



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

GEÓRGIA DANTAS MACEDO

“OS LOUCOS ESTÃO SOLTOS”: Um estudo sobre a cotidianidade de egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos de Campina Grande-PB.

CAMPINA GRANDE – PB
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

- M1411 Macedo, Georgia Dantas.
“Os loucos estão soltos” [manuscrito]: Um estudo sobre a
cotidianidade de egressos de longas internações em hospitais
psiquiátricos de Campina Grande-PB / Georgia Dantas Macedo. –
2011.
52 f.
- Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba. – Fundação
Oswaldo Cruz, 2011.
“Orientador: Profa. Ma. Monilly Ramos Araújo Melo,
Departamento de Psicologia”.
1. Transtorno mental. 2. Saúde mental. 3. Inclusão Social. I.
Título.

CDD 21. ed. 618.89

GEÓRGIA DANTAS MACEDO

“OS LOUCOS ESTÃO SOLTOS”: Um estudo sobre a cotidianidade de egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos de Campina Grande-PB.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com o Ministério da Saúde, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientadora: Prof^ª Ms. Monilly Ramos Araújo Melo

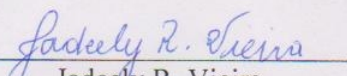
CAMPINA GRANDE – PB
2011

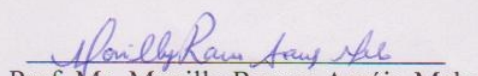
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

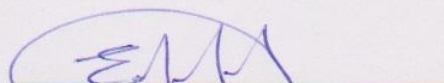
ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA

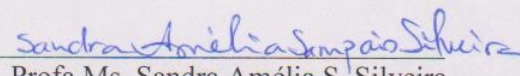
Aos oito dias do mês de junho do ano de dois mil e onze, às dez horas, na sala 02 - 2º andar do Prédio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual da Paraíba, reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada para o exame da monografia da aluna **GEÓRGIA DANTAS MACEDO**. Foram componentes da banca examinadora os professores: Ms. Monilly Ramos Araújo Melo (Orientadora), Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira (examinadora), Dr. Edil Ferreira da Silva (examinador). Compareceram à cerimônia, além da examinada, alunos da pós-graduação em Saúde Mental e interessados em geral. Dando início aos trabalhos, a presidente da banca, Profa. Ms. Monilly Ramos Araújo, após declarar o objetivo da reunião, apresentou a examinada **GEÓRGIA DANTAS MACEDO** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que dissertasse sobre a sua monografia, intitulada: ***“OS LOUCOS ESTÃO SOLTOS: UM ESTUDO SOBRE A CONTINUIDADE DE EGRESSOS DE LONGAS INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE CAMPINA GRANDE-PB”***. A candidata foi a seguir argüida pelos examinadores na forma regimental. Ato contínuo passou à comissão, em secreto, à avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito: APROVADA, o qual foi proclamado pela presidência logo que esta foi franqueada ao recinto da solenidade pública. Face à aprovação, declarou a presidente achar-se a examinada **GEÓRGIA DANTAS MACEDO** legalmente habilitada a receber o certificado de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, cabendo a Universidade Estadual da Paraíba, providenciar, como de direito, a expedição do certificado ao qual a mesma faz jus. Nada mais havendo a tratar, eu Jadcely Rodrigues Vieira (Coordenadora da Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial UEPB/MS), lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada, assino juntamente com todos os membros da banca.

Campina Grande, 08 de junho de 2011.


Jadcely R. Vieira
Coordenadora


Prof. Ms. Monilly Ramos Araújo Melo
Orientadora


Prof. Dr. Edil F. da Silva
Membro - UEPB


Profa. Ms. Sandra Amélia S. Silveira
Membro - UEPB

DEDICATÓRIA

DEDICO à minha mãe, a quem amo imensuravelmente e, apesar da ausência física, estará eternamente no meu coração. Amo-te mãe! Saudades...

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai e minha irmã pelo amor e o carinho e aos meus queridos amigos, por sempre dispender afeto e lealdade.

Sou grata à UEPB por oportunizar a qualificação profissional através deste curso. À rede de Saúde Mental de Campina Grande pela acessibilidade para execução da pesquisa, aos usuários, por contribuir para o êxito deste trabalho e à minha orientadora Monilly pela competência, disponibilidade e compreensão. Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

Podemos acreditar que tudo que a vida nos oferecerá no futuro é repetir o que fizemos ontem e hoje. Mas, se prestarmos atenção, vamos nos dar conta de que nenhum dia é igual a outro. Cada manhã traz uma benção escondida; uma benção que só serve para esse dia e que não se pode guardar nem desaproveitar. Se não usamos este milagre hoje, ele vai se perder. Este milagre está nos detalhes do cotidiano; é preciso viver cada minuto porque ali encontramos a saída de nossas confusões, a alegria de nossos bons momentos, a pista correta para a decisão que tomaremos. Nunca podemos deixar que cada dia pareça igual ao anterior porque todos os dias são diferentes, porque estamos em constante processo de mudança.

(Paulo Coelho)

RESUMO

O presente trabalho é resultado de um estudo sobre o cotidiano de egressos de hospitais psiquiátricos. A pesquisa foi desenvolvida considerando os diferentes aspectos presentes na vida cotidiana desses sujeitos, bem como suas formas de relacionamento com a família, comunidade e o próprio serviço. Trata-se de uma pesquisa com caráter descritivo - exploratório com abordagem qualitativa, realizada no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II “Novos Tempos” que teve como Objetivo Geral: Estudar o cotidiano de egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos de Campina Grande-PB. E, o seu desdobramento partiu dos seguintes objetivos específicos: 1. Conhecer a trajetória de vida dos usuários desde o processo de hospitalização até a inserção no serviço substitutivo; 2. Analisar a forma de organização da vida cotidiana dos usuários, em termos de relacionamentos com a família, a comunidade e o serviço substitutivo; 3. Verificar os rebatimentos da inserção no CAPS no cotidiano de tais usuários e identificar as repercussões para efetivação da reforma psiquiátrica. A pesquisa indica que as inter-relações entre a sociedade, os modelos de tratamento e as pessoas com sofrimento mental à época das internações em manicômios, estiveram num contexto de segregação e instauração da identidade do louco. Contraditoriamente, a forma de tratamento humanizado nos serviços de saúde mental vem contribuindo para uma relativa autonomia e inclusão social dos seus usuários, que, além de participarem das atividades terapêuticas, também fortalecem o seu convívio comunitário. Entretanto, o modelo de atenção à saúde mental implantado ainda perpassa por desafios.

ABSTRACT

This work is the result of a study on the daily life of graduates of psychiatric hospitals. The survey was developed considering different aspects present in everyday life of those subjects, as well as their forms of relationship with the family, community and the service itself. It is a descriptive-character search with exploratory qualitative approach, held at the Centre of Psychosocial Attention CAPS II "New Times" that had as its overall objective: to study the daily life of graduates of lengthy hospitalizations in psychiatric hospitals of Campina Grande-PB. And its unfolding departed the following specific objectives: 1. Understanding the trajectory of life of users since the process of hospitalization until their insertion on the service substitute; 2. Analyse the form of organization of the daily lives of users, in terms of relationships with family, the community and the substitute service; 3. Check the consequences of the insertion on the CAPS in the daily life of such users and identify the repercussions for the effectuation of the psychiatric reform. This research indicates that the interrelations between society, models of care and people with mental distress at the time of the stints in asylums were in a context of segregation and establishment of the identity of the crazy. Conversely, the humanized form of treatment in mental health services has contributed to a relative autonomy and social inclusion of their users, which, in addition to participate in therapeutic activities, also strengthen your community get-together. However, the model of attention to mental health established still pass by challenges.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
FBA	Federação Brasileira de Hospitais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
ICANEF	Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Campinense
MSTM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
LOS	Lei Orgânica da Saúde
PACs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PVC	Programa de Volta Pra Casa
REME	Movimento de Renovação Médica
SAMU	Serviço de atendimento móvel às urgências
Suds	Sistema Único Descentralizado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – Percursos da Loucura	12
1.1. Aspectos sociológicos gerais da definição de loucura	13
1.2. A Trajetória até a Reforma Psiquiátrica	14
1.3. A reforma psiquiátrica no Brasil	17
1.3.1. Contribuições do Movimento de Reforma Sanitária	19
1.3.2. A Saúde como Direito (SUS)	21
1.3.2.1. A Política de Saúde Mental no Brasil	26
1.3.2.2. A implantação dos “CAPS”: o caso de Campina Grande	26
1.4. A instituição CAPS II “Novos Tempos”	27
CAPÍTULO II – Um olhar sobre o cotidiano dos usuários	29
2.1. – Política de Saúde Mental e cotidiano	30
2.2. - As inquietações sobre cotidianidade dos “loucos”	33
CAPÍTULO III – O Estudo	36
3.1. – Sobre cotidianidade	37
3.2. – Objetivos da pesquisa e Método	37
CAPÍTULO IV - A pesquisa: Percalços de vida e cotidiano	38
4.1. A execução da pesquisa	40
4.2.- Resultados e discussão sobre cotidiano de egressos de hospitais psiquiátricos	40
4.2.1 - Os discursos sobre as primeiras crises e o contexto	41
4.2.2. A vida no hospital psiquiátrico	42
4.2.3. - O Cotidiano de reforma psiquiátrica	44
Considerações finais	47
Referências	48
Apêndices	50
Anexos	53

INTRODUÇÃO

O estabelecimento da definição de loucura é uma expressão dos mecanismos de legitimação da moral e de punição, destinados à manutenção dos *bons costumes*. Às pessoas que possuem algum sofrimento psíquico é outorgada a identidade de “loucos” em razão de a sua subjetividade ser, de um modo especificamente definido pelas ciências médicas, *diferente* das identidades da maioria dos indivíduos da sociedade.

Os comportamentos, as relações sociais, os pensamentos, os sentimentos, ou seja, o seu modo de viver e pensar se distanciam em graus distintos das regras, da lei, da moral, das hierarquias e instituições, provocando um choque cultural e instaurando a referida identidade. Historicamente, a racionalidade do pensamento ocidental tratou a loucura como um desvio social sujeito a correções e ajustamentos através dos manicômios. Todavia, com o passar dos anos se percebeu que a exclusão do convívio social não era um recurso terapêutico eficiente.

O modelo de atenção à saúde mental com as comunidades terapêuticas oportunizava a prática da liberdade e a criação dos serviços de atenção psicossocial no Brasil trouxeram um novo cenário aos protagonistas de momentos de confinamento e repressão.

Dentro desse contexto histórico, a cotidianidade das pessoas com sofrimento mental é substancial para revelar os desdobramentos do processo de reforma psiquiátrica em curso, todavia, os registros de pesquisas sobre tal temática são escassos, apontando a relevância deste trabalho.

