gente tem que empurrar mesmo, não é um grupo que tem uma autonomia assim”.

Há um desejo expresso de que os usuários do serviço sejam mais resolutivos e mais independentes, mas, por outro lado, há um entendimento, por parte da equipe, de que a capacidade de resolutividade desses usuários está intrinsecamente relacionada aos modos de participação valorizados na sociedade, à capacidade de adequação, à aceitação das normas e às condições de adaptação e coletivização, em detrimento da subjetividade. Os próprios usuários não conseguem impor uma nova ordem de relação, pois reproduzem o modelo manicomial, em que mesmo com uma ordem diversa, com livre circulação pela cidade e oportunidade de escolhas, solicitam e demandam dos trabalhadores cuidados assistenciais muito semelhantes à assistência hospitalar.

Os trabalhadores expressam que sem a presença dos profissionais de saúde mental não há como o usuário se apropriar de seu processo de participação social. Esse aspecto é bem retratado na fala a seguir:

“Paula - (...) a gente precisa divulgar isso nos grupos, tentar convencer os usuários, porque é muito pouco tempo, se nem nós, que estamos aí acompanhando a discussão há um tempão, estamos sabendo direito o que é isso, né, a gente não tem tempo (...) Para eles entenderem primeiro... que seja só um pouco, para eles poderem ir nessa feira e não ficarem

perdidos lá, igual eles ficam, de vez em quando.”

São falas que expressam o quanto a adaptação social referencia as compreensões dos trabalhadores e o quanto acreditam que eles, os profissionais, tornam-se o modelo para os usuários. Até mesmo pela forma como, às vezes, o profissional se refere ao usuário fica marcada a contradição que ressalta as dúvidas dos trabalhadores quanto às possibilidades de participação ativa dos usuários na sociedade. A fala que se segue é um exemplo:

“Renata - (...) realmente tem um usuário, ele é até do PAILI, ele é uma gracinha, ele não falha, então, a gente manda um convitinho para marcar... [risos] eu estou falando, assim, de uma forma que realmente a gente conseguiu para o usuário ir. Então, a gente já manda o convitinho para a mão dele, vai um convite para equipe e um para ele, como usuário. E isso... para vocês verem, gente, acha que é fácil trabalhar, não é? Trabalhar com o usuário, fazer ele ir, não é fácil.”

Tal posicionamento dos profissionais com relação às possibilidades de participação social da pessoa com sofrimento psíquico remete à discussão de Amarante (2003) a respeito dos eixos pelos quais a Reforma Psiquiátrica deve perpassar. Dentre os eixos há a dimensão técnico-assistencial, que traz a necessidade de rever o curso das ciências que consolidou a prática da atenção à pessoa com sofrimento psíquico no âmbito exclusivo da psiquiatria.

Nesse modo de entendimento, o âmbito da dimensão técnico-assistencial, referido por Amarante (2003), coloca a teoria, que orienta a prática, como concepção de que o sofrimento psíquico, entendido como ausência de uma razão absoluta, signifique impossibilidade de exercer direitos e escolhas, cuja concepção elege um modelo de atenção “calcado na tutela, na custódia e na disciplina” (Amarante, 2003, p.51).

Para Amarante (2003), a dimensão técnico-assistencial é um dos eixos que necessitam ser modificados para que a Reforma Psiquiátrica se consolide. No entanto, apesar de o modelo de atenção à saúde mental, na atualidade, estar direcionado legalmente para o resgate da cidadania e para a ampliação do espaço social, há ainda no CAPS uma prática que se permeia por um significado contraditório, em que muitas vezes sofrimento psíquico é uma condição de existência que impede a experiência de subjetividade, da possibilidade de escolhas, de alteridade e da participação social. São significados que refletem a própria condição de adaptação dos trabalhadores na nossa sociedade.

No momento em que foi desenvolvido o grupo focal com os trabalhadores, as reflexões feitas pela equipe só puderam confirmar o que já estava manifesto nos conteúdos das reuniões. Os trabalhadores, ao falar em cidadania do usuário, argumentaram que têm tido

dificuldades para levar o usuário para os espaços extramuro do CAPS, para interagir com a comunidade. Diante das discussões que emergiram, com foco na cidadania, há, inclusive, a compreensão de que o usuário ainda é tratado como “paciente” e de que não lhe são cobradas responsabilidades e cidadania, conforme o exemplo do relato que se segue:

“Elza - (...) eu acho que, em cima do que aconteceu essa semana, de uma ‘paciente’ que agrediu a outra, que eu comecei a avaliar isso, parece que, por mais que a gente fale que está tentando trabalhar a autonomia a gente ainda o vê como o paciente, e não um usuário, a minha preocupação foi essa, porque a equipe todinha não fez nada! Uma cidadã agrediu outra cidadã, rasgou... e o manejo foi, assim, para abafar, tipo assim, afasta, vamos tentar segurar, né. E na hora que eu vejo, então, pra trabalhar a cidadania, é uma cidadã, então tem os direitos de proteção, a outra agrediu, tem que responder por aquilo, e a gente não fez”.

