



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA

CAROLINE CUSINATO

*Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais  
de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup>(a). Dr (a). Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu

2016

Caroline Cusinato

***Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais  
de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador (a): Prof. (a). Dr (a). Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Cusinato, Caroline.

Reforma psiquiátrica : avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Caroline Cusinato. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Sueli Terezinha Ferrero Martin  
Capes: 40602001

1. Reforma psiquiátrica. 2. Saúde mental. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. Pessoal da área de saúde mental. 5. Saúde pública.

CAROLINE CUSINATO

## Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. (a). Dr (a) Sueli Terezinha Ferrero Martin

Comissão examinadora:

Prof. (a). Dr (a) Sueli Terezinha Ferrero Martin –  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Botucatu

Prof. (a). Dr (a) Wanda Maria Junqueira de Aguiar -  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof.(a). Dr Guilherme Correa Barbosa -  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Botucatu

Botucatu, 2016.

*A todos que lutam para que nenhuma forma de manicômio exista em nossa sociedade, assim peço licença ao poeta Mário Quintana para lhes lembrar que “Todos estes que aí estão atravancando o nosso caminho, eles passarão. Nós passarinho!”*

## AGRADECIMENTO

É chegada a hora de agradecer todos aqueles que estiverem comigo nesse caminho sendo lado a lado ou um pouco mais longe, apoiando ou criticando, ouvindo, ajudando, falando sobre o mestrado ou assuntos diferentes, mas que estavam sempre ali, juntos! Poderia escolher leves palavras para agradecer ou poderia ainda manter a formalidade da academia, mas prefiro que nessas linhas fique a simplicidade do meu muito obrigada a todos!

Agradeço a Professora Sueli por me aceitar como orientanda e por me orientar cuidadosamente nessa caminhada, mostrando sempre o caminho da ética e colaborando para uma formação crítica, que com muito carinho e dedicação sempre esteve presente fazendo o melhor, obrigada por sempre questionar e me fazer pensar sobre minha pesquisa e sobre o meu papel enquanto pesquisadora. Hoje vejo o quanto isso foi importante para minha formação. Obrigada por ser professora, orientadora e amiga, por tantos ensinamentos, por ser inspiração e exemplo de militância sempre!

Agradeço por onde tudo começou, o início do incentivo, do exemplo e da dedicação, meus pais e irmãos, aqueles que sem saber como e por onde foram meus maiores exemplos e incentivadores, que deixaram o caminho mais fácil, que ajudaram a enfrentar meus medos, que não me deixaram perder a graça e nem o riso nos momentos mais difíceis. Pai e Mãe, não são dois anos que tenho que agradecer e sim uma vida toda. Muito obrigada! Di e Nina, muito obrigada pela amizade, pelo companheirismo, pelas ajudas, pelos incentivos e sempre pelos exemplos que são! Má e Pedro, obrigada por todo carinho e pela torcida sempre.

Agradeço ao meu avô por me despir dos preconceitos, sigo dizendo meu muito obrigada a minha avó Carmem, minha tia Sara, ao Denaldson, e meu afilhado Henrique, que por muitas vezes compreenderam minha ausência e sempre torceram para que tudo desse certo. À minha tia Rita e Tio Zé, e aos meus primos que se interessam sempre em conversar sobre um assunto tão diferente do nosso dia a dia.

Agradeço à família do meu companheiro Caio por torcerem por cada conquista, por compreenderem que por tantos finais de semana eu fui visitá-los mas acabei trabalhando boa parte, agradeço aos cunhados pelas risadas, descontrações e conversas.

Às amigas de Santa Rita que foram as mais compreensíveis com minhas ausências e falta de grana (risos)! Obrigada meninas!

Às amigas (os) de República do tempo de graduação que nos encontros ficavam ouvindo sobre mestrado, pesquisa, saúde mental, CAPS. À Aninha que com nossos jantares

faziam com que eu desligasse um pouco, e fosse possível conversar, descansar e rir para no dia seguinte ter novo ânimo em seguir a caminhada.

Aos Amigos Eternos que por dois anos respiraram junto comigo o Mestrado, e que na mesa do bar ouviam por horas as angústias e me faziam relaxar e aproveitar cada momento, e que no fim deixavam saudade quando cada um ia para o seu lugar.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação da FMB, em especial à Mel e à Re, agradeço as ricas discussões e apontamentos sobre o projeto. À Ju Pizano que não mediu esforços para me ajudar sempre que preciso.

Aos colegas dos grupos que participo (ou participei) seja de estudos, pesquisa e/ou militância: Grupo de Estudos e Pesquisa Psicologia Histórico Cultural e Saúde Coletiva – Botucatu, NEPEM, ABRAPSO – Núcleo Bauru, Núcleo de Educação CRP- Bauru e Grupo de Trabalho de Saúde Mental CRP- São Paulo.

Aos professores que tiveram grande relevância em minha formação acadêmica, muito obrigada Nilma, Juliana Pasqualini, Ângelo, Antônio, Flávia, e em especial o professor Osvaldo que com muito cuidado e carinho me ajudou nos primeiros passos com meu projeto de mestrado e nos estudos sobre Saúde Pública e Saúde Mental.

Agradeço a colaboração da Banca de Qualificação, professora Wanda Aguiar e professor Guilherme Barbosa por todos os apontamentos, correções e sugestões.

Ao Conselho Regional de Psicologia – CRP Bauru – por me oportunizar muitos aprendizados e vivências na área da Psicologia, em especial a Sandra por acreditar e confiar em meu trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, todos os professores e funcionários, e à CAPES pelo financiamento da pesquisa.

A todos os trabalhadores do CAPS que participaram da pesquisa e que colaboraram sempre para que a coleta de informações ocorresse com muita riqueza.

E claro, ao meu grande companheiro, parceiro, amigo, aquele que não foi minhas pernas nessa caminhada, mas foi meu apoio quando elas estavam cansadas. Muito obrigada por me ajudar a pensar no mestrado, a me ajudar tornar realidade, a corrigir meus erros, ajudar com transcrições, citações, formatações! Caio, *“de todos os loucos do mundo eu quis você, porque a sua loucura parece um pouco com a minha”*, muito obrigada meu companheiro!

*O descaso diante da realidade nos transforma em prisioneiros dela. Ao ignorá-la, nos tornamos cúmplices dos crimes que se repetem diariamente diante de nossos olhos. Enquanto o silêncio acobertar a indiferença, a sociedade continuará avançando em direção ao passado de barbárie. É tempo de escrever uma nova história e de mudar o final.*

*(Daniela Arbex)*



CUSINATO, Caroline. **Reforma psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 117p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

## RESUMO

Esta pesquisa visou identificar os avanços e os retrocessos da Reforma Psiquiátrica, assim como os desafios contemporâneos que envolvem os progressos e/ou a reprodução da lógica manicomial nas práticas profissionais dos trabalhadores de um CAPS. Entendemos a reforma psiquiátrica como um processo histórico que tem como objetivos questionar e propor novas estratégias para a transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. O estudo foi realizado em um CAPS I de um município do interior de São Paulo, no qual participaram oito trabalhadores com nível superior e que atuavam há mais de um ano nesse serviço. A pesquisa foi pautada na Teoria Histórico-Cultural, portanto, alicerçada aos pressupostos metodológicos do materialismo histórico-dialético. Os procedimentos utilizados envolveram entrevistas semiestruturadas, observação participante e registros no diário de campo. A partir das entrevistas e da análise das informações coletadas pudemos compreender que alguns trabalhadores no cotidiano do serviço identificam em suas práticas, muitas vezes, uma reprodução da lógica manicomial, realizando constantemente um movimento pessoal e coletivo para que tal lógica seja superada. Enquanto uma outra parcela de trabalhadores acaba por reproduzir e naturalizar essa lógica dentro do serviço que tem como proposta a ruptura com o paradigma manicomial. No entanto, não podemos simplificar a compreensão dos trabalhadores entrevistados em dois grupos completamente distintos (manicomiais X antimanicomiais), já que foi possível observar que, em diversos momentos, alguns trabalhadores apresentavam concepções contraditórias, ora em defesa de práticas de atenção psicossocial, ora em consonância com a reprodução da lógica manicomial, a depender da temática abordada. Observamos também que a compreensão (ou sua ausência) das políticas públicas por vezes está relacionada com a superação ou não da lógica manicomial. Constatamos que para esta superação é importante fortalecer e implantar completamente as políticas públicas de saúde mental, visto que a não consolidação dessas políticas dificulta as ações dos trabalhadores no cotidiano, em especial no que tange à Rede de Atenção Psicossocial no município em questão. Cabe ressaltar ainda a importância de se evidenciar tanto o caráter ideológico como o caráter humanizador das práticas destes profissionais e também a compreensão de que o ideário manicomial vem na contramão do que concebemos para a saúde.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; CAPS; Teoria Histórico-Cultural

Cusinato, Caroline. **Psychiatric Reform: Progress and Challenges of the practices of professionals at a psychosocial treatment center (CAPS)**. 117p. Dissertation (Master`s) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