Através desse estudo sobre o cotidiano desses sujeitos, conhecemos os diferentes aspectos presentes na trajetória de vida desde a institucionalização nos hospitais psiquiátricos até a inserção no CAPS. E ainda, nesse contexto de inserção no CAPS, analisamos as formas de relacionamento com a família, comunidade e o próprio serviço, bem como, verificamos as repercussões desse novo contexto para o cotidiano desses usuários.

CAPÍTULO I:
PERCURSOS DA LOUCURA

1.1. Aspectos sociológicos gerais da definição de loucura

O indivíduo é considerado “louco” do ponto de vista dos sujeitos *normais* ou da sociedade que o julga de tal forma. Nas sociedades primitivas a loucura situava-se no campo sagrado, e posteriormente, nas civilizações antigas (Grécia e Roma) inspirava deuses e gerava grandes bens. Analisando as diferentes formas de experienciar a loucura por outras sociedades comprova-se que o entendimento como patologia e desvio social não é universal.

A anormalidade existe apenas se a normalidade estabelecer as regras para afirmar uma conduta correta. “Portanto, será sempre em relação a uma ordem de ‘normalidade’, ‘racionalidade’, ou ‘saúde’ que a loucura é concebida nos quadros de ‘anormalidade’, ‘irracionalidade’ ou ‘doença’.” (FRAYZE-PEREIRA, 1985, p. 20)

Foucault (2004) afirma que a loucura como doença só existe se a sociedade reconhecê-la no interior de sua cultura. E, para Crespi (1997) a cultura orienta os indivíduos e institui condições de previsibilidade para que se torne possível a instauração de uma ordem social.

Ainda conforme Crespi (1997), a loucura como patologia é construída historicamente pela civilização ocidental, considerando a predominância da razão. A partir desse entendimento, é questionada por duas vertentes antagônicas: a loucura como perda da razão, a qual afirma que os indivíduos se afastam do contato com o seu grupo social e perdem a sua consciência. No sentido oposto, a loucura é a profunda tomada de consciência, os loucos expressam seu verdadeiro ser, por isso, a sociedade os reprime.

A estigmatização da loucura manifesta-se na nossa sociedade de inúmeras formas, por isso a necessidade de investigá-las. “Na fala cotidiana (ou no discurso científico), são-lhe emprestadas tantas vestes que ela [a loucura] se mostra a nós disfarçada de certa maneira.” (FRAYZE-PEREIRA, 1985, p. 08).

Goffman (1961) faz uma análise minuciosa das implicações da institucionalização para a “carreira moral do doente mental”, sendo àquelas, relevantes na estigmatização de “loucos”. As instituições totais, que são locais fechados onde os internos perdem o convívio fora daquele espaço, e ficam confinados, eles são segregados também através das relações de poder entre *internado* e *paciente*, nas restrições e cerimônias institucionais, na medicalização e hospitalização.

As normas de comportamento com seu sentido, função e valor serve justamente para anular uma possível infração de suas regras. As regras na sociedade servem para normalizar, retificar e impor condições a uma convivência possível e mais aceitável. E se elas existem é por que a convivência com seres diferenciados se tornou impossível. É o que se exige no

processo de socialização onde se espera a reciprocidade: “... estar, por assim dizer, *convencido* a aceitar certas regras e certos modelos de comportamento...” (CRESPI, 1997, p.25)

1.2. A trajetória até a Reforma Psiquiátrica

Foucault (2004) descreve que na Idade Média, os leprosários se multiplicam na Europa e a existência da doença era considerada predestinação de Deus. Assim, nesse contexto, a religião é quem justifica as moléstias nas cidades. A doença se estende até o século XVIII quando o isolamento do convívio social será para pobres, vagabundos, presidiários e os loucos. O desaparecimento da lepra não se deu por intervenção clínica, mas foi resultado da segregação e exclusão a que essas pessoas foram submetidas. E apesar dos leprosários estarem vazios, os valores e imagens aderiram o personagem do leproso.

Antes da apropriação da loucura pela medicina, existia a “Nau dos loucos,” que era uma embarcação que levava os desprovidos de razão para outras cidades fazendo com que as famílias se eximissem da sua responsabilidade de cuidar dessas pessoas. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. Alguns loucos eram chicoteados publicamente, e numa espécie de jogo, eram perseguidos numa corrida simulada e escorraçados das cidades. “[...] deixavam-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos.” (FOUCAULT, 2004, p.09)

A partir do Renascimento, a influência religiosa entra em decadência, a ciência e a medicina entram em ascensão, fundamentada na razão passa a ser considerada verdade absoluta e inquestionável. Os delírios da loucura eram tratados de forma hilariante pela filosofia e literatura como uma fraqueza do homem, e, esse julgamento está baseado justamente na racionalidade que julga e controla. “A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica.” (idem, 2004, p.29)

As casas de correção ou Hospital Geral têm outras funções de ordem social e repressão além da exclusão dos loucos, como, colocação de desempregados, pobres, e alternativa de mão-de-obra barata para superar a ociosidade. Assume-se assim, a sua função de ordem social de exclusão/assistência/filantropia. Os casos de internamento incluíam assuntos que ameaçavam a ordem pública já que seu papel era “conduzir de volta à verdade através da coação moral”. (ibidem, 2004, p.99)

Conforme o mesmo autor, com a ascensão da ciência e medicina, Pinel propõe uma nova forma de tratamento através de internações num local específico para essas pessoas serem cuidadas: o hospício. “O internamento torna possíveis esses famosos remédios morais – castigos – que seria a atividade principal dos primeiros asilos do século XIX e cuja fórmula Pinel dará antes de Leuret...” (ibidem 2004, p.88).

Através da institucionalização dos loucos, Pinel propõe o isolamento como fundamental para observação de sintomas. E, a partir da metade do século XIX com a relação entre medicina e hospitalização, a psiquiatria terá “um modelo pretensamente explicativo no campo da experimentação e tratamento das enfermidades mentais.” (AMARANTE, 1995, p.26). A psiquiatria utilizava mecanismos de sofrimento físico como “duchas, banhos frios, chicoteadas, máquinas giratórias e sangrias.” (BRASIL, 2007a, p.27)

Goffman faz uma análise minuciosa das implicações da institucionalização e, a partir da classificação de três diferentes tipos de instituições, os hospitais para doentes mentais se constituem no segundo tipo que se caracteriza como: “locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional...” (GOFFMAN, 1961, p. 17). Algumas características estão presentes nessas instituições dentre elas: todos os aspectos da vida acontecem no mesmo local; a mobilidade social entre os dois estratos (equipe e internado) é extremamente limitada. E isso se deve ao fato de que “A presença do paciente no hospital é considerada como prova *prima facie* de que está mentalmente doente, pois a instituição existe para a hospitalização dessas pessoas.” (idem, 1961, p. 307).

Nesses locais, todas as atividades dos internados eram julgadas pela equipe dirigente anulando a sua autonomia onde a obediência às regras determina os castigos e privilégios. Essas relações de submissão estão presentes através de práticas institucionalizadas, os sentimentos de injustiça, amargura, alienação, ociosidade, perda de contatos sociais, a identidade social imersa.

A vida íntima no hospital oferece momentos de sociabilidade provisórios e o processo de internamento no manicômio se resume a: observação, diagnose, receita e tratamento. A intervenção baseia-se no comportamento do internado em relação às regras da instituição e o poder do psiquiatra determina esses fatos como sintomas da doença. Assim, o distanciamento

do mundo externo provoca a perda da identidade¹ e a mortificação do eu, bem como, o descultramento² quando se perdem os padrões sociais aceitáveis.

O período pós 2ª Guerra Mundial acena para a Reforma Psiquiátrica contemporânea, criticando o modelo de enclausuramento dentro de manicômios e procura atingir as estruturas sociais.

A experiência inglesa de comunidade terapêutica é feita dentro do manicômio, não conseguindo assim resolver a origem do problema que é a própria institucionalização. Todavia, é a partir do modelo de Basaglia com a experiência italiana em Trieste, de desinstitucionalização³ que se “demonstra ser possível a constituição de [...] novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica.” (AMARANTE, 1995, p. 48).

No Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia com o seu diretor – Franco Basaglia, os portões são abertos, inclusive com recebimento de visitantes e com o diferencial dos doentes participarem nas decisões institucionais junto com os profissionais na Assembléia Geral da Comunidade: “Toda a vida do hospital é dirigida a partir das reuniões [...] Em Gorizia os marcos tradicionais da vida hospitalar são acidentes secundários diante das exigências comunitárias.” (BASAGLIA, 1985, p. 25). Essa participação dos que sempre foram excluídos, mesmo que dentro de um espaço manicomial traz conseqüências e Basaglia descreve claramente os efeitos dessa participação:

Quando um doente participa das reuniões, isso significa que seu nível de espontaneidade é bastante elevado, pois aceita o confronto com os outros [...] tendemos a agir de maneira a que a vida na comunidade, sua vida quotidiana, não seja dirigida por uma inteligência médica, mas sim o resultado da atividade espontânea de todos aqueles que participam – a qualquer título – da jornada do hospital. (BASAGLIA, 1985, p. 26)

O que se defende nessa forma de tratamento é despsiquiatrização, negando tudo que se constrói socialmente: a incapacidade pela doença, a coerção social e o enclausuramento institucional.

1.3. - A Reforma Psiquiátrica no Brasil

1 A Identidade é uma construção social atribuída aos indivíduos segundo características contidas na sua forma de agir e pensar.

2 Esse termo se refere ao processo no qual os indivíduos perdem ou se distanciam dos valores, normas, padrões e crenças culturais instituídos na sociedade em que convivem.

3 Para Vasconcelos: “... desinstitucionalização implica construirmos conjuntamente com eles alternativas de sociabilidade, trabalho, moradia, lazer, educação etc. substitutivos à redução dessas esferas de vida que ocorre dentro dos asilos e instituições psiquiátricas convencionais.” (VASCONCELOS, 2002, p. 84)

No Brasil, os manicômios também foram uma realidade severa para pessoas com sofrimento mental. Conforme Jorge (2005), o surgimento de Hospital Psiquiátrico no Brasil se deu no século XIX (1838) no Rio de Janeiro. O “Palácio dos loucos” abrigava todos que se consideravam à época, perigosos para o convívio familiar e social. Incluía-se loucos, alcoólatras, mendigos, epiléticos etc. O tratamento era focalizado na disciplina e controle do comportamento dos pacientes. Além das Santas Casas de Misericórdia, Juliano Moreira, renomado psiquiatra brasileiro preocupou-se em criar formas de diminuir a rigidez e atrocidades nos hospitais psiquiátricos, extinguindo camisas de força, criando biblioteca para pacientes e funcionários.