Apesar do reconhecimento da conduta de tutela, não há no exemplo acima a concepção da equipe de que cidadania signifique mais do que cumprir deveres, pois a cidadania argumentada como não tendo sido respeitada pelos profissionais foi a de o usuário ter de responder pelos próprios atos. Esse argumento gerou discussão na equipe e não permitiu que houvesse consenso, pois responder pelo ato de agressão ao colega implicaria em denunciar na delegacia a agressão ocorrida no CAPS, implicaria em ser ativa no processo de interação social, mas também em descuidar de outra usuária. Ato que não foi considerado consenso na equipe, onde alguns argumentavam que o desejo de denúncia deveria partir do próprio usuário e outros que os trabalhadores tinham obrigação de convencer o usuário a denunciar.

Esta discussão perpassa as condições históricas do próprio exercício de cidadania na nossa sociedade, tanto dos usuários quanto dos próprios trabalhadores do CAPS, de quais são os poderes constitutivos de capacidade de enfrentamento, em nossa sociedade, a uma situação de violência e de quais são as possibilidades de um usuário de CAPS constituir-se cidadão em instâncias que transpassem as imediações dos espaços internos da instituição.

O conceito de cidadania tem sido utilizado no presente artigo como uma concepção mais ampla que o de cidadania civil (direitos e deveres civis), argumentada pela equipe, mas sim como uma condição de fazer-se sujeito na sociedade, de ser capaz de se apropriar de seu fazer e de poder construir a sua história de forma crítica e reflexiva. Retomamos a concepção de Chauí (1995) que utiliza o termo cidadania cultural para afirmar que o que a sociedade brasileira necessita é de cidadania cultural, na qual é necessário superar a política cultural imposta e construir uma cultura política nova. O que importa aos sujeitos não são

os princípios de cidadania impostos pela política de Estado, mas sim os princípios de cidadania construídos pela produção cultural e pela subjetividade. Nos quais se torna fundamental o “direito a reconhecer-se como sujeito cultural, graças à ampliação do sentido da cultura através de representantes eleitos, que pudessem garantir uma política cultural distanciada dos padrões do clientelismo e da tutela.” (Chauí, 1995, p.84).

No CAPS, as decisões e as reflexões a respeito da cidadania dos usuários e das possíveis intervenções a serem desenvolvidas baseiam-se em concepções legais e em direitos e deveres impostos pelo poder público como busca de manutenção da ordem social e não a compreensão de uma cidadania que consiga desenvolver reflexão crítica, que possibilite a consciência do processo de inclusão/exclusão social a que todos estamos expostos na sociedade, e que possa auxiliar os sujeitos a construir sua própria história.

Essas discussões não encontraram consenso entre a equipe de trabalhadores e marcam a amplitude de posicionamentos individualizados, a diversidade de formação acadêmica e cultural e os embates típicos da condição sócio-histórica dos trabalhadores, dos usuários e da própria realidade objetiva construída pelo nosso modelo de sociedade, que reproduz o exercício de contratualidades sociais regidas pelo princípio heteronomia e adaptação passiva e não pela autonomia e reflexão crítica.

Os trabalhadores manifestaram nas reuniões a dificuldade de compreender e respeitar o usuário como sujeito, referenciada na própria impossibilidade do exercício de sua condição de sujeito, tendo em vista a realidade objetiva. Demonstrando, assim, a difícil trajetória da relação trabalhador-usuário democrática, horizontalizada e legitimadora do indivíduo como sujeito de sua história, como estaria previsto nos construtos teóricos e legais da Reforma Psiquiátrica. Reflete-se daí o quanto é distante, ainda, o discurso da Reforma Psiquiátrica da realidade social construída no CAPS, que representa uma continuidade de uma práxis determinada pelas estruturas sociais. Uma distância que demarca a história das pessoas que compõem o serviço, uma história de caminhos percorridos pela necessidade de construir heteronomia social como forma mais adequada de aceitação e ocupação do espaço social.

Ressalta-se que o conceito de autonomia que o presente trabalho propõe para reflexão com os significados apreendidos das falas dos trabalhadores de CAPS é o conceito que Adorno (1995) retoma ao falar de emancipação. Para Adorno (1995) autonomia é a possibilidade de resistência a uma ordem posta, é a universalização, é a capacidade de dizer não à uniformização e à totalização.

O próprio Adorno (1995) quando argumenta sobre a educação para emancipação o faz afirmando que a educação deve consideravelmente diferenciar-se de modelagem de pessoas ou de simples transmissão

de conhecimento, mas deve sim destacar-se como produtora de uma consciência verdadeira, a qual só seria possível pela experiência de educar para a contradição e para a resistência.

Essa autonomia, certamente não é o mesmo princípio de autonomia que orienta o trabalho no CAPS e na saúde mental, de modo geral. Com o discurso de resgate da autonomia ao sujeito com sofrimento psíquico o que se tenta restituir-lhes é o direito à convivência social, nos moldes da estruturação social de heteronomia, com a falsa promessa de que agindo como se espera eles serão cidadãos livres e autônomos.

