

MUDANÇAS NA CULTURA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E AS REPERCUSSÕES PARA ADESÃO AO TRATAMENTO

Changes in the mental health care culture and the repercussions to treatment adhesion

Tiago Jordão¹
Eva França Pergentino²

Artigo encaminhado: 28/12/2013
Aceito para publicação: 12/10/2018

RESUMO: A atenção psiquiátrica evoluiu ao longo do tempo e alterou não apenas suas abordagens ao sujeito que se trata, mas a própria concepção do mesmo. Essa evolução trouxe consigo o avanço na terapêutica, que passou a incorporar outros saberes além das concepções biológicas. Os modelos tradicionais de instituição de saúde mental foram também questionados e o movimento de Reforma Psiquiátrica deu origem a modalidades alternativas de tratamento que aproximaram o doente mental da sociedade e da família. No Brasil, o movimento se traduziu na instituição dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e uma nova condução de tratamento foi iniciada na rede pública, demandando alterações na postura do profissional ante o usuário do serviço. O objetivo desse trabalho é analisar qualitativamente as repercussões dessa nova cultura humanizada da saúde mental nos níveis de adesão ao tratamento dos pacientes em comparação com os antigos hospitais psiquiátricos. Foram analisados documentos oficiais e bibliografia da área e aplicado um grupo focal com pacientes de um CAPS na cidade de Salvador, Bahia, para obtenção dos dados. Os resultados apontam para a conquista de maior autonomia, ampliação nos níveis de informação sobre o adoecimento e tratamento e resgate da sensação de dignidade. O estudo também apontou para a dependência do sujeito ao serviço, indicando uma possível distância entre o CAPS e o meio social. A pesquisa foi submetida à avaliação do Conselho de Ética da UNIFACS (Salvador-BA) via plataforma virtual do CONEP/CNPQ (Plataforma Brasil) e foi liberado para a execução em 03/09/2012 como número 138.391(CAAE 02026212.2.0000.5033).

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Adesão. Cultura assistencial. Grupo focal. CAPS.

¹ Especialista em Psicologia Hospitalar (Faculdade Ruy Barbosa). Técnico da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Bahia (DIVEP-BA) e psicólogo clínico do Instituto Baiano de Análise do Comportamento (IBAAC). tjlabs@yahoo.com.br

² Especialista em Saúde Mental (Universidade Estadual da Bahia – UNEB), Psicopedagogia Clínica e Institucional Técnica (Faculdade São Bento da Bahia) e Psicologia Social Pichoniana (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública). Terapeuta Ocupacional do Caps Ad Pernambuco e do Centro Estadual Especializado de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP). epergentino@hotmail.com

ABSTRACT: The psychiatric care has evolved over time and changed not only the approach to the subject in treatment, but the very own conception of him. This evolution has brought with it advances in therapy, which has incorporated other knowledge beyond the biological conceptions. The traditional models of mental health institutions were also questioned and the Psychiatric Reform movement gave rise to alternative forms of treatment that gathered the people in mental suffering, the society and their families. In Brazil, the movement resulted in the institution of the CAPS (Centro de Atenção Psicossocial – Psychosocial Care Center) and a new treatment management was initiated in public health services, demanding changes in the professional attitude before the service users. The main goal of this study is to proceed with a qualitative analysis of the repercussions of this new mental health humanized culture in the treatment adherence levels comparing to the old psychiatric hospitals. Books, articles and official documents of the area were studied and a focus group was applied with patients of a CAPS in the city of Salvador, Bahia, to obtain data. The results pointed to the achievement of greater autonomy, increased levels of information about the illness and treatment and regeneration of a dignity sense. The study also pointed to the subject's dependence to the service, indicating a possible distance between the CAPS and the social environment. The study was submitted to the UNIFACS (Salvador-BA) Board of Ethics via virtual platform CONEP / CNPQ Platform (Brazil) and was released for execution in 03/09/2012 as number 138 391 (CAAE 02026212.2.0000.5033).

Keywords: Psychiatric reform. Adherence. Care culture. Focus group. CAPS.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos a loucura recebeu diferentes interpretações na sociedade ocidental, tendo atraído no século 18 o interesse especial da medicina, que a definiu como algo ameaçador e digno de confinamento. Mesmo tendo sido o lócus de acolhimento da demanda de saúde mental nos últimos 200 anos, o hospital psiquiátrico passou por críticas que questionam o seu trato com os pacientes. Mantendo todas as características de uma instituição total conforme sinaliza Goffman (2010), o manicômio cumpria a função de custódia e mantinha o doente privado do convívio social, como forma de proteger a sociedade de aborrecimentos com sua má conduta, objetivo compartilhado com as prisões, por exemplo. O trato ao doente mental o afastava do seu meio por considerá-lo danoso e de difícil controle para o grupo social em geral, além de relacionar as origens de sua doença à sua própria família (RESENDE, 1987 apud COLVERO, 2004). Tanto o hospício se

fundamentava nessa ideia quanto ela era reforçada pela estrutura manicomial – que inclui sua disposição física e o funcionamento das relações sociais, marcadas por estereótipos limitados, distanciamento e hostilidade (GOFFMAN, 2010).

No Brasil não era diferente. A parceria entre governo e poder religioso retirou a loucura das ruas e a enclausurou nas Santas Casas de Misericórdia e em prisões públicas, locais onde era entendida como passível de correção via suporte espiritual, reforma moral, maus tratos e repressão física (VECCHI, 2003). A medicina passou a se ocupar do transtorno mental e oferecer-lhe tratamento em direção à cura, porém ainda sem restituir-lhe a liberdade. O tratamento continuou ocorrendo dentro dos hospitais psiquiátricos e nas mesmas condições já expostas. A alteração no curso da história do transtorno mental é o olhar psiquiátrico sobre o fenômeno, que lhe confere o status de condição patológica. É a medicalização da loucura o grande advento da doença mental a partir do século XX que fará as maiores mudanças na qualidade da abordagem aos que sofriam de transtornos mentais. Nesse novo cenário, permanece o hospital e a abordagem coercitiva, porém somam-se a eles a prescrição farmacológica e um “novo status jurídico, social e civil do louco: o doente mental” (CARNEIRO, 2008, p. 211). O hospital passa a ser o foco e tem na figura do médico seu exclusivo condutor do processo terapêutico.

É apenas a partir da década de 1970 que mudanças radicais são propostas e forçadas a acontecer no campo da saúde mental. O tratamento vai deixando a coerção e outras áreas do conhecimento passam a compor uma equipe multidisciplinar que vai atuar junto ao portador de transtorno mental e sua família, mirando a estabilização do transtorno e a ressocialização. No Brasil, desde a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru (ambos em 1987) e com a Declaração de Caracas em 1990, essas novas idéias vão-se transformando em leis que engendram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que pode ser definida como um “movimento sociopolítico ocorrendo no âmbito da saúde pública (...) para reestruturação da assistência Psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde” (BERLINK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p. 22). Para Amarante (2003), essa Reforma é um processo amplo e complexo que não

deve ser considerado apenas uma reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico ou a simples reorganização dos serviços.