Os anos 30, 40 e 50 do século XX foram marcados por um tratamento de caráter curativo, através de procedimentos médicos e cirúrgicos como eletroconvulsoterapia⁴, modificando o comportamento e alterando a personalidade. Surgiram outras perspectivas de tratamento como comunidades terapêuticas, centros psiquiátricos e tratamento através de artes plásticas. Contribuíram significativamente, a doutora Nise da Silveira e o Dr. Oswaldo dos Santos.

A partir dos anos 60, a loucura passa a ser mercadoria gerando lucro aos donos de manicômios. Medicação, confinar os loucos psiquiátricos garantia “segurança” à sociedade, pois a forma que se tinha de conviver com a loucura era através da repressão, exclusão e opressão às pessoas que estavam com algum sofrimento psíquico.

Já nos anos 70, há nos hospitais públicos um processo de democratização na relação entre técnicos, pacientes e humanização dos procedimentos.

A partir de 1978, os movimentos sociais no país se ascendem e o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) destaca-se por questionar o modelo de Atenção Psiquiátrica no país. Segundo Amarante (1995), o MTSM era formado por várias instituições, representantes da sociedade civil e do Estado, tais como: Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Redes de Alternativa à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese; Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades; e as

4

Método que consistia em aplicar sessões de choques elétricos nos internos em manicômios que, conforme entendimento da psiquiatria, à época, fazia com que saíssem dos surtos e delírios nos momentos de crises.

representações estatais – Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social.

Para Vasconcelos (2002) o primeiro período entre 1978-1980 prioriza objetivos como: humanização nos hospitais psiquiátricos, questionam a indústria da loucura e melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos e expansão de serviços ambulatoriais de saúde mental. Contemporaneamente, o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental fazem a primeira tentativa de mudança no sistema global de saúde. O MTSM se posicionava a favor da desinstitucionalização do saber psiquiátrico e de sua própria categoria, inclusive, não possuía estrutura institucional. Como bem afirma Amarante (1995), o MTSM é:

... múltiplo e plural, tanto no que diz respeito à sua composição interna, com a participação de profissionais de todas as categorias, assim como de simpatizantes não técnicos de saúde, quanto no que se refere às instituições, entidades e outros movimentos nos quais atua organizadamente. (AMARANTE, 1995, p.57)

Os anos seguintes apontam para a expansão e formação do Modelo Sanitarista que defendia o fortalecimento do setor público com qualidade, universalidade no acesso e participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização da política pública de saúde. A inserção do MTSM nas secretarias de saúde proporcionaram: extinguir a criação de novos leitos psiquiátricos, regionalização das ações em saúde mental, controle das internações, expansão de redes ambulatoriais com equipes multiprofissionais, humanização e reinserção social dentro dos asilos estatais.

Vasconcelos (2002) atenta para a emergência da Luta Antimanicomial e a desinstitucionalização psiquiátrica entre 1978-1992, onde também a saúde têm conquistas da Constituição Federal de 1988 que rege a universalização do acesso à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bem como, a aprovação da Lei nº 8.080 em 1990. Contrapondo-se ao modelo asilar, coloca-se em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e suas terapias realizadas. O MTSM se une aos movimentos sociais através da bandeira “Por uma Sociedade Sem Manicômios”. Algumas iniciativas dão suporte a esses movimentos de segmentos da sociedade civil como o projeto de Lei Paulo Delgado de 1989, que propunha a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial. Além disso, as primeiras experiências municipais de redes de cuidados em atenção psicossocial, que propunham a extinção dos serviços do tipo manicomial.

Um ano depois, a Conferência de Caracas para o compromisso na consolidação da reforma psiquiátrica nos governos latino-americanos. Mas é a partir de 1992 que se definem

os novos rumos da reforma psiquiátrica com a II Conferência Nacional de Saúde Mental que defendeu a luta contra o modelo asilar.

Todavia, com a política neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) a crise econômica rebate sobre a sociedade e as questões sociais onde acontece desemprego, miséria e violência social, “[...] gerando aumento na incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, quadros de dependências químicas etc, e [...] aumentando a demanda e os desafios colocados para a saúde em geral.” (VASCONCELOS, 2002, p.29).

1.3.1 – Contribuições do Movimento de Reforma Sanitária

Como já sinalizado anteriormente, o processo de redemocratização do país colocou os movimentos sociais na rua. As péssimas condições de saúde da população, aliada à assistência médica previdenciária com caráter contributivo preocupavam sindicatos de profissionais da saúde, enquanto, em seminários e congressos discutiam-se as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Além disso, a criação de Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) através da Lei de Reforma Universitária, de 1968, que incorporou essa nova especialidade médica foi a base do movimento sanitário. Nesse contexto, as idéias de medicina social também se inserem no mundo acadêmico, contrapondo-se ao modelo de saúde positivista e que entendem saúde como um produto social e político construída através de condicionais econômicos, sociais, políticos e culturais. “O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga.” (BRASIL, 2007b, p.27).

Em meio às concessões econômicas restritivas e paternalistas por parte do regime militar de 1974, os movimentos sociais reivindicam as demandas da sociedade através do ressurgimento do movimento estudantil, do surgimento da anistia e do novo sindicalismo, além do início do movimento sanitário. (CORDEIRO, 2004. *apud* BRASIL, 2007b, p.27).

Com a necessidade de criar políticas sociais para afirmar a legitimidade do regime, as lideranças do movimento sanitário se inserem na alta burocracia estatal, na área da saúde e da Previdência Social. Isso possibilitou ao movimento, apresentar propostas para melhoria e democratização do acesso à saúde para populações mais carentes. Sob forte pressão do regime autoritário, o movimento sanitário estruturou e operacionalizou projetos que se tornaram modelos de serviços oferecidos pelo sistema de saúde.

Na década de 80, se intensifica a contestação do sistema de saúde vigente, inclusive com a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde e a 8ª Conferência Nacional de Saúde. “As propostas alternativas ao modelo oficial de Atenção à Saúde caracterizavam-se pelo apelo à democratização do sistema com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização.” (BRASIL, 2007b, p.29).

O Movimento Sanitário ocupou os espaços de discussão possíveis, mesmo sob pressão do regime, executou projetos que serviram de base para o planejamento da Política pública de saúde, e, inclusive participou da sua criação. Com o fim do regime militar em 1985, as lideranças do movimento assumem postos-chaves nas instituições responsáveis pela política de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 tinha como Presidente Sérgio Arouca, então Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, foi basilar para lançar os princípios da Reforma Sanitária. “Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do ‘movimento pela democratização da saúde em toda sua história.’” (SCOREL; NASCIMENTO, EDLER, 2005. *apud* BRASIL, 2007b, p. 30). No documento final das discussões do evento esteve afirmada a defesa de um modelo diferenciado de saúde como resultante de condições de vida dignas e de qualidade. Durante a 8ª Conferência que se aprovou a criação do Sistema Único de Saúde.

Essa concepção de saúde como ausência de doença, tem uma abordagem curativa, repercutindo negativamente para a consolidação da qualidade de vida e bem-estar da população:

[...] fatores socioeconômicos, culturais e ambientais são determinantes das condições de vida e saúde [...] determinação social do processo saúde-doença, por se reconhecer que as necessidades de saúde não residem unicamente em não estar doente. (MOTA, 2007, p.228)

Todavia, enquanto a Constituinte estruturava o Sistema Único de Saúde, em julho de 1987 criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), “que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.” (BRASIL, 2007b, p.31). Nesse contexto, a Portaria Ministerial MEC/MS/MPAS nº2/86 de 22 de agosto de 1986 instalava a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que “foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a nova Lei do SUS.” (ibidem, 2007b, p.32).

As propostas do Movimento Sanitário conseguiram chegar à Assembléia Nacional Constituinte que na Constituição Federal de 1988, aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como direito universal e dever do Estado. Todavia, o projeto de reforma sanitária desde o final da década de 80 vem apresentando algumas incertezas como:

[...] a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar atenção no setor a partir de 1988. (BRAVO, *apud* MOTA, 2007, p.99)

1.3.2. – A saúde como Direito (SUS)

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e, a saúde torna-se um direito social, pautado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). Este modelo de saúde procura desenvolver práticas que garantam o bem-estar social com ações não só de caráter curativo, mas com uma política preventiva.

Em 20 de setembro de 1990 é publicada no Diário Oficial da União a Lei n. 8.080, que regulariza e estabelece as diretrizes para a efetivação do SUS através dos serviços e ações do Ministério da Saúde. Nesta lei são dispostos a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS): a estrutura da organização, direção e gestão, objetivos, princípios e diretrizes, competências, atribuições e financiamento. No que se refere ao controle social da população para a assistência à saúde, a Lei nº 8.142 de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa participação democrática se verifica através da sua inserção nas instâncias colegiadas: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, ambas a nível estadual, municipal e federal. A Lei nº 8.080 juntamente com a Lei nº 8.142, formam o conjunto da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Com o desenvolvimento da política universal de atenção a saúde através do Sistema Único de Saúde o país acena para uma nova realidade onde seus reflexos são visíveis no cenário nacional. Há uma diminuição significativa nas taxas de mortalidade infantil, extinção de surtos frequentes de epidemias, aumento da expectativa de vida etc. Ou seja, em duas décadas de existência, o SUS apresenta resultados relevantes para a população brasileira. Em

Brasil (2006) são enumerados vários programas que atestam os avanços a celebrar tais como: expansão significativa de leitos hospitalares, ambulatoriais e de equipes de saúde da família, procedimentos de hemodiálise, gestantes com acompanhamento pré-natal, transplantes, imunizações, controle do HIV/Aids. No caso da saúde mental:

[...] no período 1995-2004, dá-se uma queda de 46,43% nas internações hospitalares [...] revelando que a política nacional de desospitalização e humanização da atenção aos portadores de sofrimento mental vêm dando certo. (BRASIL, 2006, p.33)

Conforme o mesmo autor, são agrupados seis desafios para a consolidação do SUS como um sistema público que possa oferecer serviços de qualidade à população: universalização no acesso à saúde; financiamento, com a melhoria na qualidade dos gastos públicos em Saúde; o modelo institucional do SUS; o modelo de atenção à saúde eficiente e efetivo; a gestão do trabalho em saúde do SUS; e a participação da sociedade civil no controle da política de Saúde.

A partir dos anos 90, o projeto neoliberal tem um modelo médico assistencial privatista voltado para o mercado, que desresponsabiliza o Estado para garantir a universalização do acesso à saúde, cabendo aos mesmos garantir um mínimo aos que não podem pagar. Nesse período temos o processo de descaracterização do SUS, precarizando seu atendimento e reduzindo os gastos.