### **ABSTRACT**

This survey aimed to identify the advances and regressions of the Psychiatric Reform, as well as contemporary challenges involving the progress and / or reproduction of asylum practices in professionals of a CAPS in the professional practices of workers in a CAPS. We understand the psychiatric reform as a historical process that aims to question and propose new strategies for the transformation of the classical model and paradigm of psychiatry. This study was conducted in the CAPS I of a city in the interior of São Paulo, where eight graduated employees working in this area for over one year were interviewed. The survey was guided by the Historical-Cultural Theory, therefore, supported the methodological assumption of historical dialectical materialism. The procedures used involved semi-structured interviews, participant observation and records in a field diary. Based on the collected data we understood that some of these workers often identify on their routine a reproduction of asylum practices, constantly struggling personally and collectively to overcome this situation. Others employees, on the other hand, eventually reproduced and naturalized this practice within the service that intends to break with the asylum paradigm. However we cannot it is not correct to simplify the understanding of these workers in two completely different groups (asylum x anti asylum), once it was observed that many times, some workers had conflicting views, sometimes in defense of the psychosocial mental health practices, others according to the reproduction of asylum logic. We also noted that the understanding or the lack of public policies sometimes is related to overcoming or not the asylum practices. We observed that strengthen and fully implement of public policies of mental health is important to overcome this fact, once the non-consolidation of these policies hinders the workers' actions in daily life, especially with regard to the system of psychosocial service in the studied city. It is worth noting the importance of emphasizing both the ideological and the humanizing character of these professionals practices and the understanding that the asylum ideology is in the opposite direction to what we conceive to health.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; CAPS; Historical-Cultural Theory.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
CAIS	Centro de Atenção Integral a Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio/Atenção Psicossocial
NEPPEM	Núcleo de Estudos e Pesquisa, Psicologia Social e Educação e Saúde: Contribuições do Marxismo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

URSS União das Repúblicas Socialistas Soviéticas  
WONCA World Organization of Family Doctors

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>1. REFORMA PSIQUIÁTRICA</b> .....	19
1.1 BREVE RESGATE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO ...	19
1.2 RESGATE HISTÓRICO NO BRASIL .....	24
<b>2. MODELOS DE CUIDADO</b> .....	30
2.1 MODELO MANICOMIAL .....	30
2.2 MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	34
<b>3. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)</b> .....	38
3.1 CONTEXTUALIZANDO O CAPS .....	38
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	46
4.1 OBJETIVO GERAL .....	46
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	46
<b>5. JUSTIFICATIVA</b> .....	47
<b>6. MÉTODO</b> .....	49
6.1 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS .....	49
6.2 PROBLEMA DE PESQUISA .....	54
6.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA .....	55
6.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	57
6.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES .....	58
6.6 QUESTÕES ÉTICAS .....	60
<b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	61
7.1 ANÁLISE DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO .....	61
<b>A. Organização do trabalho em equipe</b> .....	62
<b>B. Práticas Assistenciais dos Trabalhadores</b> .....	69
<b>C. Dificuldades e Desafios encontrados pelos trabalhadores</b> .....	82
<b>D. Reforma Psiquiátrica</b> .....	91

<b>E. Luta Antimanicomial</b> .....	95
7.2 SÍNTESE DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO .....	98
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	104
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	108
<b>APÊNDICES</b> .....	115

## APRESENTAÇÃO

*Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.*

*(Karl Marx)*

Ao pensar em minha trajetória enquanto pesquisadora dessa temática que desenvolvi em meu mestrado, é de se esperar que eu comece falando da Psicologia e suas contribuições em minha vida, mas não. Irei começar pela minha infância, pois se misturam, nesse momento em que escrevo, os sentimentos mais puros e a acidez da vida adulta.

Começo esse texto relembrando as contribuições de um sábio senhor, dono de uma simpatia inigualável e um carisma surpreendente, que me levava para passar tardes sem preconceitos ou medos em um manicômio. Esse senhor era o meu avô, e foi nessas visitas a um hospital psiquiátrico que conheci amigos e pessoas muito queridas por ele que ali viviam. Meu querido e saudoso avô me ensinou que a loucura não era algo a ser temido e que aquelas pessoas não precisariam ficar presas atrás das imensas grades. Mas ele esqueceu de me contar que ali as pessoas eram torturadas, morriam, passavam frio, fome, recebiam eletrochoques, eram lobotomizadas e vivenciavam as mais diversas atrocidades. E isso eu só fui entender quando já não era mais uma criança.

Meu primeiro contato com a temática foi na infância, claro que de uma forma ingênua e sem muito entendimento, mas de fato a escolha acadêmica pela temática de pesquisa envolvendo a luta antimanicomial e os serviços substitutivos de saúde mental aconteceu a partir de estudos e experiências vividas durante a graduação em Psicologia. Nesse período foi possível frequentar disciplinas que me proporcionaram uma visão mais madura e mais crítica ao sistema que estava instalado e que muitos lutavam para que este fosse derrubado, o sistema hospitalocêntrico. Além dos muros era necessário destruir uma cultura, que excluía, que violentava e anulava todos os indivíduos, e isso eu fui compreender com mais cuidado e com mais criticidade quando participei das aulas e discussões sobre Saúde Pública e Saúde Mental.

Em 2007 ocorreu o Encontro Nacional “20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”, na cidade de Bauru, onde eu cursava minha graduação na UNESP

(Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho). Nesse período eu estava indo para o meu segundo ano da faculdade, participei de algumas atividades do Encontro, mas não como gostaria, pois, nesse momento eu enfrentava uma pequena crise com o curso de Psicologia.

A Psicologia naquele momento parecia muito distante daquilo que eu havia escolhido ao entrar na Universidade. É comum que ingressemos no ensino superior sem conhecer detalhadamente o curso que escolhemos e no decorrer da trajetória vamos entendendo o mesmo, nos reconhecendo e nos aproximando de algumas vertentes e linhas teóricas. Nesse momento de crise eu passei a questionar a Psicologia e o que eu realmente queria, era preciso parar para compreender e buscar o que eu desejava. Através de muitas “idas e vindas” dentro do curso pude conhecer a Psicologia, não em sua totalidade, mas em muitas de suas partes.

Nesses momentos de “idas e vindas” na graduação tive contato com a Psicopatologia, o que me levou a buscar novas discussões e um novo envolvimento com a saúde mental. Nessa época realizei um estágio extracurricular em um Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), antigo hospital psiquiátrico no interior de São Paulo. Este, não por coincidência, era o mesmo manicômio que fez parte da minha infância. No momento do estágio ele passava por grandes adaptações propostas pela Reforma Psiquiátrica, naquela conjuntura um dos serviços que foi criado para substituir o sistema hospitalocêntrico, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), encontrava-se dentro das imediações físicas do antigo hospital, o que resultou em mim uma reflexão crítica sobre os moldes de como ocorria a desospitalização e a desinstitucionalização naquela ocasião e a não permanência das práticas manicomiais, já que a proposta era outra, mas a estrutura era mantida. Ao desenvolver esse estágio tive a oportunidade de estudar um pouco mais sobre a Reforma Psiquiátrica e novo modelo de Atenção Psicossocial, assim essa oportunidade me levou a entender e perceber que a implantação do novo modelo trazia consigo novos desafios aos profissionais, isto posto como algumas resistências e a proposta de rompimento com uma cultura violenta.

As minhas reflexões que ocorreram durante esse estágio, tomaram corpo quando comecei a frequentar as aulas de Saúde Pública e Saúde Mental na graduação, as aulas traziam uma contextualização histórica e discussões críticas sobre o antigo modelo e o atual modelo de serviços de saúde, o que me instigou mais ainda a me envolver com essa área. Meu amadurecimento acadêmico veio aos poucos, conforme eu descobria a Psicologia. Como já citado, me envolvi em algumas temáticas diferentes, mas não nego minha identificação e aproximação com a Psicologia Histórico-Cultural desde meu início acadêmico.



Eu estava me formando e me transformando em todas as minhas relações constantemente. Nesse sentido não posso deixar de citar aqui que o corpo docente e os meus colegas de curso foram atores fundamentais na minha formação e nas minhas mudanças, além de citar também que não acredito que um dia irei amadurecer por completo, mas acredito que estarei sempre em construção.

Me formei, fui para o mercado de trabalho e o meu descontentamento ao me distanciar gradualmente da saúde pública e da saúde mental me perseguiu nesse período. Meu afastamento, porém, não me privou das discussões, dos questionamentos, das leituras e do interesse pela área. No primeiro ano após realizar a graduação comecei a participar do NEPPM (Núcleo de Estudos e Pesquisa, Psicologia Social, Educação e Saúde: Contribuições do Marxismo) com a intenção de estar próxima das discussões e estudos promovidos pelo grupo e por considerar que aquele espaço me proporcionaria crescimento pessoal e um maior envolvimento com a Psicologia, mas infelizmente me afastei do grupo depois de um ano, pois acabei me mudando de Bauru, onde aconteciam os encontros.

Mesmo envolvida em algumas discussões, participando de eventos, reuniões e espaços que discutiam Saúde Pública e Saúde Mental eu ansiava cada vez mais me aproximar desse campo e foi assim que decidi me envolver mais e não desistir da temática, tive a oportunidade de realizar uma disciplina no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina de Botucatu ( FMB – Unesp), a professora que ministrava as aulas de Saúde Pública e Saúde Mental me autorizou a participar de sua disciplina como aluna ouvinte e confesso nessas linhas que esse foi o meu primeiro passo seguro em busca do que eu queria naquele momento, me envolver e me aproximar da luta e da militância pelos direitos humanos dessas pessoas que são condenadas por uma cultura violenta que exclui e anula. Essa experiência também me aproximou da academia novamente, o que contribuiu para criar expectativas reais que me levaram a escrever um pré-projeto de mestrado.