O primeiro marco histórico oficial desse movimento acontece com a Portaria Ministerial 224 em 1992, que teve como proposta a regulamentação do funcionamento de todos os serviços de saúde mental (ambulatorios, NAPS/CAPS), incluindo o hospital psiquiátrico (BRASIL, 2004). Em 2001 surge a lei 10.216, que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, reorientando a assistência com a clientela de longos anos de internação e estabelecendo punição para internação arbitrária. Mais tarde em 2002, com a Portaria 336 (que acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria 224/92) e a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é que a reforma dá seu grande salto estrutural e prepara o terreno para a ressocialização do portador de transtorno mental, além de tornar o processo de tratamento mental mais saudável através da redução da hospitalização integral, por ser essa última iatrogênica nos serviços de saúde mental (VECCHI, 2003)³.

Muito embora algumas das idéias utilizadas na concepção do CAPS já tivessem sido propostas em outros movimentos anti-manicomiais na história, esse serviço se caracteriza pelo confronto direto com a hospitalização do portador de transtorno mental. Segundo a Lei 10.216, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, além disso, o documento ainda estabelece as normas para o funcionamento desses recursos que substituem o hospital, demarcando com clareza a ruptura com o modelo até então vigente de atenção em saúde mental (BRASIL, 2001). Dentre essas normas estão o tratamento com humanidade e respeito, a integração da família, o acesso à informação, a proteção contra abusos e explorações e a garantia de sigilo. Os CAPS podem também ser diferenciados quanto ao público que assiste (adultos, crianças ou usuários de substâncias químicas) e ao horário de funcionamento, que pode permitir, inclusive, acolhimento noturno de curta duração para momentos de crise e tem a possibilidade de dispor de uma

³ VECCHI (2003, p.30) define iatrogenia como a possibilidade do tratamento gerar uma condição patológica, ou também como “*uma palavra empregada para indicar a possibilidade de existir a produção de efeito adverso ao terapêutico à clientela, durante o processo de tratamento*”.

equipe multiprofissional com até dez áreas de atuação diferentes, entre profissionais de nível superior e técnico (BRASIL, 2002).

Tal configuração pode significar uma importante mudança qualitativa no olhar sobre o usuário desse serviço. A saída do louco da internação implica entendê-lo como cidadão portador de direitos e desejos e é então que a Reforma Psiquiátrica e humanização da saúde se encontram. Apesar dessa afinidade, dispomos de poucas informações na literatura atual sobre essa parceria e o reflexo dela nos níveis de adesão ao tratamento. É preciso considerar que nos modelos antigos do tratamento psiquiátrico todo o percurso da abordagem ao doente mental era conduzido pelo médico sem considerações pela autonomia dos pacientes, dessa forma, não existia adesão, apenas prescrições a cumprir e os medicamentos eram impostos e manejados nos pacientes compulsoriamente. Ao conferir liberdade ao paciente, humanizando o cuidado e aproximando-o de sua autonomia, lidamos, porém, com fatores antes pouco considerados no curso do tratamento como o risco da recidiva, o abandono e o conseqüente fracasso terapêutico.

1.1 Humanização x adesão

Todo tratamento de saúde traz consigo o poder de desorganizar a vida do sujeito que se trata. Tal desorganização já tem início nos primeiros instantes de instalação dos sintomas, trazendo prejuízos que podem ser incômodos sem interromper o curso normal da vida do sujeito ou alcançar níveis de invasão tais que o portador da patologia seja limitado a priorizar o tratamento em detrimento de qualquer outra atividade cotidiana. Seja qual for a extensão do poder desorganizador da doença, o caminho para restabelecer a condição saudável também é marcado por desorganizações, pois todas as medidas terapêuticas a serem adotadas serão anormais à vida do sujeito e implicam rotina, disciplina, limitações e subprodutos. À relação que tem o doente com esse percurso pode-se chamar adesão. Assim, aderir a um tratamento vai envolver mais do que as capacidades do paciente de entender a receita médica, como o aponta o texto a seguir:

“O conceito de adesão traz à tona o quanto o paciente aceita sua doença, o quanto conhece e aciona seus recursos psíquicos, emocionais e sociais para enfrentá-la. Se e quanto abdica de projetos da vida afetiva e/ou profissional e o quanto isso reflete na forma como conduz seu tratamento. Importa compreender se e como o sujeito realiza exames preventivos, se ele tem comportamentos de risco, enfim, se esse paciente consegue tratar-se” (LIMA, 2006, p.15).

Grande parte da literatura farmacêutica sobre o tema estabelece metas para o bom uso do fármaco a fim de definir o conceito de adesão, que se relaciona diretamente a quanto o paciente consegue seguir as prescrições médicas, ou seja, se toma os remédios corretamente no tocante a horários e doses e se faz um uso racional do medicamento (LEITE, 2003). Gomes (2009) lembra que os registros de dispensação em farmácias são válidos no acompanhamento da progressão clínica e da mortalidade e ainda destaca a importância da abordagem da equipe aos pacientes iniciantes da terapêutica farmacológica, apontando para uma integração de dois aspectos do tratamento, a saber, o farmacológico e psicológico.

Convém lembrar que o ordenamento do uso dos fármacos é um fator de alta relevância para o curso terapêutico e a proposta deste trabalho em analisar conjuntamente outros fatores não tem a intenção de distorcer essa realidade. Seguir corretamente a prescrição é uma condição necessária, mas não a única para o sucesso de um tratamento (LIMA, 2006). Para que aspectos psicológicos e sociais sejam elevados ao primeiro plano, é preciso que a saúde seja entendida além dos limites biológicos e o tratamento além dos objetivos curativos. A mudança nesse referencial acarreta alteração no entendimento de quem é o paciente e seu papel no decorrer do tratamento. O termo adesão hoje faz referência não ao sujeito que obedece, mas ao sujeito que exerce sua autonomia em concordância com o profissional de saúde (LIMA, 2006). Nesse cenário, o paciente é elevado à condição de co-responsável pelo processo terapêutico, no qual ganha o direito de falar o que sente, conhecer seu diagnóstico e os prognósticos.

A discrepância entre os modelos antigos de abordagem para adesão e os mais atuais gerou um questionamento do próprio termo “paciente”. Sugere-se que esse termo venha sendo substituído por “usuário”, para designar aquele

que faz uso do serviço de saúde, evitando as noções tradicionais que a palavra paciente traz. Apesar da tendência atual, consideramos que o mais relevante no debate é promover a mudança na atitude tanto de quem trata, quanto de quem é tratado. A moda dos neologismos na área de saúde parece não ter surtido os efeitos esperados, já que boa parte da literatura da área chame de modelo vigente aquele no qual o paciente é submisso e ignorante quanto ao tratamento e o profissional (médico) o senhor do saber, surdo e cego a outros determinantes da saúde que escapem seus métodos de investigação.