A política de atendimento à saúde adotada pelo atual presidente Luís Inácio Lula da Silva ainda enfrenta desafios. Apesar da militância em movimentos sociais nos anos 80, a conjuntura da política de saúde adotada pelo governo Lula, de forma sutil, ainda não rompeu as relações com os interesses neoliberais: “... ênfase na focalização, precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social [...]” (MOTA, 2007, p.104).

Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações mais vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (COSTA, 1997 *apud* MOTA, 2007, p.101)

Reconhecer os avanços do SUS é uma forma de estimular a superar os problemas que ainda enfrenta, não devemos cair no messianismo com a utopia de que brevemente mudaremos tal realidade. Porém, devemos negar o fatalismo de achar que o sistema está num caos sem solução. “O SUS deve ser entendido como compromisso permanente de longo

prazo, assumido pelo conjunto da sociedade e preservado, em seus tempos de governança, pelos distintos grupos políticos no poder.” (BRASIL, 2006, p.44)

1.3.2.1. A Política de saúde mental no Brasil

A política de saúde mental no Brasil também tem a Lei Paulo Delgado – Lei nº 10.216, de abril de 2001, que desde 1989 tramitava no Congresso Nacional para “a desospitalização da assistência psiquiátrica, atendimento na comunidade e respeito aos direitos humanos do paciente”. (SILVA, 2008, p.131). A legitimação dos direitos dos usuários enquanto cidadão é posta em evidência com a afirmação dos princípios de inclusão, qualidade de vida, autonomia, integralidade e desinstitucionalização.

Em dezembro do mesmo ano a III Conferência Nacional de Saúde Mental é o momento em que se definem os princípios e diretrizes em defesa da efetivação da Política Nacional de Saúde Mental: “Cuidar sim, excluir não”. Este evento, buscava efetivar a Reforma Psiquiátrica com “acesso, qualidade, humanização e controle social”. No momento foi defendido o modelo de atenção à saúde mental pautado na desinstitucionalização, que reduz progressivamente o número de leitos psiquiátricos. Tratar loucura apenas como doença mental é desconsiderar os condicionantes sociais que permeiam o sofrimento psíquico.

Conforme Mendes (1996), saúde não é ausência de doença, mas uma produção social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos como melhoria da qualidade de vida, construção cotidiana de cidadania, políticas públicas saudáveis (transporte, educação, serviços de saúde etc). E, dentro desse novo olhar, as questões sociais contribuem para o agravamento da saúde mental.

A reorientação do modelo assistencial em saúde mental considera fundamental que sejam desenvolvidas ações para a inclusão dos usuários. As discussões desta Conferência pontuaram a reinserção do usuário na família e sociedade, considerando, sobretudo a perspectiva de que possam conviver com a diferença, e a criação de uma nova rede de atenção psicossocial que legitime a inclusão social e emancipação das pessoas que possuem algum sofrimento psíquico.

As propostas para a reinserção social incluem a criação de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e acesso a todos os direitos bem como a formação de cooperativas sociais, inserção nas escolas e programas de alfabetização; atividades de cultura e lazer, redes de saúde mental e espaços de controle social para usuários e familiares. Como a

reabilitação se consolida através da reintegração dos usuários à comunidade, foi defendida a criação de novos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS:

Definir unidades tipo CAPS como referência local, microregional e regional para a assistência em saúde mental, em consonância com a NOAS-2001 e com outros dispositivos vigentes. [...] Exigir do Ministério da Saúde a construção de um Plano Nacional de Saúde Mental, respeitando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, sustentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, visando a extinção definitiva do hospital psiquiátrico e a constituição de uma rede substitutiva de cuidados, dentro da lógica de cidadania e da inclusão social. (BRASIL, 2001)

Outra conquista está na regulamentação da Lei nº 10.708/2003 que institui o Programa de Volta pra Casa – PVC, através da concessão de um benefício denominado Bolsa-Auxílio⁵, concede recursos financeiros aos usuários com longo tempo de internação em hospícios para que regressem à família ou comunidade.

Com a Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde institui o funcionamento do modelo de atenção à saúde mental e resolve:

Art. 1º - Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria (BRASIL, 2002a)

O objetivo dos CAPS⁶ é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes subdividem-se em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS Ad os quais atendem a diferentes tipos de transtorno mental de acordo com faixa etárias distintas, área de abrangência e horário de funcionamento diferenciados, que serão detalhados a seguir:

- CAPS I: Serviços de Atenção Psicossocial os quais atendem municípios com uma população maior que 20.000 e menor que 70.000 habitantes. Este serviço funciona das 08:00 às 18:00 horas durante os cinco dias úteis da semana.

⁵ O Ministério da Saúde através deste programa atende a 2.600 beneficiários em todo o Brasil, os quais recebem mensalmente um valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais). (BRASIL, 2007)

⁶ Conforme dados do Ministério da Saúde (2007c), no ano de 2006 funcionavam 1.011 serviços, sendo 430 CAPS I, 320 CAPS II, 37 CAPS III, 75 CAPS i e 138 CAPS ad, e, estão presentes em todos os estados da federal. Desse total, 98,6% dos CAPS da rede são públicos.

- CAPS II: atende aos usuários advindos de municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. O horário de funcionamento é o mesmo do CAPS I, no entanto pode funcionar até as 21:00 hs., através da implantação de um terceiro turno e acréscimo de uma equipe técnica conforme a gestão.
- CAPS III: Abrange os municípios com população maior que 200.000 habitantes, com uma equipe multiprofissional de no mínimo 16 profissionais, funcionando 24 hs. diariamente com o acolhimento noturno, caso necessário.
- CAPS i: Centros de Atenção Psicossocial que atendem a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- CAPS Ad: é um serviço especializado que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas.

Os CAPS são serviços de atendimento referente à política de saúde mental, criados para serem substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, e para oferecerem cuidados aos usuários em crise, atendimentos ambulatoriais e atividades diárias de promoção a saúde. Desta forma, os CAPS devem estar articulados aos programas da Atenção Básica à Saúde como o Programa Saúde da Família - PSFs e unidades de saúde, o PACs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Residências Terapêuticas e demais espaços sociais.

Para a efetividade de ações que promovam a reabilitação psicossocial de seus usuários, também deve manter um diálogo contínuo com as demais políticas públicas como educação, habitação, assistência social etc. Nos CAPS os profissionais devem compor uma equipe de trabalho com uma perspectiva interdisciplinar em que possa haver “... reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos indicados.” (VASCONCELOS, 2002, p.47)

1.3.2.2. – A implantação dos “CAPS”: Uma realidade em Campina Grande

A reforma psiquiátrica em Campina Grande ganha visibilidade a partir de 2005 com a fiscalização do Ministério da Saúde no ICANEF “Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional”, o Hospital João Ribeiro, diante da constatação das péssimas condições de tratamento aos usuários ali internos.

Júnior (2007) descreve os aspectos diagnosticados a partir da intervenção do Ministério da Saúde dentro do Hospital no ano de 2005, e no termo de decisão e intervenção foram relatadas as condições subumanas como estavam os usuários daquele serviço e o funcionamento da Instituição. A descrição a seguir revela atrocidades e incompetências da instituição que torturava, cronificava e traumatizava os usuários.

[...] Os espaços, fechados por portas de ferro, comparadas a de um presídio carcerário onde os usuários permaneciam confinados, banhos coletivos, sem nenhuma privacidade, ou cuidados de higiene corporal [...] A insuficiência de RH [...] inexistência de plantão 24hs de médicos psiquiatras descumprindo a Portaria 251/02-GM (JUNIOR, 2007, p. 48-51)

O contexto dessa intervenção trouxe novas demandas para a saúde mental: “[...] 211 usuários do ICANEF, sendo criada a Unidade de Referência em Saúde Mental e implantação das Residências Terapêuticas.” (JUNIOR, 2007, p.15)

A desinstitucionalização desses usuários possibilitou formas humanizadas de tratamento contidas no modelo de Reforma Psiquiátrica, que está pautada na atenção psicossocial a qual prioriza a convivência familiar, reinserção do usuário na sociedade para que a mesma possa conviver com a diferença e promover a cidadania e autonomia das pessoas portadoras de algum tipo de sofrimento psíquico.

O I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica em Campina Grande foi realizado de 19 a 21 de maio de 2005, com participação dos estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco, a cidade é contemplada com o “Programa de Volta para Casa e passa a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de CAPs e Residências Terapêuticas. Inicia-se a articulação entre a saúde mental e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU)”. (JUNIOR, 2007, p.58)

São apontados vários avanços na efetivação de um novo modelo à saúde mental no município com a inserção desses usuários em CAPS, seleção de profissionais para atuar nos serviços de atenção psicossocial, a capacitação em saúde mental através da parceria entre o Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Recife, Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande e a formação do colegiado de gestão em saúde mental.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (ARRUDA, 2007), Campina Grande dispõe de unidades de atenção à saúde mental assim distribuídas: CAPS II “Novos

Tempos”, CAPS III “Reviver”, CAPS ad (Álcool e Drogas), CAPS i Viva Gente (infanto-juvenil) e CAPSinho – Centro Campinense de Intervenção Precoce).

Funcionam também os outros serviços que estão inseridos nas estratégias de implantação da Reforma Psiquiátrica: 06 Residências Terapêuticas com usuários que estão incluídos no Programa de Volta Pra Casa, a Emergência Psiquiátrica, que presta assistência 24 horas aos usuários que necessitem do serviço da cidade de Campina Grande e cidades conveniadas como também o Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”. Todos esses programas devem estar articulados para promover a intersetorialidade, que integra os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com o objetivo de articular políticas e programas de interesse para a saúde. Mas, esse ainda é um desafio da Política de Saúde Mental da cidade de Campina Grande.

1.4. A instituição CAPS II “Novos Tempos”

O CAPS II “Novos Tempos” funciona há 05 anos, sendo o primeiro centro de atenção psicossocial inaugurado, em face da reforma psiquiátrica em Campina Grande/PB. Localizava-se inicialmente no centro da cidade. Atualmente, está situado no bairro do Catolé, em uma escola desativada, de modo que apresenta algumas limitações na sua estrutura física.

Os usuários que procuram atendimento vêm espontaneamente ou acompanhado de um familiar. O acolhimento no serviço é feito por um profissional da equipe de trabalho – geralmente a assistente social, a psicóloga ou pedagoga - que utiliza a entrevista para abordagem com os usuários e familiares. Para sua admissão é necessário um familiar o qual passa a ser o responsável para acompanhar e contribuir com o projeto terapêutico⁷ individual dos assistidos. Este projeto é construído de acordo com o quadro psicossocial dos usuários e o acompanhamento pode ser feito de forma: intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, conforme artigo 5º da portaria do Ministério da Saúde:

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitem de acompanhamento freqüente, fixando em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. (BRASIL, 2002)

7 Para Brasil (2002b, p. 01), “Os projetos terapêuticos dos CAPS serão singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações.”