Tendo como base a disciplina que cursava e as discussões que a professora fundamentava, foi possível entre viagens de Sorocaba para Botucatu e a saudade de casa e de Bauru começar a reorganizar minha vida e partir em busca do que eu queria, o mestrado. Faço questão de deixar aqui, não nas entrelinhas, mas nas linhas, que esse momento na minha vida deu um novo ânimo e um novo sentido nas minhas escolhas e que essas aulas foram fundamentalmente importantes e seriam novamente em outro momento da minha vida, quando eu assistiria elas de novo como aluna da pós-graduação em Saúde Coletiva e como orientanda da professora que ministrava a disciplina.

Estar no mestrado me mostrou que os espaços de discussão e estudos são de extrema importância para minha constante formação, por isso assim que tive a possibilidade, fiz questão de voltar a frequentar alguns grupos que já participei como o NEPPM, e outros que ainda não havia frequentado, como as reuniões do Núcleo da Associação Brasileira de Psicologia Social, a ABRAPSO de Bauru e o Grupo de Estudos e Pesquisa "Psicologia Histórico-Cultural e Saúde Coletiva" em Botucatu. Esses espaços coletivos foram de extrema importância na minha formação pessoal e profissional, pois a cada reunião era possível me aproximar e aprender mais sobre a temática escolhida, sobre o método, como fazer uma pesquisa, conhecer técnicas e instrumentos a fundo, trocar materiais e angústias.

Fazer parte desse universo de pós-graduação também me mostrou algumas dificuldades pessoais que foram importantes superar e compreender no decorrer do desenvolvimento desse processo, como: a pressão da sociedade, a falta de recursos das universidades, a má valorização do pesquisador; algumas vezes me deparei com uma citação de Gramsci que em diversos momentos fizeram sentido para mim enquanto estudante e pesquisadora.

Deve-se convencer muita gente de que o estudo é também um trabalho, e muito cansativo, com um tirocínio particular próprio, não só intelectual, mas também muscular-nervoso: é um processo de adaptação, é um hábito adquirido com esforço, aborrecimento e até mesmo sofrimento. (GRAMSCI, 1932, p.51)

Foi vivendo essas contradições que foi possível aprimorar meus conhecimentos, compreender a importância da pesquisa em Saúde Coletiva e em outras áreas, reconhecer e valorizar o papel do pesquisador tanto na área acadêmica quanto na sociedade. Essas situações me ensinaram durante esse percurso que apesar da desvalorização e dificuldades ser pesquisador em Saúde Coletiva é estar comprometido com a sociedade, é lutar diariamente para que nós cidadãos tenhamos direito a uma saúde pública de qualidade, é quebrar paradigmas e preconceitos constantemente.

Ao escolher a temática em saúde mental e os serviços que substituem a lógica manicomial, me propus a conhecer, compreender e explorar as políticas públicas em saúde mental, assim como ter sempre um olhar crítico e cuidadoso das políticas e das práticas nesse contexto.

No meio dessa constante formação e transformações desenvolvi o meu projeto de pesquisa que apresentarei mais detalhadamente aqui. O projeto tem como propósito discutir o funcionamento de um serviço substitutivo de saúde mental, sendo este um Centro de Atenção

Psicossocial - CAPS, assim como abordar a atuação dos profissionais dessa área sob o olhar dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial. Desta forma a intenção é também identificar os avanços, desafios, dificuldades e mudanças que envolvem a prática dos profissionais e os princípios da lógica manicomial, compreender tais avanços ou retrocessos e refletir sobre os problemas e desafios que são enfrentados.

Através de uma revisão bibliográfica, iniciaremos o trabalho com um breve histórico da Reforma Psiquiátrica tanto em seu âmbito geral como no contexto específico brasileiro, com um intuito de fazer um resgate histórico e também contextualizar como acontece atualmente esse processo. Em seguida discutiremos o antigo modelo de serviço em Saúde Mental, o modelo hospitalocêntrico, mais conhecido como Modelo Manicomial, e a proposta atual de serviço, conhecido como Modelo de Atenção Psicossocial, resgatando os caminhos percorridos do antigo ao novo, até chegar ao que propõe atualmente os serviços substitutivos em Saúde Mental. Iremos caracterizar, discutir e compreender como é e como está o atual serviço substitutivo de saúde mental estudado nessa pesquisa, o CAPS.

Descrevemos os objetivos, a justificativa e os procedimentos metodológicos, em que abordaremos a caracterização do local de pesquisa e dos participantes, assim como os procedimentos e estratégias e técnicas utilizadas, discutiremos também os fundamentos teórico-metodológicos.

Serão apresentadas aos leitores as informações obtidas na pesquisa e análise realizada a partir dos objetivos e procedimentos metodológicos estabelecidos previamente. Já na finalização do trabalho serão expostos as referências e os apêndices.

## 1. REFORMA PSIQUIÁTRICA

*Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem.*

*(Rosa Luxemburgo)*

Neste capítulo abordaremos a Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de realizar um resgate histórico e contextualizar como esse movimento está atualmente, quais as ações e as políticas que estão sendo realizadas para o avanço contínuo desse processo, tanto no cenário mundial como na perspectiva brasileira.

Amarante (2009) pontua que a Reforma Psiquiátrica em uma dimensão cultural, pode ser entendida resumidamente como um processo de transformação social da loucura, da diferença e da divergência. Conforme assevera Basaglia (1982), “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas do mundo que lutam por uma situação de emancipação” (p.29).

Entendemos que Reforma Psiquiátrica vai além de uma transformação do modelo assistencial, é nesse caminho que pretendemos seguir nesse capítulo, para ampliar o nosso saber desse movimento e compreender a trajetória e o desenvolvimento de todo o processo.

### 1.1 BREVE RESGATE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO

Ao falarmos sobre a Reforma Psiquiátrica em um contexto geral no mundo é essencial contextualizarmos previamente e muito brevemente a loucura e o surgimento das instituições psiquiátricas.

Em um sucinto resgate baseado em leituras sobre a história da loucura, é possível entender que a loucura era vista primeiramente como bruxaria, magia negra e que logo passa a ser vista com cunho religioso, como pecado, “os pecados contra a carne e as faltas contra a razão” (FOUCAULT, 1972, p. 87). Na Idade Média o louco estava presente na vida das pessoas, era visto e se associava a sociedade, sem ser isolado.

Na Idade Moderna, época caracterizada pela transição do feudalismo para o modo de produção capitalista, o louco é reorganizado dentro da sociedade passando a ser isolado de todos, tornando-se um objeto desumanizado e passando a ocupar o lugar dos “desocupados” e pobres. Nesse período a loucura é associada a alienação e a não adaptação do indivíduo ao novo modo de produção. As instituições psiquiátricas surgiram muito antes do capitalismo, mas com o advento deste tornaram-se instituições de correção e ajustes morais, ou seja, um sistema regulador de disciplina. Resende (2000) afirma que essas instituições não tinham

nenhuma função curativa e sim o objetivo de limpar as cidades dos mendigos e pessoas consideradas antissociais, e que a prioridade era punir a ociosidade e reeducar para a moralidade. Desta forma, eram consideradas um depósito de sujeitos não aptos ao trabalho, indivíduos que não se ajustavam na nova forma de produção, sendo representados em sua maioria por loucos, idosos, mendigos e deficientes mentais.

Segundo Gradella Jr. (2008), a exclusão desses indivíduos pelo Estado burguês é subproduto das relações sociais, econômicas e políticas do modo de produção capitalista. Nesse sentido, Heller (1989) afirma que “essa mesma sociedade, ao subsumir o indivíduo sob sua classe, ao submetê-lo às leis econômicas como se essas fossem leis naturais, aboliu aquela possibilidade e fez dos indivíduos livres nada mais que escravos da alienação [...] (p.75). Fica claro que a inserção produtiva (trabalho ou não trabalho) é o que estabelecia os limites entre o que se considerava normal e anormal.

Para Basaglia e Basaglia (1979), a estrutura econômica e organização social coincidem sempre e não é casual que os manicômios tenham sido organizados no início da revolução industrial e que mostrem sua mais ampla configuração institucionalizada no momento em que se faz necessário separar o homem produtivo do improdutivo. Com o surgimento da era industrial a relação já não se estabelece entre o homem e a sociedade, mas sim entre o homem e a produção, o que cria um novo uso discriminante de cada elemento como a anormalidade, a enfermidade e a inadaptação.

Basaglia (1985) também descreve que nas instituições psiquiátricas é evidente a divisão entre os que têm e os que não têm poder, resultando, portanto, em uma relação de opressão e violência, que exclui todos aqueles desprovidos do poder. Essas instituições, portanto, eram vistas como uma rede de repressão à desordem, que tinham como função social a exclusão daqueles que não se adaptavam a ordem social da burguesia.

Desta forma tornavam-se instituições imbuídas de brutalidade, tortura, maus tratos, superlotação e violência. Como pontua Gradella Jr. (2008), além da opressão e da violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, rotulando este como normal ou anormal, é uma afirmação do poder médico que se esconde atrás da ciência, mas não deixa de ser uma imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa.

A proposta do movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu no início do século XX, mas sabe-se que já no final do século XIX algumas medidas reformadoras eram tomadas nos hospitais gerais, as críticas ao modelo de asilamento começam a surgir após a Segunda Guerra Mundial, em um momento de crescimento econômico e de reorganização social.

Inicialmente esses movimentos surgem nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá (Psiquiatria Preventiva), França (Psiquiatria Institucional de Setor), Inglaterra (AntiPsiquiatria) e Itália (Psiquiatria Democrática). No Brasil as críticas a esse modelo imposto irão surgir mais tardiamente.