É no sentido de mudança que o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2000), visa alterar a cultura de assistência e saúde e seus objetivos podem ser estendidos para além do hospital e alcançar as portas de entrada do SUS (TEIXEIRA, 2005). É de especial interesse desse trabalho essa extensão, já que as tentativas de humanização dos hospitais psiquiátricos se mostram mais evidentes justamente fora dele e nesse ponto as propostas de humanização da saúde podem contribuir para a qualificação da adesão. Segundo Colombrini, Dela Coleta e Lopes (2008), para o favorecimento da adesão ao tratamento, é imperativo que a equipe cuidadora conheça as especificidades do seu público. Com as mudanças dos antigos modelos de atenção psiquiátrica, muda-se também a relação profissional-paciente e avaliação clínica deixa de ser o recurso único para se aliar ao diálogo a fim de obter sucesso no percurso terapêutico. Tal característica de uma abordagem em serviço de saúde, a saber, o diálogo, é a marca da atenção humanizada. Além disso, humanizar pode ser entendido como o termo antagônico a desumanizar, que engloba atitude tais como tratar alguém como uma coisa, um experimento, um ser inferior⁴ e sem possibilidades de escolha (DESLANDES, 2006). Em contraste a essa concepção já encontramos entre os princípios norteadores da política nacional de humanização – Humaniza SUS (BRASIL, 2006) a co-responsabilização, o desenvolvimento de autonomia e o protagonismo dos sujeitos.

⁴ “A equipe dirigente[das instituições totais] muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes vêem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. Os participantes da equipe tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados” (GOFFMAN, 2010, p.19).

Humanizar a atenção é simetrizar as relações entre profissionais e usuários do serviço, conferindo a esse último o status de participante ativo no seu tratamento e para que alcance sua autonomia, o paciente precisará ser munido de informação adequada, ter suas necessidades particulares bem como sua subjetividade compreendidas pela equipe e ter garantido seu espaço para dialogar e mantidos os seus direitos (OLIVEIRA, 2005; TEIXEIRA, 2005). Toda essa ênfase na subjetividade e no bom relacionamento deve acontecer sem prejuízo no serviço oferecido, a humanização não subjuga o produto final do atendimento, ao contrário, segundo Porto (2010) humanizar é também oferecer ao paciente um ambiente saudável, instalações conservadas, equipamentos seguros e em condições de uso e uma equipe humanizada.

Trata-se, portanto de um processo de mudança, um desafio para desconstruir a cultura assistencial predominante na saúde atual. Como toda mudança cultural, segundo Deslandes (2004), esse processo pode ser lento e gradual e isso pode representar atrasos nos resultados esperados, principalmente se não for acompanhado de esforços nesse sentido. Tal preocupação é exposta na pergunta de Teixeira (2005, p.587):

“[...] como ampliar a capacidade ou simplesmente capacitar os profissionais de saúde para compreender as demandas e expectativas do público para serem mais respeitosos e menos violentos na prestação de cuidados?”.

Infelizmente, não é objetivo desse trabalho investigar possibilidades de intervenção nesse sentido, mas sim de propor uma análise do que a assistência psiquiátrica oferecida nos CAPS (entendidos como unidades formadas sob princípios humanizados) produziu na adesão dos seus usuários em comparação com modelos mais rígidos de atenção – o hospital psiquiátrico. A simples alteração nos formatos de oferta e acesso ao serviço podem não garantir a aplicabilidade dos conceitos humanizadores e, em certa medida, reproduzir o que foi criticado até aqui nos manicômios, como nos lembra Sidrim (2010, p. 44) afirmando ainda que “a humanização do atendimento, o aperfeiçoamento das técnicas de manejo dos transtornos mentais e a criação

de novos espaços de tratamento são condições essenciais para concretização da reforma [psiquiátrica]”.

Ainda que não conste nos manuais dos CAPS, a ênfase na humanização do atendimento oferecido nessas instituições, pode-se identificar em seus objetivos e influências teóricas características da tendência à humanização, já que os CAPS são resultado da transformação no pensamento psiquiátrico, conforme exposto acima, e sua lógica de funcionamento já foi organizada a partir do conflito anti-manicomial, também motivado por ideais humanizados. Para Vasconcelos (2009, p. 163) estão entre as características desejáveis do trabalho no campo psicossocial: o estímulo, a participação e empoderamento dos usuários e familiares e “um processo de recolocação e reproblemática das noções de cuidado e de sua humanização nos serviços”. Ainda, esses serviços são também elementos que constituem uma rede de atenção psiquiátrica no SUS, portanto já incluído na política de humanização desse sistema (Humaniza SUS).

Após o exposto, cabe discutir questões acerca dos equipamentos que substituem os antigos manicômios. A exemplo dos questionamentos de Onocko-Campos e Furtado (2006) sobre o CAPS no que tange à organização dos processos de trabalho, o funcionamento atual, os modelos de clínica, as estratégias de formação e as relações na rede do SUS, este trabalho tem o objetivo de questionar os CAPS no tocante aos resultados produzidos nessas instituições (com sua cultura supostamente humanizada) em relação à adesão ao tratamento de seus pacientes – em comparação com o modelo asilar.

2 OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho é propor um método de avaliação para instituições substitutivas ao manicômio, que permitam estabelecer a relação entre os efeitos da abordagem humanizada ao paciente (característica dos novos serviços em saúde mental) com os seus níveis de adesão ao tratamento. O produto dessa avaliação poderá contribuir tanto para esses serviços – na

medida em que apontem seus erros e acertos – quanto para os estabelecimentos clássicos de internação psiquiátrica – fornecendo-lhes novos direcionamentos para o avanço no trato com o paciente e sua família, enquanto esses hospitais ainda forem necessários.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A primeira etapa do trabalho se constituiu numa revisão de literatura sobre a constituição da instituição manicomial como lócus de tratamento único, o impacto das idéias contrárias ao modelo e as novas concepções trazidas pela luta antimanicomial no Brasil. A revisão bibliográfica também abarcou a concepção de adesão e definições para o que se deseja medir a esse respeito. Tanto a questão antimanicomial quanto a abordagem da adesão estão explícitos nas primeiras sessões desse trabalho. Serviram como fonte livros da área de saúde mental e artigos pesquisados em bases de dados científicas com as palavras-chave adesão, humanização, saúde mental e reforma psiquiátrica. O prosseguimento da avaliação teve na aplicação e avaliação de um grupo focal seu ponto máximo. As experiências de sujeitos oriundos das internações foram a principal fonte de dados para melhor ilustração das diferenças entre as duas propostas de tratamento e os reflexos da cultura de humanização para adesão ao tratamento.