Costa-Rosa et al (2003) argumentam que a atenção psicossocial deve valorizar uma relação de interlocução dos profissionais com os usuários do serviço, e deve promover “a recuperação do poder de contratualidade social” até a total “capacidade do sujeito de situar-se de modo ativo frente aos conflitos e contradições que atravessa e pelos quais é atravessado” (p.40). Mas o que ficou marcado pela fala dos trabalhadores é que no CAPS há um agir, ainda, permeado de relações que se efetivam pela tutela e pelo cuidado autoritário.

O significado do usuário de saúde mental, para os trabalhadores, é de alguém a-sujeitado nas relações, alguém que deve passar pela modelagem de comportamentos, mas que ainda resiste e encontra-se impossibilitado de construir as próprias decisões. Os usuários, diante de toda a sua história e dessa significação dada a eles, emitem como resposta a mera reprodução dessa condição de ser tutelado, de sujeito passivo e com limitado poder de decisão.

Considerações finais

Destaca-se que as falas dos trabalhadores do CAPS revelaram avanços já alcançados no processo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que demarca a contradição que emerge a partir das tentativas de ampliação da participação social dos usuários, mas trazem à tona a tentativa dos profissionais de transformarem os usuários em sujeitos adaptados e, portanto, aceitos socialmente; ao mesmo tempo em que revelaram que os trabalhadores ainda agem sob a égide do modelo de tutela como sendo sinônimo de cuidado.

Retomar a reflexão de Delgado (1991) a respeito do lugar do usuário de serviço de saúde mental, na relação com os profissionais, é importante recurso para compreender qual é o lugar que os trabalhadores do CAPS estão atribuindo à pessoa com sofrimento psíquico no percurso de seu tratamento: “Ao considerar o desviante um ‘pobre coitado’, perco o trem da mudança, porque certamente atuei de modo paternalista e, portanto, autoritário” (grifo do autor, p.26). A contradição nos significados do sujeito do tratamento, revelada nas falas dos trabalhadores, está marcada por essa linha de compreensão, na qual o usuário, muitas vezes, ainda é esse pobre sujeito que necessita de cuidados, desprovido de possibilidades

de estabelecer contratualidades. Essa concepção é a própria condição de todos os trabalhadores do CAPS, que têm de se adaptar, que têm de construir processos de trabalhos institucionalizados, que têm de atender a uma demanda de cuidados e que têm como tarefa reproduzir essas condições para os usuários do serviço.

Considerando o território do sujeito que está em sofrimento psíquico, a necessidade de inscrever-lo no espaço social e de restituir-lhe o poder de contratualidades, os significados apreendidos evidenciaram os limites da Reforma Psiquiátrica, quando demarcam uma distância entre o discurso desse novo modelo de atenção e a continuidade de uma práxis determinada tanto pelas estruturas culturais e sociais quanto pela formação dos trabalhadores de saúde mental. Apresentaram as contradições que permeiam o eixo político-jurídico e teórico-conceitual desse novo modelo, indicando a necessidade ainda premente de rever a Reforma como transformação sócio-cultural, mais que simples montagem de serviços. Transformação essa que deve ir além do aspecto jurídico e político, constituindo-se formação cultural, produção de uma nova cultura para compreender e trabalhar o sofrimento humano.

Referências

- Adorno, T. W. (1995). *Educação e Emancipação*. Tradução: Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Aguiar, W. M. J. & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia ciência e profissão*, vol.26, n. 2, p.222-245.
- Amarante, P. (1994). (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- _____. (2003). *O Homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 1ª edição, 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Basaglia, F. (1982). *A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília.
- Chauí, M. (1995) *Cultura política e política cultural. Estudos Avançados*. São Paulo, v. 9, n.23, p.71-84. Apr.1995.
- Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000100006&lng=en&nrm=iso>. (Acesso em 20 set. de 2008).
- Costa, J. F. (1989). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4ª edição, Rio de Janeiro: Xenon.
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A.; Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, Paulo Duarte (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Delgado, J. M. F. (1991). Reflexões na cidade sem manicômios. In: Delgado, J. M. F. (organizador) *A Loucura na Sala de Jantar* (pp.). São Paulo: Resenha Ltda.
- Hobsbawm, E. *A era dos extremos: o breve século XX 1914 – 1991*. Tradução: Marcos Santa Rita, Revisão Técnica: Maria Cecília Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- Horkheimer, M. (1980). Teoria Tradicional e Teoria Crítica. In: Horkheimer, M.; Adorno, T.; e Habermans, J.. *Textos Escolhidos*. (pp.) Trad: José Lino. Coleção *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.
- Melo, M. B. & Brant, L. C. (2005). Ato Médico: Perda da

Autoridade, Poder e Resistência. Revista Psicologia Ciência e Profissão, vol. 25, nº. 1, p. 14-29.

Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In: Nicácio, Fernanda (org.). Desinstitucionalização (2ª edição). São Paulo: Hucitec.

Vasconcelos, E. M. (2000). Saúde Mental e serviço social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez.

Vigotski, L. S. (2001). A construção do pensamento e da linguagem – tradução: Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes.

Recebido: 03/08/2009

Última Revisão: 16/10/2009

Aceite Final: 08/12/2009