A Reforma Psiquiátrica contou, então, com diferentes modelos pelo mundo, como visto acima, nos EUA e Canadá o modelo predominante era a Psiquiatria Preventiva com uma proposta de que seria possível cuidar e prevenir das doenças mentais, subvertendo o objeto da doença mental para a saúde mental (AMARANTE, 2003). A ideia da Psiquiatria Preventiva era prevenir o adoecimento mental, com isso o conceito principal era evitar e tratar a “crise” o mais rápido possível, assim foi criada uma rede de serviços comunitários (ambulatórios, centros de saúde, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia) nos EUA com a intenção de prevenção à crise, como pontua Amarante (2007), nesse contexto criou-se uma caça a todo tipo de suspeito com desordem mental. O autor acrescenta ainda que, apesar de serem instalados tantos serviços que também tinham como objetivo a “desospitalização” desses sujeitos, o que se percebeu foi um aumento da demanda psiquiátrica não apenas para esses serviços, mas também para os hospitais psiquiátricos. Assim esses serviços comunitários se tornaram grandes captadores e encaminhadores para os hospitais psiquiátricos.

Na França o modelo prevalecente era a Psiquiatria de Setor, no qual a ideia foi levar o tratamento ao meio social dos doentes (AMARANTE, 2003). A partir do espaço hospitalar, as cidades foram divididas em setores com a presença de uma equipe técnica responsável pelo atendimento psiquiátrico, garantindo “uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados” no hospital (AMARANTE, 1995a, p.35). Amarante (2007) levanta que através desse modelo é que se fala pela primeira vez da regionalização da assistência psiquiátrica e há um deslocamento do cuidado do hospital para um espaço extra-hospitalar, um cuidado no território.

Foi nesse momento que surge a ideia e o princípio de comunidade terapêutica de Maxwell Jones, na Inglaterra, baseada em experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, com a adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes, com o objetivo de resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional.

Na Inglaterra, além da Comunidade Terapêutica, o modelo vigente de reforma foi a Antipsiquiatria, com uma negação radical ao saber e às instituições psiquiátricas e uma forte crítica à incapacidade da psiquiatria tradicional no tratamento da loucura. Para a Antipsiquiatria, diferentemente da Psiquiatria, não havia doença mental, mas sim uma

experiência do sujeito e sua relação com o ambiente social em que vive (AMARANTE, 2007). Esse modelo foi importante pois denunciava a violência que acontecia nas instituições psiquiátricas, e também porque contribuiu com o conceito de desinstitucionalização no sentido de desconstrução. A Antipsiquiatria adotou assim como na Psiquiatria de Setor a proposta das Comunidades Terapêuticas, porém não como uma ideia asilar, mas como uma instituição aberta.

Na Itália, o modelo de reforma instalado é a Psiquiatria Democrática que teve como precursor Franco Basaglia. O conceito de Reforma nesse contexto se modifica, pois como afirma sua própria esposa e colaboradora Franca O. Basaglia (1996), esse processo não foi uma simples mudança, mas a demolição concreta de uma cultura, somente possível se outras culturas fossem construídas, outro conceito de saúde e doença, de normal e anormal. Através de sua experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia e Trieste na Itália, onde realizou mudanças práticas e conceituais, influenciado pela fenomenologia e o existencialismo, e pelo marxismo segundo a tradição de Antônio Gramsci, Franco Basaglia rompe com a psiquiatria tradicional e propõe um novo dispositivo para a saúde mental, a desinstitucionalização. Antes o movimento sugeria a humanização dos hospitais gerais e psiquiátricos, neste momento da história Basaglia irá propor o fim dos manicômios, rompendo com todas as formas violentas e desumanas que acuavam os doentes mentais. Este movimento resultaria em uma luta contra a institucionalização hospitalar e a institucionalização externa. Em 1978 é aprovada a Lei 180, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Basaglia que, além de prever o fechamento gradual dos manicômios, propõe a sua substituição com criação de serviços territoriais e práticas baseadas nesse novo olhar que a Reforma Psiquiátrica italiana traz sobre a loucura. Esses serviços territoriais são propostos através dos centros de saúde mental, cooperativas de trabalho, residência para egressos dos manicômios, ações culturais, entre outras que atendiam as necessidades desse novo sujeito através de uma nova prática proposta, que a partir da reforma se encontrava em liberdade. (ROTELLI, 1991)

Assim, foram nesses espaços e contextos diferenciados que surgiram diferentes formas de atuação do processo da Reforma Psiquiátrica, inicialmente acontecendo na Europa e na América do Norte, mais tardiamente esse processo chegaria até o Brasil com fortes influências da proposta de reforma realizada na Itália, que será abordado no tópico seguinte.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica acontecendo gradual e gradativamente no âmbito mundial, algumas declarações e documentos foram publicados e divulgados pelas mais diversas organizações ligadas à Saúde.

Em 1978 aconteceu em Alma-Ata, URSS, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde foi redigido um documento conhecido como Declaração de Alma-Ata (1978). Nessa declaração foi explicitada a necessidade de uma ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. O documento ressalta a importância da participação do governo na prevenção e promoção da saúde, justificando ser essencial essa atuação para o contínuo desenvolvimento econômico e social. A Declaração de Alma-Ata foi um marco que representou o início para outras iniciativas acontecerem. (BRASIL, 2001a)

Muitas outras declarações e documentos foram publicados e são referências para a Saúde Mental, dentre eles citaremos alguns que marcaram mundialmente a saúde nesse contexto de Reforma Psiquiátrica, como a Declaração de Caracas em 1990 que aponta que a atenção psiquiátrica tradicional não é compatível com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva, tendo os objetivos completamente diferentes. Além disso esclarece que manter o hospital psiquiátrico como a única modalidade de assistência dificulta que os objetivos de um novo modelo de atenção sejam alcançados. A Declaração de Caracas, a partir disso, irá afirmar que a reorganização da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária à Saúde possibilita a promoção de modelos de atenção centrados na comunidade, implicando em uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2001a)

Ainda nesse documento é declarado que os recursos, os cuidados e o tratamento devem proteger os direitos humanos e civis e a dignidade dos usuários, assim como devem propiciar e incentivar a permanência do sujeito na comunidade. Ressalta-se também a importância de os países ajustarem suas legislações para que seja cumprido e para que também garantam o cumprimento da Declaração de Caracas, assegurando os direitos dos usuários. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005):

A Declaração visa promover serviços de saúde mental de base comunitária e integrados sugerindo uma reestruturação da atenção psiquiátrica existente. Ela afirma que os recursos, a atenção e o tratamento para pessoas com transtornos mentais devem salvaguardar sua dignidade e direitos humanos, fornecer tratamento racional e apropriado e empenhar-se para manter as pessoas com transtornos mentais em suas comunidades. Afirma ainda que a legislação de saúde mental deve salvaguardar os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e que os serviços devem ser organizados de modo a garantir a aplicação desses direitos. (p.19)



A OMS divulga com determinada frequência relatórios<sup>1</sup> sobre Saúde Mental e a integralidade com outros campos da saúde. Em 2005 foi publicado um Atlas de Saúde Mental que teve como objetivo mapear os recursos de saúde mental no mundo. Os dados obtidos nesse mapeamento foram necessários e importantes para avaliar a situação atual de cada país em relação a saúde mental, levantando as necessidades regionais e globais com o intuito de auxiliar no desenvolvimento de planos que ajudem nessas necessidades.

Outra importante publicação nesse mesmo ano foi o Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação - Cuidar, sim - Excluir, não – que tem como objetivo orientar os países na concepção, adoção e implementação de legislação que corresponde diretamente com a normas e padrões aceitos internacionalmente, levando principalmente em consideração a boa prática em direitos humanos. O objetivo, portanto, não é determinar um modelo legislativo específico para os países, mas salientar as questões a serem incorporadas à legislação, ligados aos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos.

O relatório mais recente que envolve a temática saúde mental como umas das prioridades foi publicado em 2008 pela OMS e a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), com o título “Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global”, com o objetivo de apresentar as vantagens de se prestar serviços de saúde mental em nível de cuidados primários. Também orientar, proporcionando conselhos sobre como implementar e melhorar cuidados primários para a saúde mental, e relatar como diversos e diferenciados sistemas de saúde realizaram esta transformação com sucesso. (OMS/WONCA, 2008)

Em um contexto global é possível acompanhar as medidas e os programas que vêm sendo realizados mundialmente nesse momento histórico através desses documentos, relatórios e declarações.

## 1.2 RESGATE HISTÓRICO NO BRASIL

Nesse tópico abordaremos a contextualização da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro, através de um breve resgate histórico.

No contexto brasileiro seremos influenciados diretamente pelas lutas e pela Reforma Psiquiátrica Italiana baseada nas ideias de Franco Basaglia, mas antes é importante

---

<sup>1</sup> Para a leitura na íntegra dos Relatórios divulgados pela OMS sugerimos o acesso ao site: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>

descrever que no Brasil no início do século XIX, os considerados loucos, alienados, viviam nas ruas, como indigentes. Já em meados do mesmo século os loucos passam a ser encaminhados para a Santa Casa de Misericórdia<sup>2</sup> com a intenção de higienização das ruas, onde viviam nos porões da instituição, sem assistência médica. Em 1830 iniciam-se as construções dos primeiros hospitais psiquiátricos devido as denúncias realizadas à Santa Casa, em 1852 inaugura-se o Hospício Pedro II, que seguia os moldes de um modelo asilar já proposto na Europa por Pinel<sup>3</sup>.

A psiquiatria será somente reconhecida como uma especialidade médica, no começo do século XX, momento este em que o louco/alienado passa a ser visto como um doente passivo de tratamento. É nesse momento histórico no Brasil que irão surgir as colônias agrícolas<sup>4</sup> para onde serão levados aqueles que são condenados como loucos. No final dos anos 1950, com o crescimento exacerbado de hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas, começam as denúncias em relação a superlotação e aos maus tratos aos sujeitos que ali estavam asilados.