Foram participantes da análise pacientes convidados de um CAPS II na cidade de Salvador-BA, obedecendo aos seguintes critérios:

- a) Idade maior ou igual a dezoito anos;
- b) Tempo de tratamento em hospital psiquiátrico superior ao tempo de internação rápida permitida num equipamento alternativo ou internações seguidas ao longo do tratamento pré CAPS;
- c) Condição atual de recuperar dados do seu histórico de tratamento e
- d) Preservação da compreensão geral sobre o transtorno ou de seus sintomas.

O grupo contou com a participação de dez participantes, porém esse número pode variar segundo a literatura consultada entre seis e doze e o

número de grupos com pacientes diferentes também pode variar de acordo com a disponibilidade do serviço e de pacientes que se enquadrem nos critérios acima expostos. Foi apresentado aos pacientes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual declararam ter conhecimento dos propósitos do estudo, afirmaram sua livre intenção em participar e garantiram o absoluto sigilo quanto à revelação de suas identidades em possíveis publicações, reforçando o caráter autônomo da decisão do sujeito (TEIXEIRA; NUNES, 2008). O documento também deixou claro que o sujeito tinha o direito de interromper sua participação a qualquer momento da sessão grupal, sem acarretar prejuízos na qualidade do seu atendimento.

A duração total da sessão de um grupo focal pode variar entre os autores, como aponta Romero (2008). No método proposto por esse estudo, a sessão durou uma hora trinta minutos e foi realizada numa sala climatizada e com acesso restrito aos participantes do grupo para a devida garantia do sigilo. A sessão foi conduzida pelos pesquisadores, sendo que um atuou como mediador no momento da sessão e outro especificamente como observador e relator durante o grupo focal. Num momento posterior os pesquisadores acumularam as funções de transcritor e analista dos dados. A sessão foi gravada em equipamento de áudio que permitiu aos analistas recuperar a discussão a fim de proceder sua análise. O grupo foi devidamente informado do registro e orientado a evitar citações nominais durante a sessão, para maior conforto dos próprios pacientes. Considerando o público, é possível que essa orientação tenha utilidade especial em grupos nos quais constem pacientes em cujas crises estejam incluídos os delírios persecutórios.

A reunião foi precedida por uma explicação sobre os objetivos do estudo e do tempo para assinatura do termo de consentimento. Para evitar dificuldades na compreensão do público com baixo nível de instrução, as orientações foram objetivas e claras, bem como o tema foi exposto de forma simples, com o seguinte título: *Diferenças entre a internação e o CAPS*. A pesquisa foi submetida à avaliação do Conselho de Ética da UNIFACS (Salvador-BA) via plataforma virtual do CONEP/CNPQ (Plataforma Brasil) e foi liberado para a

execução em 03/09/2012 como número 138.391(CAAE 02026212.2.0000.5033).

Abaixo os itens de debate no roteiro proposto:

A) Histórico de tratamento na internação

A.1 Qualidade do cuidado – Questões sobre a abordagem e relacionamentos com a equipe cuidadora durante os períodos de internação.

A.2 Evolução do tratamento – Avaliação das vantagens da internação para a obtenção de melhoras em relação ao quadro sintomático que originou o ingresso no hospital.

B) Atualidade do tratamento no caps

B.1 Qualidade do cuidado – Questões sobre a abordagem e relacionamentos com a equipe cuidadora ao longo do tempo de vínculo com o CAPS (ou outra instituição semelhante).

B.2 Evolução do tratamento – Avaliação das vantagens do modelo aberto de tratamento para a obtenção de melhoras em relação ao quadro sintomático que originou o encaminhamento para o CAPS (ou outra instituição semelhante).

C) Resultados obtidos

C.1 Frequência de crises

C.2 Adoção de comportamentos favoráveis à manutenção do bem-estar

C.3 Uso correto dos medicamentos

C.4 Compreensão adequada da doença e do tratamento

Uma possibilidade de obtenção de dados complementares aos fornecidos pelos pacientes é aplicar o roteiro com algumas adaptações a grupos de família. Deve-se considerar, entretanto, que nesse estudo a família não é objeto direto da avaliação, pois a própria percepção de comportamentos relativos ao transtorno e ao tratamento por parte do sujeito que os vivencia já se relaciona com a adesão ao tratamento.

3.1 A opção pelo grupo focal

O grupo focal é um instrumento de análise qualitativa utilizado para obter dados aprofundados sobre um determinado tema junto a uma amostra de um público alvo específico através da fala dos participantes, permitindo que expressem suas concepções, impressões e conceitos sobre o tema (NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002) e vem sendo utilizada na área da saúde desde a década de 1980 (muito embora só a partir da década seguinte é que existam publicações sobre experiências da área com grupos focais). Mais relevante do que os números que generalizam padrões de comportamento em relação ao tratamento (possíveis de verificar em registros de frequência a grupos e oficinas, na dispensação farmacêutica, etc.), cabe aqui investigar em detalhes as causas desses padrões e o que os mantém, para que aponte futuras intervenções. A técnica de grupo focal é essencialmente interativa e oportuniza a produção de dados nesse contexto (IERVOLINO, 2001). O isolamento do sujeito eliminaria uma dos objetivos e marcas dos CAPS, a interação, seja social, familiar ou com os profissionais de saúde.

A proposta pelo grupo focal tem o objetivo de obter dados e não se configura como estratégia de intervenção terapêutica. As figuras do mediador e do observador não devem ocupar lugar central no processo desse tipo de grupo, evitando relações transferenciais que em nada dizem respeito aos objetivos desse trabalho. Segundo Romero (2008), o mediador deve atuar estimulando o debate livre quando for necessário. Ao longo do debate, cabe também ao mediador controlar o tempo, evitar monopolização do discurso,

estimular os menos participativos, solicitar esclarecimento de pontos específicos, levantar questões sobre o tema e fazer bom uso do roteiro de perguntas (IERVOLINO; PELICIONI, 2001; GOMES, 2005).

4 RESULTADOS

No primeiro item (A) de discussão proposto para o grupo foram debatidos os detalhes do histórico de internação psiquiátrica sob dois principais aspectos: a qualidade do cuidado (quesito A.1) e a evolução do tratamento (quesito A.2). O propósito desse item é oportunizar aos pacientes a caracterização e conseqüente avaliação do percurso de tratamento, ilustrando os achados na literatura da área, expostos nas sessões anteriores desse trabalho. Por essa razão, foram escolhidos os enfoques do cuidado e da evolução do tratamento, dizendo respeito aos interesses principais da pesquisa, a saber, a humanização e a adesão, respectivamente.

No sub-item A.1(Qualidade do cuidado) foi possível verificar a ocorrência de relatos negativos e positivos em relação à avaliação do cuidado recebido dentro de uma instituição psiquiátrica. Na fala dos participantes estão os elementos já conhecidos como característicos de instituições totais e dos manicômios como maus tratos, recorrentes contenções físicas e químicas, abordagem hostil e ociosidade.