Neste serviço, são atendidos prioritariamente “portadores de transtornos mentais severos”⁸, todavia, devido à demanda de usuários, atende também outros tipos de sofrimento psíquico como depressão, ansiedade, pânico etc. Ao ser acolhido pela instituição, o usuário passa por atendimento médico, psicológico, ações do serviço social, atividades como trabalhos manuais, grupos de dança, grupos de família, grupos terapêuticos, oficinas de adaptação, auto-cuidado, artes, didática, jogos e recreação, além de relaxamento e música.

Os usuários atendidos pelo Caps II residem na área de abrangência dos Distritos Sanitários I, III e IV da cidade de Campina Grande. O Distrito Sanitário I inclui os bairros: Alto Branco, Centro, Jardim Tavares, Lauritzen, Monte Castelo, Nações, Nova Brasília, Santo Antônio, Villa Castelo Branco. O Distrito Sanitário III: Araxá, Conceição, Louzeiro, Cuités, Jardim Continental, Jeremias, Monte Santo, Palmeira. E finalmente a área do Distrito Sanitário IV (Catolé) que inclui: Catolé, Distrito industrial, Estação Velha, Itararé, José Pinheiro, Mirante, Sandra Cavalcante, Tambor, Velame, Vila Cabral.

⁸ Termo utilizado pelo próprio serviço atribuído aos usuários com um maior sofrimento psíquico e que enfrentam mais dificuldades para reinserção social.

CAPÍTULO II

Um olhar sobre o cotidiano dos usuários

2.1. – Política de Saúde Mental e Cotidiano

Os desdobramentos das execuções das políticas sociais se materializam na cotidianidade dos usuários dos serviços, por isso, é imprescindível fazer uma melhor articulação com o debate sobre o cotidiano e a sociabilidade, pois, a vivência do cotidiano não se dá no etéreo, mas é atravessada pelas relações sociais. E para Heller (1994) há uma relação concreta entre a vida cotidiana e as atividades genéricas conscientes: o trabalho; a moral; a religião; política, direito e Estado; Ciência, arte e filosofia; e a liberdade. Esta cotidianidade também acontece a partir dos elementos socioeconômicos e culturais (trabalho, autonomia, direitos sociais, estigma, interação social, habitar e morar).

No caso do sofrimento mental, a sua cotidianidade está impregnada pelo “tratamento” para correção dos desvios dos valores de normalidade do pensamento racional. Heller (1983:58) afirma que as categorias orientadas de valor “influenciam efetivamente todas as nossas atividades sociais e as orientam para o que é prescrito ou proibido, para o que deve ser escolhido e para o que deve ser evitado.”

Para Iamamoto (2007b, p. 268), “as determinações da vida cotidiana são a heterogeneidade, a imediatividade e a superficialidade extensiva, sendo marcada pelo materialismo espontâneo e pelo pragmatismo.” Essas características apontadas trazem respostas funcionais, que não aprofundam a capacidade analítica dos indivíduos, sendo necessária a suspensão dessa imediatividade do cotidiano através da moral, da ação coletiva ou práxis libertadora e da política.

A crítica da cotidianidade reconhece os processos sociais carregados de contradições:

A cotidianidade é considerada como o terreno de contrastes, onde a teoria do devir se encontra com o enigma de repetições. Nela se mesclam alienações e realizações, confronto entre possíveis e impossíveis, renovação e repetição, extraordinário e trivialidade, resíduo e totalidade a um só tempo. (Iamamoto, 2007b, p.271)

Barroco (2001), ratifica a relevância de reflexão da vida cotidiana: “Quando a moral é refletida ontologicamente, é possível ultrapassar o conformismo característico da aceitação espontânea da cotidianidade; os conflitos morais podem, então, ser apreendidos em sua relação com a totalidade social...” (p.55).

É no cotidiano das pessoas com sofrimento mental que a efetivação da reforma psiquiátrica se materializa ou não. Antes de adentrarmos na discussão sobre a cotidianidade dos portadores de sofrimento mental, cabe enfatizar que o debate sobre o cotidiano é denso, complexo e passível de abordagem por distintas angulações teóricas. Nesse sentido, cumpre

pontuar, ainda que sumariamente, a concepção aqui adotada, não está tratando do cotidiano numa abordagem imediatista, mas como palco de determinações, atravessada e determinada pelas relações sociais.

A vivência do cotidiano não se dá no etéreo, mas é atravessada pelas relações sociais que se realizam concretamente, no dia-a-dia de nossa existência.

A vida “cotidiana” não é a vida rotineira, do dia-a-dia, mas, segundo Netto (1990), é o ângulo da singularidade; é, portanto, o corte nas mediações entre o ser particular e ser genérico. Ao mesmo tempo em que é único e irrepetível (particular), é também, conforme coloca Heller (1992), “produto e expressão de relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento histórico” (p.21).

Para Vasconcelos (2002), a vida cotidiana contém a totalidade e nela se processam muitas das mediações entre o particular e o global. É o palco onde se consolidam as condições de vida mais amplas e se realizam as relações sociais de dominação e exploração, seja elas classe social, seja de gênero, geração, etnia. Ainda conforme a autora, essa vivência da cotidianidade é extremamente diferenciável, já que se realiza entre sujeitos historicamente situados e socialmente posicionados na realidade. Assim, são justamente os acessos diferenciados e desiguais dos sujeitos aos contextos sócio-histórico-econômico-culturais e às relações de poder que se estabelecem entre eles, que vão influenciar fortemente o modo como tais indivíduos vivenciam sua cotidianidade. Essa inserção varia conforme o seu modo de vida, ao trabalho, à habitação, ao nível de escolaridade, ao acesso aos bens culturais.

Para Heller (1994) há uma relação concreta entre a vida cotidiana e as atividades genéricas conscientes: o trabalho; a moral; a religião; política, direito e Estado; Ciência, arte e filosofia; e a liberdade.

Para Iamamoto (2007b, p.268), “as determinações da vida cotidiana são a heterogeneidade, a imediatividade e a superficialidade extensiva, sendo marcada pelo materialismo espontâneo e pelo pragmatismo.” E geralmente essas características apontadas fazem com que hajam apenas respostas funcionais, que não aprofundam a capacidade analítica dos indivíduos. Ou seja, há uma reprodução mecânica e acrítica frente ao “aparente”, sendo necessária a suspensão dessa imediatividade do cotidiano através da moral, da ação coletiva ou práxis libertadora e da política.

A crítica da cotidianidade reconhece os processos sociais carregados de contradições:

A cotidianidade é considerada como o terreno de contrastes, onde a teoria do devir se encontra com o enigma de repetições. Nela se

mesclam alienações e realizações, confronto entre possíveis e impossíveis, renovação e repetição, extraordinário e trivialidade, resíduo e totalidade a um só tempo. (Iamamoto, 2007b, p.271)

Barroco (2001), ratifica a relevância de reflexão da vida cotidiana: “Quando a moral é refletida ontologicamente, é possível ultrapassar o conformismo característico da aceitação espontânea da cotidianidade; os conflitos morais podem, então, ser apreendidos em sua relação com a totalidade social...” (p.55).

O estudo sobre o cotidiano das pessoas com sofrimento mental requer a compreensão de que a sua cidadania se efetiva com a legitimação dos seus direitos baseados nos princípios de inclusão, qualidade de vida, autonomia, integralidade e desinstitucionalização. Nessa ótica, também consideramos os elementos socioeconômicos e culturais: ao trabalho e aos direitos sociais, a autonomia, a construção cultural do estigma⁹, a interação e convivência social e articulação em redes sociais e, a relação habitar/morar¹⁰.

No caso do sofrimento mental, a sua cotidianidade está impregnada pelo “tratamento” para correção dos desvios dos valores de normalidade do pensamento racional. Heller (1983, p.58) afirma que as categorias orientadas de valor “influenciam efetivamente todas as nossas atividades sociais e as orientam para o que é prescrito ou proibido, para o que deve ser escolhido e para o que deve ser evitado”.

Esses juízos de valor contribuem inclusive para a construção de estigmas e preconceitos e, no caso específico da estigmatização da loucura, manifesta-se na nossa sociedade de inúmeras formas, por isso a necessidade de investigá-las.

Destarte, consideramos este estudo relevante dada à necessidade de conhecer a realidade e as demandas dos usuários emergentes no cotidiano. Na realidade, expressa no cotidiano, encontram-se não apenas o imediatismos, mas as ações irrefletidas acriticamente, se constituindo como um campo para ação dos sujeitos, para proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica da vida social.

Nossa hipótese de pesquisa é de que a inserção das pessoas com sofrimento mental no cotidiano Pós-Reforma Psiquiátrica, ainda é arraigado de desafios atrelados aos determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais. Para investigação dessa conjectura partiremos dos seguintes questionamentos: Como é o cotidiano dos egressos de hospitais psiquiátricos após a inserção nos CAPS? E quando estavam internos nos hospitais psiquiátricos? A situação

9 Para aprofundar a leitura sobre a construção do estigma sugerimos Goffman (1988)

10 Furtado (2010) descreve a situação de moradia dos portadores de transtorno mental grave no Brasil e aprofunda a discussão sobre habitar/morar.

vivenciada pelos indivíduos nesses diferentes espaços interfere na sua cotidianidade? Como a cotidianidade é vivenciada a partir dos diferentes espaços socioeconômicos e culturais?

2.2. – As inquietações sobre cotidianidade dos “loucos”

A proposta de discutirmos o cotidiano de egressos de hospitais psiquiátricos surgiu a partir da aproximação com a realidade de serviços de saúde mental durante os estágios no Hospital Psiquiátrico Dr. Maia e no CAPS II “Novos Tempos” na cidade de Campina Grande - PB, bem como das reflexões tecidas por profissionais na Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, na qual participamos enquanto discente.

Durante essas vivências, percebemos que os serviços de saúde mental, por não priorizarem a realização de atividades em espaços extra-institucionais dificultam uma aproximação com o cotidiano dos usuários.

Nesse sentido, é importante a aproximação com a realidade de tais sujeitos, a fim de conhecer a história de vida destes, saber como se desenvolve sua interação e convivência social quando não estão nos serviços de saúde mental. É no cotidiano que há a socialização humana e são expostas as formas de agir e pensar de uma sociedade:

[...] o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se ‘em funcionamento’ todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias. (HELLER, 1985, p. 17)

Consideramos o cotidiano dos usuários como processo histórico-dialético que para Heller (1994) se materializa através das atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais, por sua vez, criam a possibilidade da reprodução social. “Na vida cotidiana, não subsiste nenhuma distinção entre teoria e práxis. (HELLER, 1983, p. 70)”. Sendo assim, a execução desta proposta basear-se-á nas múltiplas variáveis de gênero, etnia, religião bem como os seguintes elementos: trabalho, autonomia, acesso aos direitos sociais, a cultura e o estigma¹¹, a interação e convivência social, a relação habitar/morar¹² e a articulação em redes sociais.