Segundo Tenório (2002), no Brasil um movimento que irá anteceder o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e o Movimento da Reforma Psiquiátrica, é o da Psiquiatria Comunitária, que surgiu como uma alternativa ao sistema asilar e de colônias, com uma proposta da psiquiatria se organizar num plano mais amplo que conseguisse atingir a comunidade e a prevenção do adoecimento mental.

Para Tenório, (2002 p. 30):

Tratava-se não apenas de detectar precocemente as situações críticas, de modo a resolvê-las sem que chegassem à internação, mas de organizar o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental. Essa intenção preventivista traduzia-se na bandeira de promoção da saúde mental,

---

<sup>2</sup> Santa Casa de Misericórdia – Segundo Gandelman (2001), a Santa Casa de Misericórdia correspondia a esferas bem mais amplas do que o que hoje entendemos como sendo as de um hospital. Essa instituição tinha como objetivo atender aos enfermos dos navios dos portos, moradores das cidades e os loucos que vivam nos porões dos edifícios. A Santa Casa de Misericórdia foi uma marca da colonização portuguesa no Brasil.

<sup>3</sup> Philippe Pinel - Pinel foi um médico psiquiatra francês que começou sua carreira hospitalar em Bicetrê, e depois em Salpêtrière, sendo esses os dois maiores estabelecimentos do Hospital Geral de Paris, apresentando este uma pluralidade de funções e uma diversidade de população como afirma Castel (1978). Ainda o autor assevera que a ideia de Pinel não era retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar.

<sup>4</sup> Colônias Agrícolas – Segundo Guerra (2008), as Colônias Agrícolas indicavam o trabalho como uma necessidade terapêutica associada ao tratamento moral, preconizando a reabilitação através da laborterapia.

prioritariamente ao tratamento da doença, cujo estabelecimento devia ser evitado.

Influenciado pelas ideias italianas de Franco Basaglia, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início no final dos anos 1970, com avanços significativos nos anos 1980 e 1990. No Brasil as questões sobre a doença mental parecem ter permanecido silenciosas durante muito tempo, como aponta Tenório (2002), não se questionavam os princípios dos asilos e da psiquiatria, mas seus exageros e desvios. O movimento da Reforma irá emergir a partir dos questionamentos dos movimentos sociais em relação aos maus tratos, abusos e violência contra os doentes mentais.

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento assim como a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995a, p. 91)

Naquela conjuntura o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi o pioneiro a protagonizar a luta antimanicomial no Brasil e responsável pela forte crítica ao saber psiquiátrico (naquele momento o “saber da exclusão”). O MTSM se organizou a partir de um momento histórico de crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração das políticas de saúde, com o principal objetivo, segundo Amarante (1995a), de organizar um espaço de luta não institucional, um local de debate e encaminhamento de propostas da assistência psiquiátrica, que agregasse informações, promovesse eventos e que unisse trabalhadores em saúde. Esse movimento irá iniciar as denúncias e a luta contra as instituições da indústria da loucura, ao sistema “hospitalocêntrico” e estabelecem a proposta de desinstitucionalização. Além disso, denunciam também a falta de recursos e de profissionais, a precariedade das condições de trabalho e da assistência prestada.

Amarante (1996) pontua a desinstitucionalização em categorias, sendo elas: desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e a desinstitucionalização como desconstrução.

Conforme o autor, a desinstitucionalização como desospitalização se orienta a partir do paradigma psiquiátrico tradicional, partindo do pressuposto de que a reforma implica em aplicar corretamente o saber científico e as técnicas psiquiátricas, assim como considera que deva haver um rearranjo estrutural e nas conduções administrativa, como: diminuição de leitos e de tempos médios de permanência hospitalar e aumento do número de altas e/ou criação de serviços intermediários, assim como a implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário, preventivo e comunitário que substituam o aparato hospitalar.

A desinstitucionalização como desassistência se coloca em oposição à desinstitucionalização, pelo fato de entender o processo como uma simples desospitalização sem criar novos modelos, serviços e políticas, por entender que a desinstitucionalização não significa a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado. (AMARANTE,1996)

Ainda segundo o autor citado, a desinstitucionalização como desconstrução no sentido de se aproximar e identificar-se com a trajetória prático-teórica da tradição desenvolvida por Franco Basaglia, em que a principal referência está no conceito de desinstitucionalização, fortalecendo um novo significado para o processo. Assim Amarante (1996) irá afirmar que se a realidade é essencialmente construída, pode ser substancialmente modificada.

A reforma estava presente no contexto histórico do Brasil, porém a luta antimanicomial surgiu de maneira decisiva em dezembro de 1987 no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios! ”, um movimento social que luta pela extinção dos manicômios e de toda violência praticada pela assistência psiquiátrica.

Este Congresso aconteceu logo após a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) que teve como temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. A partir dessas temáticas discutidas nessa Conferência foi possível no II Congresso discutir a ideia de desinstitucionalização do tratamento/assistência psiquiátrico.

Esse movimento realizado no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental está historicamente ligado à defesa dos direitos humanos, como também incentivava a militância política e social contra a violência institucional praticada nos espaços manicomiais.

Nesse evento foi publicado o Manifesto de Bauru<sup>5</sup> que contém uma postura contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; proposta de uma reforma sanitária democrática e popular; proposta de uma reforma agrária e urbana; que os trabalhadores pudessem se organizar livre e independente; solicitava também o direito à sindicalização dos serviços públicos; assim como a criação do Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988 e fazia um apelo pelo fim dos manicômios. Amarante (1995a) afirma que com o lema “Por uma sociedade sem manicômios!”, a ideia de desinstitucionalização na tradição basagliana ressurge com um conceito básico de reorganização do sistema de serviços. Assim, a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica não poderia ser entendida como uma desassistência aos doentes mentais, pois além da criação de novos serviços em saúde mental, ela também tem como foco a ideia da desconstrução de práticas manicomiais.

Boarini (2011, p.131) certifica que:

A desinstitucionalização da atenção à saúde mental se traduz pelo abandono do paradigma que valoriza o “ajustamento social” e a norma e faz da razão seu único apoio. É o rompimento com o paradigma que entende o transtorno mental como sinônimo de incapacidade e periculosidade, e por esta razão justifica, adota e advoga medidas de tutela e exclusão. É a ruptura com um paradigma que não reconhece as singularidades e, neste sentido, não tolera autonomia e, assim sendo, estigmatiza e exclui posições diferentes. Enfim tais rupturas não se circunscrevem a humanizar ou “abrir as portas dos hospitais psiquiátricos”.

Naquele contexto, temos um momento político de grande importância, pois é um período marcado por muitos eventos, que discutiram e problematizaram questões referentes a saúde mental, a sua condição e seu futuro, como: 8º Conferência Nacional de Saúde, I Conferência Nacional de Saúde Mental, II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental e também marcos significativos como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ITAPEVA em São Paulo – criado em 1987) e do primeiro Núcleo de Apoio/Atenção Psicossocial (NAPS –BAURU – criado em 1987).

As políticas públicas de Saúde Mental irão avançar e em 1992 é publicada a Portaria/SNAS nº 224 que formaliza as funções dos NAPS/CAPS nacionalmente. Outras políticas e ações irão tomar corpo e se desenvolver no decorrer desse processo da Reforma.

---

<sup>5</sup> Manifesto de Bauru – para ter acesso ao Manifesto na íntegra indicamos a leitura do mesmo, disponível em [www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=3708](http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3708).

Para o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial brasileiros, o referencial para a reforma foi a Itália que em maio de 1978 aprovava a Lei 180, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Basaglia, que foi comentada brevemente no capítulo anterior. Baseada nas ideias italianas, em 6 de abril de 2001, foi aprovada no Brasil a Lei nº 10.216, mais conhecida pela Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, que instituía um novo modelo de tratamento aos usuários de saúde mental no Brasil. Tal lei dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, propondo um modelo de Atenção Psicossocial, discutiremos esse modelo em um próximo capítulo. (BRASIL,2001)

Nos capítulos abaixo discutiremos os modelos manicomiais e de Atenção Psicossocial, assim como a implantação dos novos serviços que substituem o antigo modelo, além de pensar e refletir sobre os avanços e desafios desse movimento da Reforma Psiquiátrica.

## 2. MODELOS DE CUIDADO

*Abrir uma instituição, o manicômio, não é apenas abrir as portas, mas abrir nossa cabeça em confronto com aquele que nos procura.*

*(Franco Basaglia)*

Nesse Capítulo iremos discorrer sobre os modelos de cuidados em Saúde Mental, em específico o modelo manicomial e o modelo de atenção psicossocial. O objetivo do texto é contextualizar os dois modos de atenção, resgatando a concepção de cada um.

Inicialmente falaremos do modelo manicomial, ainda existente, retomando o que eram os manicômios, como funcionavam e como ele passa a ser questionado e criticado, discutiremos também o processo que repensa esse modelo e propõe um novo modelo baseado em uma nova prática.

No item seguinte continuaremos a discussão apresentando paradigma proposto, o modo de atenção psicossocial, o que é, quais são as propostas, as práticas e ações e finalizaremos com a análise dos atuais desafios desse novo modelo estabelecido.