“tomou remédio, comeu, dormiu. Era igual a porco”.

“[...] não era bom, mandava eu tomar banho, eu não queria... me forçava a tomar banho, queria tirar minha roupa na raça...”

“passei dez anos internado... a gente pedia para ir ao banheiro, eles não deixavam, dava gravata, era terrível, nunca gostei...”

Para os participantes, o cuidado desumanizado era comum a qualquer classe profissional da instituição, incluindo também os responsáveis pela segurança patrimonial, sendo que, aos profissionais de saúde era-lhes facultado o direito de assim proceder com os internos em casos de violência física potencial, como está ilustrado nas seguintes falas de dois participantes:

“você quer agredir médicos, todo mundo. Tem que conter”;

“até os vigilantes davam gravata. Não só os profissionais, como técnico de enfermagem que, entre as aspas, tinham o direito, mas todos davam gravata. E tinha a contenção, que era uma humilhação até para os nossos familiares quando iam lá nos visitar”.

O grupo também destacou a percepção de mudança nessas condições de tratamento mesmo antes do advento dos CAPS. Houve na fala grupal uma separação entre a avaliação dos usuários com histórico antigo e recente de tratamento, sendo o primeiro já exposto e o segundo marcado por relações respeitadas, ausência de violência física e respeito à privacidade. Na opinião dos participantes, os mesmos hospitais nos quais receberam um atendimento desumano, atualmente já mostram evoluções nesse sentido, conforme exemplificou alguns dos participantes:

“é como se tivesse um gráfico crescendo, melhorando, melhorando, melhorando, até que chegou no CAPS”;

“[...] agora lá (no hospital psiquiátrico), tá diferente...”;

“[...] mas agora tá melhorando, não tá tendo mais gravata, acredito até que os medicamentos têm melhorado...”.

Além da distância temporal entre as internações, outras diferenças importantes no tocante ao cuidado dispensado ao usuário dizem respeito às alas particulares e infantis, ambas com relatos de satisfação:

“eu já fui internado mais de mil vezes... no começo eu ficava no SUS e depois no particular. No hospital (particular) qualquer um da família me internava, o tratamento lá era mil por cento...”.

“[...] com o tempo, os meses que eu ficava internado foi diminuindo: cinco meses, depois quatro meses, depois quinze dias...”.

No tocante à evolução do tratamento (Item A.2) nesse modelo de atenção, o grupo destacou a remissão de sintomas enquanto durava a internação. Houve concordância geral na avaliação de que o hospital psiquiátrico colaborava para a contenção de crises e mantinha o uso ajustado dos medicamentos prescritos, contudo, o grupo destacou o alto custo da

manutenção do tratamento e da não eclosão de sintomas ao se referir às condições expostas no item anterior como sustentadoras do aparente sucesso terapêutico. Quando retirados do ambiente hospitalar, os pacientes entrevistados relataram falhas no seguimento farmacológico e o conseqüente retorno das crises.

“voltava com quinze dias, oito dias depois, por causa da medicação, entendeu? Porque em casa eu não tomava”;

“eu achava melhor eu lá dentro, internado”;

“eu melhorava e muito. (os sintomas) melhoraram (...) tratei todo mundo bem, a auxiliar de enfermagem (...) o conjunto das coisas foi o que me fez melhorar”.

Outro ponto abordado pelo grupo – e potencial colaborador para alterações do comportamento – foi o ambiente social produzido dentro das instituições psiquiátricas. Além disso, a limitação social e o afastamento de hábitos e prazeres extra-hospitalares foram citados como produtores de respostas emocionais negativas e intensas.

“às vezes estava acontecendo um natal, alguma coisa, sabendo que estava acontecendo tudo lá fora, causava até um trauma”.

Nesse item o grupo fez referências constantes às estruturas dos hospitais e, repetindo o item anterior, aos cuidados lá recebidos, mantendo as mesmas diferenças em sua avaliação. Foi necessário esforço contínuo do mediador para evitar a confusão entre os dois itens e a perda dos dados sobre a adesão ao tratamento nas condições de internação.

Dois temas periféricos puderam ainda ser percebidos nas falas dos pacientes nesse item. Em primeiro lugar, a queixa direcionada ao hospital se confunde com uma demanda social do grupo entrevistado, como exemplifica a eleição de um determinado manicômio como ideal (e desejar o retorno a ela) por parte de paciente apenas por esta instituição lhe dispensar alimentação de sua preferência e em grande quantidade. Em segundo lugar, embora não

apareça explicitamente nas falas do grupo, as seguidas rachaduras na adesão ao tratamento medicamentoso apontam na direção da ausência de suporte familiar, que compreende troca afetiva, coesão grupal e compreensão das informações concernentes ao tratamento.

Em relação aos cuidados recebidos no CAPS (item B.1) foi verificado entre o grupo satisfação geral, excluídas queixas pontuais com determinados profissionais no tangente à postura desses com o paciente, sem generalizações à equipe. A expressão mais comum e utilizada pelos participantes para descrever como se sentem no ambiente do CAPS foi “me sinto bem”, justificada pela oportunidade de diálogo, consulta à opinião dos usuários, checagem de necessidades individuais, abordagem humanizada em momentos de agitação e relações saudáveis. Dois destaques importantes foram feitos sobre a possibilidade do uso da liberdade individual e a flexibilização das relações e castas sociais dentro do serviço, ilustradas no depoimento abaixo:

“Quando em conheci o CAPS em 2010 eu até brinquei com uma técnica depois, dizendo que merecia o premio Nobel da paz quem inventou o CAPS (...) por causa da liberdade que o CAPS dava ao paciente. Eu comecei a notar que a gente ia ter uma liberdade, ia ser tratado de pessoa para pessoa. Não estava sendo tratado com diferença. Não por que o profissional tem um grau de instrução (...) ou por causa da doença. A gente tinha liberdade de ir e vir, que é a grande liberdade que eu acho do CAPS”.

Além da liberdade de freqüentar o CAPS, a maioria dos participantes destacou como benefício deste serviço, o fato de o mesmo se constituir como um local para distração e ocupação do tempo. Por outro lado, foi possível constatar através dos discursos dos participantes a falta de opções para ocupar o tempo livre quando não estão no CAPS:

“Aqui é bom, passa o tempo, é uma distração...”;

“sábado e domingo também me sinto assim (deprimida) quando não estou no CAPS”.

Em contraste com o retrato da internação realizado nos itens anteriores, o ambiente social do CAPS é descrito como saudável, incluindo a prática da socialização nas relações com outros pacientes como colaborador do tratamento:

“aqui eu me sinto útil. Se estivesse lá (no internamento) me sentiria inútil. Não ia poder ajudar a quem precisa (...) eu fico aqui, me cuido e estou ajudando uma pessoa”.