Esses aspectos biopsicossociais, políticos, econômicos e culturais acendem contradições e antagonismos resultantes dos “desvios” em relação às normas, regras e

11 Para aprofundar a leitura sobre a construção do estigma sugerimos Goffman (1988)

12 Furtado (2010) descreve a situação de moradia dos portadores de transtorno mental grave no Brasil e aprofunda a discussão sobre habitar/morar.

ideologias dominantes, que, no caso das pessoas com sofrimento mental se expressam de modo mais conflituoso, discriminatório e excludente.

Há uma tendência de reprodução dos valores morais de forma acrítica, espontânea, sem reflexão ética no *cotidiano* e “por força da tradição e dos costumes e pela constante repetição tornam-se hábitos; a assimilação espontânea não significa, necessariamente, uma adesão consciente.” (BARROCO, 2001, p.45).

É preciso transcender esse imediatismo construído nas relações cotidianas no momento em que respondemos às necessidades individuais e coletivas. Nesta condição, devemos sistematizar a crítica da vida cotidiana, atingindo o que Heller (1985) define como a condição de ser humano genérico, “ampliando as possibilidades de os indivíduos se realizarem como indivíduos livres e conscientes.” (BARROCO, 2001, p.55).

Uma reflexão crítica sobre o que se assume e se reproduz no cotidiano dos usuários da saúde mental se consubstancia como uma questão fundamental, pois contribuir para a desconstrução do paradigma de institucionalizar a loucura, pois a reforma psiquiátrica em curso no Brasil está pautada nos princípios de humanização no atendimento¹³, convívio com a família e a comunidade, garantido o respeito a seus direitos e a liberdade. Interessa-nos saber como tais princípios aparecem no cotidiano desses usuários, pois a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental, não significa tão somente retirá-los dos manicômios, mas também contribuir para que possam construir sua vida com mais autonomia e sentimento de pertença como sujeito coletivo.

A concretização deste projeto também contribui nos avanços da reforma psiquiátrica em Campina Grande, na medida em que se propõe a ultrapassar o espaço institucional dos serviços para conhecer como vivem os usuários nos contextos sociais em que estão inseridos, pois são esses os cenários que revelam as repercussões dos serviços substitutivos em detrimento ao modelo manicomial para a vida desses sujeitos.

Além dessa importância para a Política de Saúde Mental vigente, essa abordagem tem relevância para a atuação profissional dos trabalhadores da saúde mental em geral, incluindo também a categoria dos assistentes sociais, por ser um profissional que vem sendo requisitado para atuar nos serviços substitutivos. Esta categoria tem sua produção teórica voltada para a análise das políticas sociais, e as intervenções profissionais são voltadas às requisições e demandas das instituições. Todavia, há a necessidade de apreenderem também os movimentos da sociedade civil.

13 Conforme a Política Nacional de Humanização do SUS corresponde “à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho.” (BRASIL, 2010: 07)

CAPÍTULO III

O Estudo

3.1. Sobre cotidianidade

O estudo sobre a cotidianidade dos egressos de hospitais psiquiátricos, está baseado na necessidade de compreender a totalidade, pois ela “(...) está sempre em processo de estruturação e desestruturação. Ela é histórica. Assim, é preciso captar o seu movimento e a sua direção enquanto devir histórico.” (NETTO, 2010, p. 21).

Por isso, observamos o cotidiano das pessoas com sofrimento mental, frisando os aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais, os quais integram as relações sociais entre indivíduos. Para Lukács (1974), *apud* Netto (2010):

(...) somente no contexto ‘que integra os diferentes fatos da vida social (enquanto elementos do devir histórico) numa totalidade, se torna possível o conhecimento dos fatos como conhecimento da realidade. As partes encontram no todo o seu conhecimento e a sua verdade). (LUKÁCS, 1974, p. 23-4, *apud* NETTO, 2010, p. 21).

“A doença mental deve ser compreendida como um fenômeno complexo e histórico, atravessado pelas dimensões psicossociais que determinam o processo saúde-doença mental.” (COLVERO, 2004, p. 200).

3.2. Objetivos da pesquisa e o Método

Para realização desse estudo, tivemos como Objetivo Geral: **Estudar o cotidiano de egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos de Campina Grande-PB.** E para o seu desdobramento, partimos dos seguintes objetivos específicos: 1. Conhecer a trajetória de vida dos usuários desde o processo de hospitalização até a inserção no serviço substitutivo; 2. Analisar a forma de organização da vida cotidiana dos usuários, em termos de relacionamentos com a família, a comunidade e o serviço substitutivo; 3. Verificar os rebatimentos da inserção no CAPS no cotidiano de tais usuários e identificar as repercussões para efetivação da reforma psiquiátrica.

Trata-se de uma pesquisa com caráter descritivo - exploratório com abordagem qualitativa, realizada no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II “Novos Tempos” localizada na cidade de Campina Grande-PB no mês de janeiro de 2011.

A população foi constituída por sete (sete) usuários egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos e que estejam frequentando o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II “Novos Tempos” de Campina Grande, este considerado o primeiro serviço substitutivo da cidade a atender pacientes dos hospitais psiquiátricos, por se tratarem de sujeitos que vivenciaram a privação do convívio social, mas atualmente constituem-se usuários dos

serviços substitutivos. É importante destacar que compreendemos que eles podem verbalizar (quando não estão em situação de crise) questões relativas à sua própria vida. Diante dos objetivos propostos, incluiremos familiares desses usuários por terem também uma aproximação direta com a cotidianidade dessas pessoas. Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram os usuários do CAPS II e seus familiares que aceitem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizou como instrumentos de coleta de dados, as entrevistas com roteiro semi-estruturado, gravador para comprovar que o conteúdo a ser publicado será seguido na íntegra do que foi escrito.

A análise e a interpretação de dados se deu por meio da análise de conteúdo, que para Minayo (1998) parte primariamente de uma literatura sumária para atingir um nível mais aprofundado, contribuindo com uma análise crítica da realidade arguida.

Com relação aos aspectos éticos, esta pesquisa teve seu desenvolvimento de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, baseando-se nos princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado. O projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) para ser apreciado, após ter sido autorizado pela instituição aonde foi realizado.

Foram resguardados o sigilo, a privacidade e a proteção da identidade, respeitando os participantes, diante de sua dignidade, autonomia e vulnerabilidade, assumindo toda a responsabilidade da pesquisa através do Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável, bem como, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, emitido em duas vias ficando uma retida com o sujeito da pesquisa e ou seu representante legal, outra retida com o pesquisador responsável.

CAPÍTULO IV

A pesquisa:

Percalços de Vida e Cotidiano

4.1. - A execução da pesquisa

A pesquisa sobre o cotidiano de egressos de hospitais psiquiátricos foi desenvolvida conforme projeto encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o Protocolo de nº 0598.0.133.000-10 .

A amostra de sujeitos participantes da pesquisa foi composta por 07 (sete) participantes, elegidos pelo critério de acessibilidade e frequência ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II “Novos Tempos”). Para tanto, participaram, os usuários que atualmente mantém domicílio na Residência Terapêutica Masculina II. Devido a uma longa trajetória de internações em hospitais psiquiátricos, hoje estão nesses serviços em razão do rompimento das referências familiares e comunitárias.

Ressalte-se que os familiares dos usuários não participaram da pesquisa, em virtude de que há uma fragilidade nesses vínculos, por isso não foi possível localizá-los e inseri-los na amostra de sujeitos da pesquisa, conforme proposta do projeto de pesquisa. Para tanto, inserimos um cuidador da Residência Terapêutica como sujeito da pesquisa, por manter um convívio cotidiano com os usuários.

Quanto aos instrumentos para a coleta de dados, foram realizadas as entrevistas com roteiro semiestruturado, que se baseavam no processo histórico vivenciado pelos usuários desde as primeiras crises, a vivência nos manicômios até a inserção nos serviços substitutivos, frutos da reforma psiquiátrica. Na ocasião das entrevistas, foram observadas as peculiaridades dos usuários, os quais demonstraram interesse e disponibilidade para a participação nas entrevistas.

4.2. - Resultados e discussão sobre cotidiano de egressos de hospitais psiquiátricos.

O estudo sobre o cotidiano das pessoas com sofrimento mental foi construído a partir do interesse em descrever os seus percalços históricos desde as primeiras crises até a inserção nos serviços de saúde mental da Reforma psiquiátrica, ressaltando o seu relacionamento com a família, comunidade.

4.2.1 - Os discursos sobre as primeiras crises e o contexto

O contexto histórico das primeiras crises de alguns usuários é permeado pelos desafios para a inclusão no mercado de trabalho na região Sudeste, devido ao processo de industrialização que levou os nordestinos a buscarem melhores alternativas de sobrevivência naquela região, pois há uma fragilidade histórica de alternativas de trabalho para a população nativa.

“Trabalhava de balconista, trabalhei de zelador de prédio (...) no Rio de Janeiro. Passei quatro anos. Tive internado no Hospital da Gávea no Rio de Janeiro. Lá era ruim. A comida não vinha na hora certa. Levava choque. (Após as altas do Hospital da Gávea) voltava pra trabalhar. E quando voltei pra Paraíba, tive internação.” (Entr.02, fev/2011)

“Eu trabalhei como cobrador de ônibus no Rio de Janeiro. Eu trabalhei 1 ano e dois mês. (...) Eu adoeci quando voltei do Rio.” (Entr.05, fev/2011)

“Morei no Rio de Janeiro um ano, mas nasci em Campina. (...) (No Rio de Janeiro) eu trabalhava na construção de prédio, lavar carro ...” (Entr.06, fev/2011)

Furtado (1959) descreve que a fragilidade de subsistência da Região Nordeste é histórica:

A decadência da região nordestina é um fenômeno secular, muito anterior ao processo de industrialização do sul do Brasil. A causa básica daquela decadência está na incapacidade do sistema para superar as formas de produção e utilização dos recursos estruturados na época colonial” (FURTADO, 1959, p.278).

Mais de duas décadas após (1981), Furtado afirma que a recorrente migração de nordestinos é resultado da desassistência à população:

Em face da escassez de emprego na região mantém-se a corrente migratória, principalmente na direção dos grandes centros urbanos do Centro-Sul, nos quais se definiu uma estrutura social que comporta todo um estrato inferior de nordestinos, subsistema cultural em parte submerso e com precária proteção social. (p.15)

Já que a região nordeste tem a fragilidade histórica de escassez de políticas públicas e o desemprego, há esse processo de migração em busca oportunidades de trabalho e melhores condições de sobrevivência na região “promissora”. E esse processo migratório acontecia principalmente com agricultores de subsistência, maioria dos trabalhadores nordestinos, haja vista a tímida industrialização presente na região Nordeste.