### 2.1 MODELO MANICOMIAL

Para falarmos do modelo manicomial é importante resgatar o que foram (e ainda são) os manicômios. O objetivo é contextualizar nesse momento do capítulo o que eram os manicômios, mas não podemos ignorar que muitos hoje ainda existem nos mesmos moldes do passado, por isso escolhemos que a partir dessa circunstância escreveremos o texto no presente, para o leitor entender de maneira clara que esse modelo está ainda vigente, mesmo com muita luta para que consigamos uma sociedade sem manicômios.

Os manicômios são instituições para onde são reclusos os loucos, alienados, doentes mentais, todos aqueles que são considerados desprovidos de razão, muitas vezes considerados incapazes e perigosos para a sociedade em geral, era e é assim que ainda funcionam essas instituições. Com a Reforma Psiquiátrica muito se avançou, tanto em relação a luta antimanicomial quanto às políticas de saúde mental, mas o nosso foco agora é relembrar o passado e repensar o retrocesso, a permanência e existência dessas instituições para em seguida pensarmos no modelo atual.

Para entendermos melhor o tipo de instituições que estamos falando Goffman (1974) irá defini-las como instituições totais, caracterizando essas instituições pelo seu

"fechamento" ou seu caráter total, que é representado pelas proibições de saídas e pelo impedimento da relação social do indivíduo encarcerado com o mundo externo.

Pessotti (1996) define os manicômios como locais pequenos com escassez de leitos e quando haviam eram desordenados e insalubres, os médicos raramente visitavam os internos, seu papel era apenas para tratar de ferimentos ou doenças físicas. O autor ressalta que se utilizava correntes e a violência era constante nesse ambiente.

Outro autor a fazer apontamentos sobre o manicômio é Ugolotti, caracterizando-os como um ambiente onde não tinha muito ar e nem muita luz. Afirma que em especial os quartos dos internos que eram pavimentos úmidos e sujos, que havia uma pedra nos quartos que servia muitas vezes para fixar as correntes que os continham. Relata ainda que as comidas eram escassas e mal preparadas, que os loucos ficavam enjaulados como uma fera e que as pessoas que trabalhavam no serviço de assistência tinham como principal função “domar” os doentes mais inquietos. Sobre as formas de tratamento nos manicômios o autor aponta o tratamento violento sob os mais diversos aspectos, pontuando que o tratamento era prescrito pelos médicos como meios curativos, mas que também eram empregados com intenção punitiva e como castigo de maneira brutal. Ele chama esse tratamento de terapia violenta, que ia desde privações de alimentos até queimaduras na nuca, além das ameaças e intimidações. (UGULOTTI, 1949 *apud* PESSOTTI, 1996).

No Brasil as Santas Casas de Misericórdia representavam essas instituições. Os “hóspedes” eram aglomerados nos porões sem nenhuma assistência médica, quando tinham delírios, alucinações e encontravam-se agitados eram contidos por guardas e carcereiros através de espancamentos ou contenções, muitas vezes eram levados à morte por maus tratos, desnutrição e doenças. (RESENDE, 1987)

Para Kinoshita e Zonta (1988) é neste contexto asilar que as práticas psiquiátricas se concretizam para além de suas funções terapêuticas, exercendo também funções político-administrativas e de controle social.

É possível complementar com Amarante (1992), que diz que:

a história da psiquiatria é a história de uma apropriação, de um seqüestro de identidades e cidadanias, de um processo de medicalização<sup>6</sup> social, de disciplinarização, de inscrição de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia e violenta. (p. 104).

---

<sup>6</sup> Medicalização – De acordo com Collares e Moysés (1985), medicalização é o processo pelo qual um problema de origem eminentemente social é compreendido a nível organicista e individual.



Muitas eram as práticas realizadas em manicômios, entre elas Goffman (1974) coloca a realidade asilar, o modelo médico e a cultura da violência. Entende-se aqui como modelo asilar a realidade da exclusão, do isolamento, do controle. O autor expõe que nessas instituições as portas eram fechadas, as paredes altas, nos muros haviam arames farpados, ao redor haviam fossos, água, florestas ou pântanos, que impediam que os sujeitos saíssem, deste modo eles acabavam enclausurados, encarcerados e isolados nessas instituições.

Como modelo médico compreende-se um instrumento de controle social que anula as potencialidades do indivíduo, centralizando a atenção na doença, no sintoma e na cura.

Quando um futuro paciente chega para sua primeira entrevista de admissão, os médicos aplicam imediatamente o modelo de serviço médico. Quaisquer que sejam as condições sociais do paciente, e qualquer que seja o caráter específico de sua "perturbação", ele pode ser tratado nesse ambiente como alguém cujo problema pode ser enfrentado, ainda que não tratado, pela aplicação de uma única interpretação psiquiátrica técnica. O fato de um paciente diferir de outro quanto a sexo, idade, grupo racial, estado conjugal, religião ou classe social é apenas um item a ser levado em consideração, a ser, por assim dizer, "neutralizado", de forma que a teoria psiquiátrica geral possa ser aplicada e a fim de que os temas universais possam ser identificados sob as superficialidades das diferenças externas na vida social. (GOFFMAN, 1974, p.285.)

Como cultura da violência considera-se todas as formas de violência sofridas, sendo ela física, psíquica e/ou moral, uma cultura que expropria o indivíduo de sua relação e direitos com o mundo externo e anula toda a história individual e coletiva do sujeito. Para Garcia (2012), as violações dos direitos humanos nos manicômios são invisíveis na maioria das vezes, pois além de envolver instituições fechadas os internos ficam afastados dos olhares públicos.

Esse modelo que falamos, o modelo manicomial, hospitalar, asilar, nasceu então do modelo biomédico e tendo, portanto, como principal característica a hospitalização dos sujeitos, se aproximando das práticas das instituições carcerárias, assim é um sistema fundamentado na vigilância, controle e disciplina. (AMARANTE, 2007). Ainda esse autor nos apresenta o artigo 32 do Estatuto do Hospício de Pedro II (Hospital Psiquiátrico Brasileiro) que falava sobre os meios de repressão que eram permitidos no Hospital para obrigar os alienados a obedecerem, tais como: privação de visitas, passeios; diminuição de alimentos; reclusão em solitárias; uso do colete de força.

Em consonância, Lüchmann e Rodrigues (2007) vão dizer que o manicômio é essa instituição que exclui, controla e é violenta, seus muros ocultam a violência física e

simbólica através de uma roupagem protetora que retira a culpa da sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura.

Como já apresentado no capítulo anterior, o movimento da Reforma Psiquiátrica vem na contramão da manutenção desse modelo e instituições. Ela vem no sentido de romper com a estrutura e a lógica imposta, trazendo novas propostas, dentre elas a desinstitucionalização. Assim, no sentido de desconstrução desse modelo Yasui (2010) afirma que:

Se nos colocamos na perspectiva de uma ruptura com esta racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como o do isolamento, da exclusão, da disciplinarização e, também, como dispositivo que se espraia pela sociedade como estratégia de controle, vigilância, domesticação, devemos estar atentos sobre as relações entre a produção de cuidado e o território no qual se inscreve o serviço. (p.2)

Para Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) a desinstitucionalização é a ruptura com um paradigma, é um trabalho de transformação prática do manicômio. Os autores asseveram que no processo de desconstrução do manicômio esta transformação citada é reproduzida através da eliminação dos meios de contenção, do reestabelecimento do indivíduo com o próprio corpo, da reconstrução do direito e da capacidade de os sujeitos utilizarem seus objetos pessoais e terem a capacidade da fala. Além disso deve abrir portas, produzir relações e espaços, permitir os sentimentos, devolver aos indivíduos os direitos civis, e promover a reinserção e o intercâmbio social. Ainda para os autores, a desinstitucionalização tem o objetivo de romper com a rigidez mecanicista da doença, removendo a ênfase do processo de cura e promovendo a ênfase na produção da vida, na utilização dos espaços coletivos, construindo uma nova prática, uma nova política.

Portanto, a desinstitucionalização não se limita apenas a uma reorganização técnica de serviços e a novas terapias, mas a desinstitucionalização é um processo complexo de reconstruir saberes e práticas, de reposicionar o problema e estabelecer novas práticas e acima de tudo, é um processo ético-estético, que deve reconhecer que novas situações geram novos sujeitos, sujeitos de direito (AMARANTE, 2009). Dessarte, esse processo de desinstitucionalizar a loucura exige uma complexidade de fatores, sejam eles administrativos, financeiros, organizacionais, técnicos ou afetivos, subjetivos, ou seja, uma sucessão de demandas sociais articuladas com a produção da vida em sociedade. (ALVERGA, DIMENSTEIN, 2006).

Como pontuado por Amarante (1995b), não falamos de fechar essas instituições e abandonar os sujeitos ali internados e seus familiares, tampouco falamos em fechar leitos para reduzir os gastos indicando um ideal neoliberal ou mesmo um enxugamento do Estado. Para o autor fica claro que falar de desinstitucionalização não significa apenas desospitalizar, mas sim desconstruir, romper e superar um modelo obsoleto que se centraliza na doença e não no sujeito.

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico... (AMARANTE, 1995b, p.494)

Essa lógica de desinstitucionalização surgiu com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) que tinha como modelo as ideias das ações italianas, como colocado no capítulo anterior. É nesse movimento que irá surgir uma nova proposta de cuidado aos doentes mentais, um cuidado que substitua essa lógica manicomial e essas instituições. No item abaixo apresentaremos com mais detalhes esse novo modelo, com uma nova lógica e uma nova proposta de serviços em Saúde Mental.

## 2.2 MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O modelo de Atenção Psicossocial surge nesse contexto em que se pretende romper com a realidade asilar, com o modelo médico e com a cultura da violência e assim estabelecer uma nova prática e uma ruptura com os velhos hábitos.