Entre os pontos negativos estão uma queixa isolada de furto e outras queixas relacionadas à estrutura física, qualidade da alimentação dispensada e faltas corriqueiras dos medicamentos prescritos.

Na descrição da evolução do tratamento no CAPS (correspondente ao item B.2) o grupo foi sucinto. Os relatos apontaram para a convivência com sintomas recorrentes e maior controle, apesar de crises esporádicas, segundo as falas extraídas da sessão:

“não to conseguindo melhorar não. Ouço vozes, ouço vultos (...), ouço negócio de morte, ouço carro passando por cima de mim”;

“A minha maior decepção é o fato de eu estar ouvindo vozes e vendo vultos”;

“eu não vejo vulto, não ouço voz, mas tem vezes que eu ouço voz e choro muito”.

Os participantes destacaram ainda a colaboração de uma equipe técnica variada e próxima dos usuários, o uso correto dos medicamentos e a participação em oficinas e grupos terapêuticos oferecidos na unidade. Definiram que, de maneira geral, em relação ao controle de sintomas tratam melhor no CAPS, como resumiu uma participante:

“Se não fosse aqui nesses três anos já estaria internada não sei quantas vezes”.

No concernente ao uso das medicações no CAPS, vale ressaltar que a maioria relatou uma melhor compreensão sobre a função das mesmas, o que

não ocorria durante as internações no hospital psiquiátrico como constatado no relato de um dos usuários:

“[...] a gente se internava e gritavam ‘remédio, remédio!’ Botava na mão assim e tomava...”

O último tópico do debate foi sub-dividido em quatro pontos principais para fins de amostragem didática, contudo foram discutidos de maneira fluida pelo grupo. O grupo foi quase unânime ao informar a redução na frequência de crises (item C.1) ao longo do tratamento realizado no CAPS. Apenas um dos participantes se manifestou contrariamente. O grupo relacionou a ocorrência de sintomas (ainda que não configure a crise de sua doença em todos os seus espectros) nos finais de semana, quando não têm acesso ao CAPS:

“Quando eu não venho para a terapia eu fico mal (...) eu fico agressiva, querendo correr...”

Por outro lado, foi destacada a importância do CAPS nesse item como meio que possibilita a manutenção da vida sem sintomas ou com o abrandamento desses, conforme ilustra o depoimento abaixo:

“Sinto depressão, distúrbio de comportamento, não giro muito bem da cabeça, meu problema psiquiátrico é seríssimo, mas o CAPS me ajudou bastante”

A avaliação da frequência de crises disparou o tópico seguinte sobre o aprendizado de comportamentos que colaborem para a manutenção de seu bem-estar (item C.2). O CAPS foi avaliado positivamente como facilitador de tal aprendizado, considerado impossível no modelo anterior de tratamento. O grupo ressaltou a importância da abordagem próxima e humanizada (descrita como orientação) como condição para a aquisição de novos comportamentos. Houve dificuldade para os participantes em diferenciar o tema do tópico do seguimento adequado da prescrição farmacológica, correspondente ao item seguinte.

Sobre o uso correto dos medicamentos (item C.3), os usuários voltaram a destacar o CAPS como principal agente promotor da compreensão e do conseqüente uso racional do fármaco prescrito. Relacionaram como facilitadores desse processo uma oficina específica para esse fim realizada pelos técnicos da unidade, a aproximação de familiares para a administração doméstica e a abordagem dos técnicos de referência. Nas falas do grupo o entendimento geral para seguir usando medicamentos é de evitar crises e não agredir ninguém. Como limitações ainda vivenciadas nesse aspecto do tratamento, o grupo mencionou uma dificuldade em relacionar nome, função e cor dos medicamentos e o conhecimento exato do seu funcionamento do organismo, destacada na fala a seguir.

“Dificuldade de saber quimicamente o que o remédio vai ativar na memória”.

Em que pese o grupo ter identificado tal dificuldade, houve concordância entre os participantes ao avaliar que o conhecimento sobre medicamentos vem se ampliando no CAPS e era inexistente no hospital psiquiátrico, apesar de terem registro dos nomes e das razões de uso de alguns dos fármacos utilizados ao longo das internações. A atuação do profissional de farmácia e sua postura facilitadora foram destacadas como imprescindível para o processo.

Casos isolados de falhas no seguimento farmacológico foram citados e avaliados pelo grupo como exceção e sem relação com o que é vivenciado pelos participantes e outros usuários do serviço.

Finalmente, no último item (C.4 – compreensão adequada da doença e do tratamento), os participantes retornaram a temas debatidos nos itens anteriores e elencaram as características do CAPS que lhes permitiram avanços nunca antes conquistados em anos de tratamento em manicômios, a saber, o contato social, a aproximação da família, a abordagem dos técnicos e o tipo de relação estabelecida entre equipe e usuários.

Os usuários ainda destacaram o engajamento individual do paciente em seu processo de manutenção da saúde e a possibilidade de aprendizado

oferecido pelo CAPS como recursos para a boa compreensão da relação saúde/doença. Abaixo duas falas ilustrativas:

“não era o fim do mundo quando a pessoa falava da doença mental [...] Deus não tava de mal comigo [...] foi alguma coisa na genética, não sei o que foi, mas tem tratamento, vamos tocar as coisas para frente. Eu vejo que ta dando resultado”;

“terminei aprendendo coisa que não conseguia conviver com a doença, sabendo que ela está ali do lado, sabendo que ela pode me vencer se eu deixar”.

5 DISCUSSÃO

Após a análise dos dados obtidos pelo grupo focal, foi possível observar nos discursos a perda de autonomia e identidade sofrida pelos usuários durante sua trajetória nos hospitais psiquiátricos, onde, na maioria das vezes, os seus direitos de escolha e cidadania eram desrespeitados, além da exclusão do seu contexto sócio-cultural.

Tal situação contrasta com as orientações da Lei 10.216/01 que trata dos direitos e proteção do portador de transtorno mental. A referida Lei pontua a obrigação de dispensar um tratamento com humanidade e respeito além de proteger contra quaisquer formas de abuso e exploração (BRASIL, 2004). Com o advento da Reforma Psiquiátrica avanços foram feitos e sentidos nos manicômios atuais, conforme relatado pelos participantes, apesar de serem melhor percebidos nos serviços que os substituem, em especial, o CAPS.

Koda (2003, p. 69) afirma que este processo de mudança na Saúde Mental requer reflexões acerca do que se está constituindo a partir das práticas desenvolvidas nos serviços substitutivos para que não repita antigos modelos (manicomiais) sob novas roupagens:

“O processo de desconstrução do modelo asilar implica a contraposição ao discurso manicomial, constituído ao longo dos séculos. Tal passagem se opera por meio da transformação de discursos e saberes, dos sentidos atribuídos ao tratamento no âmbito da Saúde Mental, e do deslocamento das posições costumeiramente ocupadas por profissionais e usuários” .