“Eu adoeci trabalhando no Rio de Janeiro. Trabalhando no serviço pesado. Ai vim embora e vim trabalhar na agricultura com meu pai e um irmão. Ai adoeci de novo e fui pra o Dr. João Ribeiro.” (Entr. 01, fev/2011)

Todavia, essa inclusão no mundo do trabalho no Sudeste, esteve permeada por vínculos empregatícios ou ocupações em precárias condições, acrescidos ao distanciamento do convívio familiar e comunitário de origem. Essa realidade vivenciada por esses indivíduos sociais advém das forças capitalistas de produção, que tornam a vida cotidiana uma “fonte de exploração e espaço a ser controlado, organizado e programado” (Netto, 2010, p. 20), alterando assim, os fatos e elementos da vida social desses sujeitos.

Outro aspecto relevante quanto às primeiras crises é que a desassistência de serviços de saúde mental era mais latente para pessoas expostas às situações de maior vulnerabilidade, tendo em vista algumas peculiaridades: residência em cidades interioranas; precárias condições econômicas; problemas relacionados à convivência familiar; alcoolismo etc.

“Quando voltava pra casa, não tinha o dinheiro pra comprar o remédio, e, adoecia novamente e voltava para o hospital.” (Entr.01, fev/2011)

“Quando eu era pequeno andava nu. Dezenove anos morei no mato. Eu morava só, nas locas de pedra. Eu saía duas da madrugada pros mato e voltava de sete da noite pra casa. Toda vez, nu. Depois tomaram as providências, aí puseram eu no João Ribeiro.” (Entr.03, fev/2011)

“Adoeci, sem dormir. Passei muito tempo sem dormir. (...) Preocupação com emprego, casei novo demais. O sogro querendo me estranhar. Bebendo cana. Aí foi o jeito separar.” (Entr.04, fev/2011)

A partir das entrevistas dos usuários, compreendemos que a cotidianidade das pessoas com sofrimento mental também não rechaça as suas particularidades de cada indivíduo social: (...) a vida cotidiana compreende o dado sensível e prático, o vivido, a subjetividade fugitiva, as emoções, os afetos, hábitos e comportamentos, e o dado abstrato, isto é, as representações e imagens que fazem parte do real cotidiano, sem, no entanto, perder-se no imaginário.” (LEFEBVRE, 1981, III: p. 11, *apud* NETTO, 2010, p. 21)

4.2.2. A vida no hospital psiquiátrico.

Os usuários com sofrimento mental, que tiveram internações nos hospitais psiquiátricos durante décadas, descrevem como as intervenções clínicas utilizadas à época obstaculizavam tratamento e reabilitação de forma humanizada e eficaz por que além da

utilização de métodos mais repressivos como eletrochoque e contenção, não havia atividades terapêuticas, contribuindo também para a ociosidade dos usuários.

“ No Joao Ribeiro (...) fazia os exame de choque, que dizia que os choque é pra vocês ‘ficá’ bom. Eles deitava primeiro numa cama, deitava uns 15. Ai quando eles botava, que ligava na parede, ai eles tirava bem ‘ligero’ pra num morrer, senão eles morria.” (Ent. 03, fev/2011)

“Lá (Hospital Psiquiátrico João Ribeiro) eu ficava só deitado, não tinha nada. Almoçava, jantava, ficava tomando banho de sol na quadra, que só tinha capim e formiga.” (Entr.01, fev/2011)

Afora, os usuários também relataram péssimas condições de funcionamento dos hospitais psiquiátricos, desassistência aos usuários, doenças, grande número de pacientes.

“A gente passava fome lá no hospital. Era um feijão duro. O cuscuz de Joao ribeiro, era um cuscuz de 8 dias. Pão, era de 8 dia, ai nós comia aquele pão seco. (...) Era oitocentos paciente. (...) Uma vez eu peguei uma coceira lá no João Ribeiro. Nós tinha um banho de sol, um curral bem grande que soltava nós, e nós ia. Ele faziam cocô por todo canto. Dentro do hospital, no banho de sol, por todo canto. As mulheres iam lavando, mas na hora do almoço já era tudo cagado. Os banheiros eram tudo quebrado. Eles quebravam tudo. Eram muitos paciente.” (Entr.03, fev/2011)

“Lá (no João Ribeiro) num era muito bom não. A alimentação fraca, ruim. O tratamento era ruim. Botava a gente pro banho de sol de manhã e de tarde, e a comida não valia nada.” (Ent.04, fev.2011)

Um usuário também relatou que estava presente na ocasião em que os profissionais do Ministério da Saúde fiscalizaram o Hospital João Ribeiro e confirmaram as péssimas condições a que os pacientes estavam submetidos.

“Quando o hospital fechou, que o homem ‘miorô’ a comida durante três dias, que veio duas mulher de São Paulo e um homem. Ai olhou o hospital e disse: - Isso aqui já era pra ter fechado há muito tempo pra atrás.’ (...) O governo fechou porque tava maltratando, nem pagava os funcionários, fazia exame de choque.” (Entr.03, fev,2011)

O histórico de vida dos usuários é permeado por episódios recorrentes de internações que resultaram em décadas morando nessas instituições.

Eu tive quinze internação. (...) Lá no Joao Ribeiro eu passei um ano (ininterrupto), foi tempo demais. (Entr.03, fev/2011)

“(Primeira internação) foi no João Ribeiro. No Dr. Maia tive umas três (internações). (...) (Tempo de todas as internações no João Ribeiro) Uns vinte anos. (Tempo máximo de internação ininterrupta no João Ribeiro) Um ano. (...)” (Entr.04, fev/2011)

4.2.3. - O Cotidiano de reforma psiquiátrica

O histórico de confinamento em hospitais psiquiátricos repercutiu em exclusão do convívio familiar, e mesmo com o processo de reforma psiquiátrica que propõe a inserção dos usuários na comunidade e família, não foi possível restabelecer esses vínculos. Por isso, alguns usuários consideram os demais como a referência de família devido ao rompimento com a originária.

“Tenho uma filha, mas não tem contato com ela. Meu pai que vem me visitar.” (Entr. 01, fev/2011)

“Moro aqui por que essa residência pertence a sete usuários, sete ‘pessoa’. Minha família é bem dizer, bem dizer daqui mesmo. (...) (Sobre o contato com a família) Tenho, tenho por telefone. Eu tenho telefone pra ligar pra qualquer lugar dos país. (...) (Entr. 02, fev/2011)

“(Convivência com a família) Aqui meu irmão vem me visitar. (...) A residência é como se fosse a casa da gente. Depois que você se acostuma com as pessoas, é bom. (Entr. 03, fev/2011)

(Vínculos com a família) Tem JBL, que de quinze em quinze dias vai visitar a irmã no centenário. Então passa um dia todo lá. MCD de quinze em quinze dias também vai passar o final de semana inteiro com a esposa. Outro, a esposa vem trazer o benefício. EDM o pai de quinze em quinze dias também vem visitar. GRL, às vezes o sobrinho vem aqui. É o que mais frequenta aqui. MRZ a família mora muito longe, em Princesa Isabel. MRZ não tem referencia nenhuma e os outros também não. (Entr.07, fev/2011)

Os usuários também relataram sobre as atividades realizadas nos serviços – CAPS e Residências Terapêuticas:

“(Sobre o CAPS) Eu faço desenho, assino o nome, faço toda qualidade de desenho. Assisto televisão, faço física. (...) (Convívio familiar) Vou pra o CAPS, vou pra casa da minha irmã. (Entr. 06, fev/2011)

“(Atividades na comunidade) Eles fazem caminhada de manhã e de tarde. Tem uma pracinha aqui próximo, que eles passam por um tempinho por lá. Vêm o movimento, passam a tarde por lá também. Vão ao comércio, porque eles gostam de comprar as coisas deles. Então vão ali compram um lanche, um refrigerante. Eles sempre saem da casa. Pra roupas, a coordenação sempre traz roupas pra eles vêem, ai eles mesmo escolhem. (...) (Atividades na comunidade) Às vezes a gente leva pra o parque da criança. As festividades de junho, a gente procura ir pra o parque do povo. Mas nem todo ambiente, eles tem paciência, como shopping,

cinema. A gente já tentou levar, mas acaba que às vezes eles têm um comportamento estranho. Então eles mesmos ficam constrangidos. (Entr. 07, fev/2011)

Os usuários também afirmam que priorizam os serviços substitutivos em detrimento ao modelo manicomial, e que esse modelo de tratamento trouxe repercussões para a inserção nos espaços sociais: “Sob o ponto de vista da desinstitucionalização, como um paradigma emergente, o campo da saúde mental amplia-se face à existência de um novo e complexo objeto: o sujeito e seu transtorno mental em relação com o corpo social.” (COLVERO, 2004, p. 200). Além da participação dessas pessoas na dinâmica social, também houve uma diminuição na frequência de crises psicóticas.

“Moro aqui. Adoro. Arrumo amizade com amigo, não tenho má querência com ninguém. Nós ‘passeia’ por aí. ‘Damo’ uma volta por aí, ‘damo’ um retorno. ‘Damo’ uma voltinha por aí. (...) (Sobre a diferença entre a Residência Terapêutica e hospital) Deus me defenda de hospital mais. É melhor viver por aqui mesmo. Porque tem alimentação pra gente se alimentar, tem remédio, tem o salário pra gente sobreviver. (Entr. 02, fev/2011)

“O CAPS é bom. Lá tem a escolinha, tem aqueles ‘alongamento’, é bom. Ficando o dia lá tem almoço. (...) (Atividades na comunidade) Dá um caminhada, arroteia pela pracinha. Aqui é bom porque é aberto os portão, vê o movimento. (...) (As crises) Só teve um, que entrou em crise, foi ‘L’. Ai internaram ele no Edgley na emergência. Agora na outra casa, foi ‘S’. e foi eu. Agora eu num tava muito doente não, mas quiseram me internar. (...) (As crises) diminuiram muito. E quando eu adoeço, não fico agitado. Tem uns que fica. (Entr. 03, fev/2011)

“As crises diminuiram. Tiveram mais na adaptação quando saíram do João ribeiro. Mesmo com toda reclamação, mas foram muitos anos de convivência lá. Então era a referência que eles tinham de casa. Então, quando vieram, desencadeou muitas crises logo no início. Agora depois que eles se habituaram, se adaptaram. Viram que o convívio era melhor porque era poucos, não era aquela grande quantidade. Nós respeitávamos cada um, com sua individualidade. E com o tempo foram diminuindo (as crises). Raramente hoje tem crises. Mas isso ai o medico já falou que uma hora eles tem crise mesmo. (...) Eles vão (ao CAPS). Mas é bem livre, eles vão quando quer porque aqui nada é obrigado. Foi dito pela coordenação que é para deixar eles bem a vontade mesmo, não é pra forçar eles a nada. Quer caminhar, vai. Quer ir ao CAPS, vai. Quer ficar em casa. Eles vão todas as segundas-feiras (ao CAPS).” (Entr.07, fev/2011)

Todavia, apesar dos avanços do processo de Reforma Psiquiátrica, o cotidiano das pessoas com sofrimento mental ainda é permeado por desafios para a efetiva inserção nos espaços sociais e comunitários.