Atenção Psicossocial é, portanto, um novo paradigma que surge com a intenção de substituir o antigo modelo manicomial como citado acima, no contexto da Reforma Psiquiátrica. Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), o modelo de atenção psicossocial é utilizado para designar novos dispositivos institucionais, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), que buscam outra lógica, que não a velha lógica do modo asilar; outra fundamentação teórico-técnica que não o modelo médico centralizado na doença; outra fundamentação ética, outro modelo que fuja dos paradigmas psiquiátricos.

Costa-Rosa (2000) irá conceituar a atenção psicossocial de acordo com quatro parâmetros:

- Concepção do “objeto” e dos meios de trabalho - valoriza a implicação subjetiva do sujeito; segundo Costa-Rosa é a definição de seu objeto, e dos (meios) teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho)
- Formas de organização das relações intrainstitucionais - preconiza a horizontalização, com a distinção obrigatória entre as esferas do poder decisório, de origem política e as esferas do poder de coordenação de origem mais optativa;
- A instituição no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico - prioriza a integralidade das ações no território, instituição como espaço de interlocução, deslocamento do antigo interior da instituição para tomar o próprio território como referência; assim como o relacionamento com os usuários e a população.
- A ética dos efeitos das práticas em saúde mental - as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

No mesmo sentido, ao repensar as práticas e as transformações desse cenário, Amarante (1999) apresenta quatro campos de transformação na Saúde Mental, para romper com o antigo modelo, sendo eles: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), a partir desses campos irão visualizar a práxis da Atenção Psicossocial e defini-las:

- No campo teórico-assistencial há a prevalência da desconstrução de conceitos e práticas apoiados na psiquiatria e na psicologia que mantêm suas visões apenas na doença mental e não no sujeito, é, portanto, o rompimento e reconstrução do modelo médico.
- No campo técnico-assistencial há a prevalência do foco no sujeito e não na doença, em que é construída uma rede de serviços que esteja preparada para receber esses indivíduos, que seja um espaço de troca, onde se promova saúde e dê espaço e visibilidade ao sujeito.
- No campo jurídico-político a luta e a transformação vêm no sentido de extinguir os manicômios substituindo-os por espaços abertos que possibilitem o exercício de direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social.

- No campo sociocultural é a construção de práticas sociais que promovem um processo de mudança da imagem da loucura e do louco, em que o louco seja visto como um cidadão de direitos.

Os autores ao realizarem esses apontamentos nos evidenciam ainda mais que a Atenção Psicossocial é a transformação da antiga lógica manicomial-asilar para uma nova lógica com novos paradigmas.

Amarante (2007) aponta que o modo de Atenção Psicossocial não pode ser visto como um modelo, mas sim como um processo que é social e complexo, portanto, que está em constante transformação e superação dos antigos paradigmas manicomialis.

Luzio (2011, p.146) também defende que:

Atenção Psicossocial não é apenas mudança da assistência psiquiátrica, mas um processo de transição paradigmática. Como um processo que aspira à construção de um outro paradigma, ela requer uma transformação estrutural em constante movimento, com a participação de diversos atores sociais [...].

Ainda para Luzio (2011), o desafio era não apenas desenvolver-se na humanização das relações entre indivíduos, sociedade e instituições psiquiátricas, era cuidar dos doentes mentais no território, produzir vida, promover cidadania e romper com os princípios e ideais do asilamento.

Percebemos então, a necessidade de um constante movimento de transformação na estrutura do modelo que irá substituir o antigo modelo manicomial; e a constante participação de profissionais, usuários, familiares e uma política pública que apoie e forneça subsídios e referenciais para que essa transição seja realizada e assim favorecer a inserção social dos indivíduos.

Portanto, a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, proporcionando aos usuários cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Sobre esse novo modelo como apresentado pelo Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental:

A reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde. A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva é necessário que os municípios desenvolvam, de acordo com as

diretrizes acima expostas, políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. (CNSM, 2002, p.23)

Esse modelo conta inicialmente com uma rede de serviços substitutivos variados, tais como: Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais e nos CAPS III) (BRASIL, 2001b).

Os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças (AMARANTE, 2007, p.83). É importante que essa rede esteja integrada a rede básica de saúde, que esses serviços se estruturam de forma descentralizada, que se articulem e sejam intersetoriais se garantindo assim como serviços humanizados e de qualidade, serviços esses que vinculem, criem laços entre usuários, profissionais, familiares e a comunidade como um todo.

Luzio (2011) ressalta que a Atenção Psicossocial tem progredido como um processo de construção de uma nova ordem institucional, assim é possível, segundo a autora, observar a ampliação de rede de atenção, a criação de serviços abertos e ações no território, promovendo uma diminuição das internações e dos leitos psiquiátricos, além de uma diminuição da exclusão social e a criação de uma cultura contra os manicômios, mesmo com esses avanços é um novo modelo que enfrenta muitos problemas e desafios.

Como já citado nesse texto a implantação desse novo modelo de serviços de atenção psicossocial não é apenas a desconstrução e reestruturação de algo já existente. A implantação implica em criar novas possibilidades, novas práticas e novos saberes. Para que isso aconteça é necessário o enfrentamento de muitos desafios e é importante que as Políticas Públicas em Saúde Mental sejam sólidas e fortalecidas.

### 3. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

*Por um mundo onde sejamos socialmente iguais,  
humanamente diferentes e totalmente livres.  
(Rosa Luxemburgo)*

Iremos dedicar este capítulo ao CAPS, com a intenção de conhecer e entender a Política Pública que propõe esse serviço como um serviço substitutivo aos Hospitais Psiquiátricos, através disso apresentaremos o que são os CAPS, como estão organizados e a proposta de funcionamento desse serviço.

Ainda iremos apresentar e discutir algumas pesquisas que se dedicaram a avaliar esse serviço em suas diversas instâncias e através delas teremos um panorama geral de como ele foi proposto pela Política Pública e como ele vem sendo realizado.

#### 3.1 CONTEXTUALIZANDO O CAPS

Em dezembro de 2011 foi publicada a portaria nº3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, caracterizando a RAPS em relação as diretrizes, objetivos, funcionamento, território e outras características.

Os objetivos a serem alcançados com a criação dessa rede são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS, portanto, é uma rede que deve promover a atenção psicossocial, e deve ser articulada para a melhor promoção da saúde do usuário de Saúde Mental. Para entendermos essa articulação é importante conhecermos os espaços que compõem essa rede: atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde; Equipe de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), Centros de Convivência; Atenção psicossocial especializada: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; Atenção de urgência e emergência (SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros); Atenção residencial de caráter transitório

(Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial); Atenção hospitalar; Estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos; Reabilitação Psicossocial). (BRASIL, 2011)

Esses dispositivos estão orientados pela lógica de um novo modelo de cuidado em saúde mental, articulados em redes e seguindo a lógica da territorialização e tornando-se independente de qualquer estrutura hospitalar psiquiátrica.

Temos como exemplo desses serviços os CAPS, já citados acima, que serão aqui definidos mais detalhadamente por ser o local onde a pesquisa está sendo realizada. Para isso precisamos conhecer e entender as políticas públicas que criaram e consolidaram esse serviço. Assim, em janeiro de 1992 a Portaria n° 224 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece algumas diretrizes e normas, dentre elas especificando e definindo os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) como unidades de saúde locais e/ou regionalizadas que devem oferecer atendimento de cuidados intermediários, ou seja, atenção aos doentes substitutiva ao regime ambulatorial e a internação hospitalar. Além disso, naquele momento, esses dispositivos deviam ser a porta de entrada da rede de serviços para as ações relacionadas à saúde mental, assim como deviam atender também pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. A portaria afirma, ainda, que esses serviços deviam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. (BRASIL, 1992)

Dez anos depois surge a portaria n.º 336/02 complementando a Portaria n° 224, instituindo os CAPS como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico (BRASIL, 2002).

Nos documentos oficiais da política pública em Saúde Mental:

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004, p. 13)

No documento publicado em 2004 com o título de “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” serão expostos desde a estrutura física de um CAPS assim como seus objetivos, público alvo, profissionais envolvidos, tipo de atendimentos realizados, relação com usuários e familiares e outras informações que nos norteiam e nos proporcionam um maior e um amplo entendimento do serviço. A partir desse documento entendemos que os



CAPS são, portanto, dispositivos que devem estar vinculados a rede de serviços de saúde e precisam sempre de outras redes sociais, de outros intersetores, para auxiliar na inclusão daqueles que excluídos da sociedade por transtornos mentais. (BRASIL, 2004).

Como objetivo principal tem-se o atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários. A reinserção é proposta através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Neste sentido os CAPS visam:

- oferecer atendimentos em regime de atenção diária;
- coordenar os projetos terapêuticos;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais, como: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, criando estratégias em conjunto para o enfrentamento dos problemas;
- ser responsável por organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- oferecer apoio e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), existem cinco tipos de CAPS, cada um com atendimentos diferenciados divididos em: adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool/drogas, além disso, a implantação de um CAPS em um município depende do contingente populacional. Todas as estruturas de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) são compostas por equipes multiprofissionais com olhar interdisciplinar, com presença obrigatória de médico (com formação em saúde mental ou psiquiatria), profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico singular (de três a cinco profissionais), aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. (BRASIL, 2002).