Diante da análise das práticas de atendimento no CAPS constatadas no relato dos participantes, percebemos que, acolhê-los, respeitando a sua singularidade e a liberdade de suas escolhas, são estratégias oferecidas pela equipe técnica e que podem favorecer o protagonismo e, conseqüentemente, a co-responsabilização desses usuários com seu tratamento. Além disso, a liberdade de circulação que estes novos dispositivos proporcionam tem contribuído na promoção da autonomia como foi relatado no grupo. Tsu (1993, p. 27) aponta que é relevante abordar o fenômeno loucura numa perspectiva dialética, ou seja, “na crença de que é impossível obter conhecimento acerca do homem sem levar em conta, o tempo todo, o fato de que é, essencialmente, um ser social e histórico”.

Dessa forma, já que a loucura pode afetar as redes de relações sócio-culturais no qual o indivíduo está inserido, este novo modelo de assistência tem contribuído no fortalecimento dos vínculos sociais através de visitas domiciliares e na comunidade, dentre outras intervenções psicossociais, mas que por outro lado pode-se perceber fragilidades na articulação com as redes de suporte social a partir de relatos do sobre as dificuldades nos finais de semana – tempo que os usuários não dispõem do CAPS e/ou não têm opções de lazer ou outras atividades laborais. Muito embora a falha não seja apontada diretamente para o CAPS, ela é um ponto crucial na sustentabilidade da rede e da oferta de tratamento. O meio sócio-familiar é antes de tudo integrante do CAPS na medida em que este é um centro de atenção psicossocial e o alcance de um novo entendimento do transtorno mental pela sociedade em geral é objetivo da mesma reforma que engendrou os CAPS.

A extensão social da atuação desses atuais centros de atenção tem ainda relações com a recorrência de sintomas, citadas pelos pacientes como freqüentes tanto num CAPS quanto num hospital psiquiátrico. Não apenas por ausência de suporte familiar, mas também por questões macroestruturais da nossa sociedade. O perfil sócio-econômico dos usuários do serviço indica que são moradores de bairros desfavorecidos, sem acesso ao mercado de trabalho e carentes de instrução formal. Soma-se a esses fatores a constante convivência com a violência, distanciamento de outros serviços públicos essenciais, más condições de moradia e de acesso ao transporte, além de

episódios de discriminação social, racial, de gênero e decorrentes do fato de serem portadores de transtorno mental. A eclosão de sintomas pode funcionar como um recurso de enfrentamento a toda essa realidade. Ao invés de combatê-la, rompe com ela.

Neste cenário de mudanças na assistência às pessoas com transtorno mental, o CAPS deve ser um “[...] espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde” (AMARANTE, 2003, p. 61). Nesse sentido, os relatos dos usuários evidenciam avanços na capacidade de auto-cuidado dos usuários, ou pelo menos, ampliação no conhecimento acerca do que sofrem, distanciando de causas místicas, religiosas ou que remetam a punições e merecimento.

A simples reorganização do tratamento e o deslocamento deste para unidades abertas poderiam não ser suficientes para produzir saltos de qualidade objetivados pela Reforma. Ao longo da discussão os pacientes fizeram constantes referências às transformações nas relações ocorridas dentro do CAPS e também atualmente nos manicômios. Não só a liberdade foi devolvida a esses seres humanos, mas principalmente, eles são agora tratados com humanidade, o que significa dar-lhe seus direitos e condições de cumprir seus deveres – aqui entendidos como os comportamentos direcionados para a adesão ao tratamento.

De acordo com Veroneze e Benfica (2010), o afastamento da família, do trabalho e das atividades cotidianas conseqüentes à hospitalização são fatores que atrapalham a adesão. NO CAPS, o paciente pode manter-se em contato com esses fatores com o mínimo de alteração em sua rotina de vida. Contudo, não se pode afirmar que o CAPS é um modelo isento de críticas só pelo fato de não reproduzir as mazelas verificadas na estrutura asilar que conhecemos. No regime aberto de tratamento, afastamentos do paciente podem ser possíveis ao longo de sua vinculação com o serviço, reproduzindo o que Dalgarrondo (1995) chamou de *fenômeno da porta giratória*, substituindo apenas a internação pelo regime intensivo dentro do CAPS.

Muito embora a maioria dos entrevistados afirme que o CAPS tem contribuído no processo de compreensão da relação saúde-doença, pudemos perceber implicitamente nos relatos dos usuários ainda o paradigma psiquiátrico da doença-cura (sujeito-objeto) ao reforçarem diversas vezes o uso correto das medicações como fator primordial na adesão ao tratamento. Amarante (2003, p.32) propõe transformações na Saúde Mental no campo teórico assistencial como a desconstrução de conceitos e práticas psiquiátricas e psicológicas em relação à visão sobre a doença mental (doença-cura) para o conceito atual de *existência-sofrimento* do sujeito na sua relação com o corpo social, paradigma estético, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social”. O autor enfatiza ainda que as estratégias da desinstitucionalização propostas por Franco Basaglia na Itália, implica também mudanças no contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano:

“[...]significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. A psiquiatria colocou o sujeito entre parêntesis para ocupar-se da doença; para Basaglia, a doença é que deveria ser colocada entre parêntesis para que se tornasse possível se ocupar do sujeito em sua experiência” (AMARANTE, 2003, p. 55-56).

Esta atitude epistemológica não significa negar a doença no sentido de não reconhecer a experiência de sofrimento, mas sim de uma denúncia social e política da exclusão e crítica ao saber e à prática psiquiátrica que, ao adotar a loucura como doença, criou um “lugar de exclusão, um lugar zero de trocas sociais” (AMARANTE, 2003, p.56), que se perpetua ainda na atualidade nas relações sociais dos que sofrem com transtornos mentais.

Trata-se, portanto de re-configurar a cultura da assistência – e não somente o seu formato – dentro das instituições e mirar outros avanços sociais. Apesar de duas décadas de luta antimanicomial, a época ainda é de transição e o mau uso dos novos equipamentos de assistência ao transtorno mental podem servir à manutenção daquilo que se tem lutado contra, como salientam Od, Banzato e Contel (1995, p. 93), “como não poderia deixar de ser, a cultura secular hospitalocêntrica do asilamento pode usar o Hospital Dia para

renascer”, sendo possível relacionar a descrição dos autores dos Hospitais Dia do modelo atual dos CAPS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da análise proposta não deve se restringir somente aos CAPS. A assistência em saúde mental pode ser organizada em diversos estabelecimentos, a saber: hospital geral, unidades de saúde da família e hospitais de custódia. Por mais avanços que tenhamos feito no Brasil no trato com a loucura, os hospitais psiquiátricos ainda existem e existirão por algum tempo mais. O que os torna indignos dos programas de humanização? Nos últimos dez anos é possível que se tenha produzido conhecimento suficiente para a transformação dos hospitais psiquiátricos remanescentes e tal produção se deu primordialmente no CAPS. A interlocução entre CAPS e manicômio pode funcionar como um retorno da produção humanizada para dentro do internamento e influenciar as relações nas mais variadas modalidades de atendimento (internação, ambulatório, hospital-dia, etc.) até que seja finalmente extinto.