“ (Espaços na comunidade) Querendo sair, sai. Mas, é mais difícil. A gente só sai pra o CAPS e pra dar uns passeios pelo bairro mesmo. (...) Nunca levaram a gente.” (Entr. 03, fev/2011)

“(Avaliação do serviço) O que eu sinto é que às vezes eles acham as atividades muito bobinhas. - Ah, só pra pintar, rabiscar, não vou não. Eu já falei tudo que tinha pra falar, já conversei tudo que eu tinha de conversar, eu não quero mais não... Eu acho que eles queriam uma coisa mais dinâmica, uma atividade mais diferente. (A ida ao CAPS) Na realidade, eles gostam mais do passeio, do sair de casa. De ir de carro, de olhar a cidade, passear. É mais o passeio. Eles gostam mais do passeio, do sair de casa.” (Ent. 07, fev/2011)

Compreender os entraves para efetivação dos princípios de reabilitação e tratamento são importantes. Há a necessidade de reflexão crítica das contradições e processos contidos nessa realidade: “Todos os estudos sobre a vida cotidiana indicam a complexidade, contraditoriedade e ambigüidade de seu conteúdo. E o que é mais importante, a vida de todos os dias não pode ser recusada ou negada como fonte de conhecimento e prática social.” (Netto, 2010, p. 15)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa indica que as inter-relações entre a sociedade, os modelos de tratamento e as pessoas com sofrimento mental à época das internações em manicômios, estiveram num contexto de segregação e instauração da identidade do louco. O isolamento da convivência familiar e comunitária, as precárias condições socioeconômicas dos usuários, a construção cultural do estigma do “louco”, o cenário capitalista de exploração da mão-de-obra, todos esses elementos contribuíram para a cronificação e agravamento dos sintomas dos usuários, e conseqüente incapacidade para gerir sua pessoa além da dificuldade de ser aceito em sociedade, fazendo com que perdessem o vínculo com seus familiares de forma definitiva.

Na compreensão de como acontece a convivência da sociedade com os loucos, observamos que a história construiu a identidade dos loucos e que esse modelo de desinstitucionalização que retira-os dos manicômios e moldam os mesmos para o convívio social através de serviços de saúde mental vêm trazendo avanços na reabilitação social.

A forma de tratamento humanizado nos serviços de saúde mental vem contribuindo para uma relativa autonomia e inclusão social dos seus usuários, que, além de participarem das atividades terapêuticas, também fortalecem o seu convívio comunitário. Entretanto, o modelo de atenção à saúde mental implantado ainda perpassa por desafios: ainda não executa práticas preventivas para promover a saúde mental a todos os cidadãos brasileiros, prevalecendo ainda algumas práticas imediatistas de reabilitar usuários em crise, além disso, não tem atuação prática de forma muito mais intensa na sociedade (o espaço onde é possível acolher (ou rejeitar) as pessoas com sofrimento psíquico).

Dedicar-se aos “irracionais”, entender porquê são instituídos como tal, refletir sobre a vida e história de cada um deles, foi um desafio, pois apesar das suas respectivas peculiaridades, também são resultado de um processo histórico de construção e reconstrução – a totalidade em movimento que contemporaneamente imprime um contexto de uma sociedade capitalista, arraigada de seus valores e normas que afirmam uma nulidade de sujeitos que vêem a sua existência e o mundo de forma diferente. Por isso, inquietamos-nos e pudemos compreender essa sede de verdade que os loucos têm ao expor os seus interesses.

Faz-se necessário tornar as pessoas com sofrimento mental, sujeitos do seu tempo, tarefa que se inicia através da reflexão sobre as contradições e processos circunscritos na realidade vivenciada pelos mesmos. Sabemos que a caminhada é longa, mas certamente se inicia com a escuta dessas pessoas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1995.
- ARRUDA, A. A. Secretaria Municipal de Saúde. Coord. Geral de Saúde Mental. **A Reforma Psiquiátrica e a Saúde Mental em Campina Grande**. Campina Grande, 2007.
- BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social**: Fundamentos Ontológicos. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- BRASIL, R. F. **Lei nº 10.216**. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1) – Brasília, 2010.
- COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Revista da Escola Enfermagem USP, 38(2), São Paulo, p. 197-205, 2004.
- CRESPI, F. Manual de Sociologia da Cultura. Lisboa: Estampa, 1997.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. LTC Ed. 4. ed. Rio de Janeiro, 1988.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- FURTADO, J.P. et al. **Inserção social e habitação**: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.33, p.389-400, abr./jun. 2010.
- FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- FURTADO, C. **Formação Econômica do Brasil**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1959.
- _____. **Uma política de desenvolvimento para o Nordeste**. Novos Estudos Cebrap, São Paulo, v. 1, 1, p. 12-19, dez. 1981
- HELLER, A. **A filosofia Radical**. São Paulo, Brasiliense: 1983.
- _____. **O Cotidiano e a História**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- _____. **Sociología de La vida cotidiana**. 4.ed. Barcelona, Ediciones Península: 1994.
- IAMAMOTO, M. **Serviço Social na contemporaneidade**. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007a.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** Capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007b.

JUNIOR, J. E. R. **Percursos da reforma psiquiátrica de Campina Grande.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Saúde Pública. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - FACISA. Campina Grande. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; Rio de Janeiro, 1998.

NETTO, José Paulo. **Cotidiano e Serviço Social:** Elementos para pensar a Formação Profissional, CEDEPSS. Vitória, n 04, jun. 1990. (Série Estudos e Debates)

_____. **Cotidiano: Conhecimento e crítica.** 8. Ed. São Paulo, Cortez, 2010.

SILVA, M. B. B. **Atenção Psicossocial e Gestão de Populações:** Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. Physis 2005.

VASCONCELOS, K. L. **Infância, infâncias: cotidianidades em espaços socialmente distintos.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil, 2002.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO

CAAE 0598.0.133.000-10

Pesquisadora Responsável: **Georgina Dantas Macedo**

Andamento do Projeto CAAE- 0598.0.133.000-10

Título do Projeto de Pesquisa
Os loucos estão soltos: um estudo sobre a cotidianidade de egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos de Carapina Grande-PB

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	07/12/2010 13:58:12	23/12/2010 12:22:40		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	30:11/2010 15:57:07	Folha de Rosto	FR - 391459	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	07:12/2010 13:58:12	Folha de Rosto	0598.0.133.000-10	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	23/12/2010 12:22:40	Folha de Rosto	0598.0.133.000-10	CEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 391459	
Projeto de Pesquisa OS					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Preve.				Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase Não se Aplica
Unitermos Saúde mental, cotidiano, inserção social					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 5	Total Brasil 5	Nº de Sujeitos Total 5	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Georgia Dantas Macedo			CPF 055.021.274-43	Identidade 2756561	
Área de Especialização SAUDE MENTAL			Maior Titulação ESPECIALISTA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA VENÂNCIO NEIVA, 287 CENTRO AP. 1001 10 ANDAR			Bairro CENTRO	Cidade CAMPINA GRANDE - PB	
Código Postal 58100-060	Telefone / (83) 8857-9468		Fax	Email georgia_picui@hotmail.com	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <u>Georgia Dantas Macedo</u>					
Data: 30/11/2010			Assinatura		
Instituição Proponente					
Nome SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		CNPJ 24.513.574/0001-21	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão CAPs II Novos tempos		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço AV. ASSIS CHATEUBRIAND		Bairro CENTRO	Cidade CAMPINA GRANDE - PB		
Código Postal 58420-105	Telefone (83) 3155122		Fax	Email	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <u>Georgia D. Macedo</u>		* <u>Georgia Dantas Macedo</u>			
Data: 30/11/2010		Coordenadora do CAPs II Novos Tempos CPF: 407.288.234-63			

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 30/11/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⏪ Voltar

IMPRIMIR

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. História de vida;
 - 1.1. Constituição da vida pessoal e familiar
 - a) Estado civil, composição familiar, moradia, emprego e renda, formação educacional e religião.
 - 1.2. Histórico do sofrimento mental
 - a) Quando e como aconteceram as Primeiras crises?
 - b) Diagnósticos e tratamentos?
2. A vida no manicômio;
 - 2.1. Quantas internações e durante quanto tempo, você esteve internado em manicômios?
 - 2.2. Quanto tempo você permanecia interno?
 - 2.3. O que vocês faziam no manicômio?
 - 2.4. Como era a forma de tratamento no manicômio?
 - 2.5. Como a sua família acompanhava o seu tratamento quando estava no manicômio?
 - 2.6. Como era o seu relacionamento com a comunidade e a família, após as internações dos manicômios?
 - 2.7. Nesses períodos de internações, você trabalhava? Que atividade?
 - a) Possuía renda econômica própria?
 - b) Como eram as suas condições econômicas?
 - c) Como eram administrados os seus ganhos e as suas despesas?
 - 2.8. Quais os espaços sociais em que você conseguia frequentar? E isso acontecia de forma autônoma (sozinho, ou com alguma companhia)?
 - a) Instituições públicas (escola, creche, hospital, posto de saúde etc)
 - b) Instituições privadas (empresas, supermercados, lojas etc)
 - c) Instituições comunitárias (clubes, associações, igrejas, grupos de convivência etc)
3. O cotidiano após a reforma psiquiátrica;
 - 3.1. Como é o seu tratamento no CAPS?
 - 3.2. Quanto tempo você permanece no CAPS?
 - 3.3. O que você faz no CAPS?
 - 3.4. Como a sua família acompanhava o seu tratamento no CAPS?
 - 3.5. Como é o seu relacionamento com a comunidade e a família, após a inserção no CAPS?

3.6. A equipe do CAPS frequenta os espaços da sua residência, os seus familiares e a sua comunidade?

3.7. Você trabalha? Que atividade?

a) Possui renda econômica própria?

b) Como são as suas condições econômicas?

c) Como são administrados os seus ganhos e as suas despesas?

2.8. Quais os espaços sociais em que você frequenta? E isso acontece de forma autônoma (sozinho, ou com alguma companhia)?

a) Instituições públicas (escola, creche, hospital, posto de saúde etc)

b) Instituições privadas (empresas, supermercados, lojas etc)

c) Instituições comunitárias (clubes, associações, igrejas, grupos de convivência etc)