Os esforços da Reforma Psiquiátrica no Brasil “orientam as transformações nas relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuário e famílias em busca da desinstitucionalização e da humanização das relações” (RIBEIRO, 2011, p. 83). Cada etapa desse processo só foi possível devido ao questionamento do modelo manicomial, ainda presente na assistência ao doente mental. Por essa razão, avaliar o CAPS se constitui como uma etapa na formação continuada de um modelo que evite a dependência não só das internações, mas também das instituições e permita o desenvolvimento de autonomia do paciente em relação ao seu próprio tratamento. Logicamente, para haver sucesso nesse objetivo, é preciso também avaliar outras faces da atenção psicossocial além da adesão ao tratamento, a saber, a própria re-inserção social do sujeito, as relações

familiares e a garantia de seus direitos, que permanece como opção para outros estudos na área⁵.

A análise dos dados deste trabalho sugere que as abordagens humanizadas avançaram no trato ao portador, porém, este ainda segue muito dependente da instituição no que diz respeito à adesão ao tratamento devido ao déficit social no qual estão inseridos os usuários do CAPS. Os progressos da Reforma se fazem sentir principalmente dentro dos CAPS, com o uso freqüente deste serviço pelos usuários, que produz indivíduos mais informados sobre sua doença e tratamento (incluindo o uso adequado dos fármacos), mas ainda sem respaldo social para usar com autonomia sua liberdade.

Para outras formas de ilustrar as disparidades entre o hospício e seus substitutos atuais, é possível também combinar a técnica aqui proposta com estudos de caso ou intervenções (grupos terapêuticos ou oficinas) que contribuam com novos elementos na formação da rede de assistência em saúde mental. Após a utilização desses recursos sugere-se a publicação da análise dos dados de forma que novas práticas se consolidem dentro das instituições de saúde mental. Cabe lembrar que os CAPS não são os únicos centros que lidam com o transtorno mental, ainda que atraiam grande parte da atenção dos estudantes e profissionais da área. Ribeiro (2011), mostra em seu trabalho que os hospitais de custódia ainda reproduzem antigos estigmas em torno da loucura e não oferecem tratamento digno e efetivo aos seus internos, se constituindo como espaço ainda inalcançado pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica In: AMARANTE, Paulo (org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. RJ: NAU, 2003, p. 45-63.

⁵ Para Goulart (2008, p. 93), as leis que amparam a Reforma Psiquiátrica no Brasil são uma inversão na lógica assistencial caracterizada pelo higienismo e eugenia e “dão lugar a uma preocupação com a constituição da cidadania do portador de sofrimento e usuários dos serviços, abrindo perspectivas, não mais de controle de populações urbanas, mas de afirmação de direitos”.

BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Trad. Sonia Soianesi e Maria Celeste Marcondes. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA; Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 11, n. 1, Mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5ª ed. Brasília:Ministerio da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 04 de Jan. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Série C Programas, projetos e relatórios. Número 20. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece as modalidades de CAPS definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em 04 Jan. de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 2, Jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Dez. 2011.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 4, Dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Dez. 2011.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; DELA COLETA, Marília Ferreira; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, Set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Dez. 2011.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 2, Jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Dez. 2011.

DALGALARRONDO, Paulo. Enfermarias de psiquiatria. In: BOTEGA, Neury José (Org.). *Serviços de saúde no hospital geral*. Campinas, SP: Papyrus, 1995. p. 23-34.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Dez. 2011.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 8ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.

GOMES, Alberto Albuquerque. Apontamentos sobre a pesquisa em educação: usos e possibilidades do grupo focal. *Eccos – Revista Científica*. São Paulo, volume 7, n. 2, 2005. p. 275-290.

IERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Volume 35, n. 2, 2001, p. 115-121.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Universitário, 1988.

GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Dez. 2011.

GOULART, Maria Stella Brandão. A constituição dos serviços ambulatoriais de saúde mental: nossa história em questão. In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas; VIEIRA, Rita de Cássia (orgs.). *Instituições e psicologia no Brasil*. Brasília, DF: Nau, 2008. p. 79-96.

KODA, Mirna Yamazato. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. RJ: NAU, 2003, p. 67-87.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciências & saúde coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Dez. 2011.

LIMA, Helena Maria Medeiros. *Adesão ao tratamento de HIV/AIDS por pacientes com HIV, tuberculose e usuários de drogas em São Paulo*. 2006. 185 f. Tese (Doutorado em epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/.../HelenaLimaEpidemio06.pdf>. Acesso em 04 Jan. 2012.

NETO, Otávio Cruz; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, n.18, Ouro Preto, MG. *Anais*. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em 09 Dez. 2011.

ODA, Ana Maria G. Raimundo; BANZATO, Cláudio Eduardo Muller; CONTEL, José Onildo. Hospital-dia. In: BOTEGA, Neury José (Org.). *Serviços de saúde no hospital geral*. Campinas, SP: Papirus, 1995. p. 83-95.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Dez. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, Maio 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Jan. 2012.

PORTO, Olívia. *Psicopedagogia hospitalar: Intermediando a humanização na saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2008.

RESENDE, H. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In: Tundis SA, Costa NR. organizadores. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1987. p. 15-73.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. *Da razão ao delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. Curitiba: Juruá, 2011.

RODRIGUES, Fernanda Deotti; GONZE, Gabriela Guerra, BENFICA; Tânia Maria Silva. A inserção da residência no Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência: considerações preliminares. In FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares (Org.). *Psicologia Hospitalar e da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 145-165.

ROMERO, Sonia Maria. A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. In: SCARPARO, Helena (org.). *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas*. 2ª Ed, Porto Alegre: Sulina, 2008. p.84-104.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. *As representações sociais da reabilitação psicossocial: Um estudo sobre os CAPS*. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Dez. 2011.

TEIXEIRA, Rita Petrarca; NUNES, Maria Lucia Tiellet. Em busca da autonomia: o uso do termo de consentimento em pesquisa. In: SCARPARO, Helena (org.). *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas*. 2ª Ed, Porto Alegre: Sulina, 2008. p. 27-38.

TSU, Tânia Aiello. *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: Edusp, 1993.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Dez. 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Abordagens psicossociais – Volume 1: História, teoria e trabalho no campo*. 2ªed. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

VECHI, Luís Gustavo. *Marcas da iatrogenia no discurso de profissionais em hospital-dia*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: Marco, 2003.

VERONEZE, Cristiane Berriel; BENFICA, Tânia Maria Silva. Grupos terapêuticos como dispositivo de cuidado na hospitalização. In FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares (Org.). *Psicologia Hospitalar e da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.