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a portaria 3088 (BRASIL, 2011), artigo 7, parágrafo 4, orienta que os Centros de Atenção Psicossocial fazem parte da atenção psicossocial especializada e estão organizados nas seguintes modalidades:

- CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- CAPS II AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e
- CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Em relação aos cuidados aos usuários do CAPS, cada um deve ter um projeto terapêutico singular (PTS) que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. No projeto terapêutico singular dos usuários constará também a conduta a qual atendimento ele irá participar segundo o que o próprio CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02, como:

- Atendimento Intensivo: refere-se ao atendimento diário, ofertado quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua.
- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica do usuário diminuíram, com significativa melhora de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia.
- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho. (BRASIL, 2004).

Ainda nesse documento, fica esclarecido que algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de

convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. (BRASIL, 2004)

Para Luzio (2011) é preciso entender como um CAPS se organiza para compreender seus objetivos e finalidades, ou seja, esse serviço deve criar espaços coletivos concretos com a intenção de que nesses espaços circulem falas e escutas, que promova a autonomia, que incentive a participação da família e da comunidade.

Yasui (2006, p.107), define que:

o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Neste sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim.

Assim, estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS, as atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, na comunidade, no trabalho e na vida social, possibilitando uma melhor reabilitação psicossocial e reinserção social. (BRASIL, 2004).

A partir disso, Luzio (2011, p. 153), também em consonância com Yasui, reforça a importância do CAPS na organização de uma rede de cuidado em saúde mental. Para a autora no que se refere às finalidades dos CAPS, em todas as suas modalidades, devem articular todas as frentes de cuidados em Saúde Mental, desde a atenção básica em saúde como na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na rede de ambulatórios, nos hospitais, assim como nas atividades de suporte social, como trabalho protegido, lazer, residência terapêutica e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos.

Assim como afirma a portaria da RAPS (BRASIL, 2011), as atividades no CAPS devem ser realizadas prioritariamente em espaços coletivos e de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

Segundo Amarante (2007), o objetivo é que existam serviços de atenção psicossocial que oportunizem acolhimento, e que todas as pessoas envolvidas com o usuário que procura o serviço possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, medos e expectativas. É essencial que se estabeleça vínculos afetivos e profissionais com essas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas. Nos novos serviços substitutivos de saúde mental “o objetivo era formar equipes multiprofissionais comprometidas com as novas

tarefas desse modelo assistencial que se apresentava enquanto crítica ao asilo e como solução para os problemas de precariedades da assistência psiquiátrica.” (DIMENSTEIN, 1998, p.6).

Debatemos com maior ênfase aqui apenas o CAPS, pois a intenção inicial é entender o funcionamento desse serviço substitutivo, assim como a atuação dos profissionais da saúde neste e, principalmente, a permanência ou não de práticas manicomialis nas ações dos profissionais desses serviços. Tais práticas serão aqui entendidas conforme expõe Basaglia (2008, p.27):

[...] quando o serviço se coloca como simples espaço ambulatorial, distribuidor de medicação ou de psicoterapia por hora; quando se faz o “jogo da empurra” entre as competências, ignorando as necessidades do doente e as dificuldades das famílias; quando se mistifica com uma simples mudança de etiqueta, a permanência dos velhos serviços e da velha lógica institucional.

Ao questionar as práticas dos profissionais e sua atuação nos serviços substitutivos é importante ter claro que, tal como Dimenstein afirmou nos anos 1990, ainda hoje:

Os cursos de graduação, por sua vez, desempenham um papel fundamental na determinação de modelos de atuação extremamente limitados e inadequados à realidade sanitária do país [...]. O contexto atual dos serviços públicos de saúde requer novas habilidades dos profissionais e a universidade continua formando profissionais despreparados para atuar nesse campo. Os cursos atendem apenas o ideal de profissional liberal presente entre os alunos e aos interesses corporativos dos profissionais. Os currículos apresentam-se muitas vezes como uma colagem de disciplinas estanques e descontextualizadas [...]. (DIMENSTEIN, 1998, p.12)

Destarte, os profissionais da área da saúde, em geral com uma formação acrítica e ahistórica, acabam por exercer, muitas vezes sem se dar conta, o papel de vigilantes da ordem, e por acreditarem na neutralidade e objetividade da ciência moderna, não sabem lidar com a vida, quando se deparam com ela (MOYSÉS, COLLARES, 2002). Vivenciamos um processo contraditório, em que há algumas instituições que avançam em relação as discussões contra hegemônicas, outras apresentam uma formação acadêmica em que não se discute as políticas públicas e os serviços vigentes, tendo como consequência uma formação inconsistente e cada vez mais empobrecida do ponto de vista crítico. Tudo isso, pois enfrentamos momentos de mercantilização da educação, visto que a intenção é o aumento do lucro com a criação dos cursos superiores e a manutenção da ordem estabelecida. Para iniciar a mudança deste quadro, espera-se na formação “um profissionalismo que não seja mais caricatural e simplificado, mas

um profissionalismo completo, que consiga ser um elemento de transformação cultural da sociedade” (ROTELLI, 1992, p. 74).

Orientados por essas preocupações e convencidos de que é importante conhecer o cenário desse serviço substitutivo de saúde mental propomos a discussão da atuação dos profissionais com a intenção de pesquisar se o serviço que surgiu para substituir a velha lógica manicomial por um novo modelo de atenção psicossocial, garante o fim das práticas manicomiais, os avanços e retrocessos nesse processo e, além disso, compreender quais são os desafios contemporâneos para a superação da velha lógica manicomial.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os avanços e os retrocessos da Reforma Psiquiátrica, assim como os desafios contemporâneos que envolvam os progressos e/ou a reprodução da lógica manicomial nas práticas profissionais dos trabalhadores de um CAPS.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar quais são as práticas assistenciais dos profissionais de saúde desenvolvidas no CAPS, envolvendo a relação com os usuários, familiares e equipe, as necessidades de saúde e como são propostos os tratamentos;
- Compreender a função dos profissionais da saúde que atuam nestes processos, em relação às suas práticas assistenciais;
- Identificar os desafios nas práticas desses profissionais para a superação da lógica manicomial.

## 5. JUSTIFICATIVA

*Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a miséria da existência humana.*

*(Bertold Brecht)*

No início dessa dissertação foi possível descrever e escrever sobre as nossas aspirações pessoais em relação a temática, em que relatamos nossas experiências envolvendo Saúde Mental e Serviços Substitutivos. Para além dos nossos interesses, a escolha da temática também aconteceu, pois verificamos poucas produções que descrevem e analisam a situação e a permanência ou ruptura da lógica manicomial nos CAPS. Observamos também uma carência em estudos que têm como base a abordagem Histórico Cultural.

Segundo Amarante (2007), o funcionamento dos CAPS é muito importante, sendo também de grande relevância e necessidade refletir sobre qual o modelo assistencial e quais as propostas ético-políticas em que estão baseados.

Se não tivermos em mente que falamos de uma ruptura paradigmática, poderemos criar muitos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sem avaliar que tipo de trabalho está sendo desenvolvido [...]. O CAPS pode ser um ótimo serviço. Depende da consciência dessa ruptura, da discussão da medicalização, da idéia mais ampla da Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo nesses lugares. (AMARANTE, 2007, p. 173)

Para tanto, a transformação das práticas e a ruptura com o modelo manicomial não deve ser entendida apenas como o fim do hospital psiquiátrico, mas como a implantação de um novo modelo de cuidado aos usuários de saúde mental que preze pela dignidade da pessoa humana e por sua emancipação. Segundo Amarante (2007), na saúde mental há um nível de complexidade maior e esta complexidade está na atenção básica, ou seja, no lidar com a família, com a casa, com os problemas da vida cotidiana, sem transformar esse lidar em uma simples medicalização, um simples controle, internações desnecessárias, entre outros.

Consideramos que o presente trabalho pode, não só contribuir para a produção de conhecimentos na área da saúde coletiva, como também para a formação e atuação dos profissionais que trabalham com saúde mental no CAPS. Como coloca Gradella Junior (2002), em nome da razão, soterramos vidas e destruimos sonhos, em nome da ciência não contribuimos com a reabilitação dos indivíduos, mas com a cronificação, assim colaboramos com a morte social eletrocutando e dopando os sujeitos. O autor considera que essa herança não pode ser esquecida pelas gerações e que é preciso desmitificar o saber que serve apenas



os interesses de uma classe social, que assim autentica a prática de excluir e segregar. Portanto, é de suma importância o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos em saúde coletiva que busquem a promoção de uma atuação transformadora e que lute por uma saúde pública, humanizadora e de qualidade.

## 6. MÉTODO

*“Estudar alguma coisa dialeticamente é estudá-la em seu processo histórico, em sua gênese, em suas transformações.”*

*(Lev Vigotski)*

### 6.1 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho tem como abordagem teórica a Psicologia Histórico-Cultural a qual está alicerçada no método materialista histórico e dialético, que entende o homem fundamentalmente como um ser social, histórico e cultural. Para Martins (2008), o materialismo dialético como método, estrutura princípios que conduzem a construção do conhecimento da totalidade de um fenômeno, da realidade e acima de tudo, das relações mútuas, das interdependências que há entres eles e por isso prioriza ser um método que compreende a realidade como totalidade.

De acordo com Vigotski (1995), a elaboração do problema de pesquisa e o método se desenvolvem conjuntamente e não de forma paralela. Para o autor o método é ao mesmo tempo premissa e produto, ferramenta e resultado de toda a investigação.

Em vista disso, a epistemologia materialista histórico-dialética presume o entendimento dos fenômenos em sua processualidade e totalidade no desvelamento de sua concretude (PASQUALINI; MARTINS, 2015)

Esta pesquisa está vinculada com as práticas dos profissionais da saúde mental em um serviço de saúde específico – um CAPS -, portanto a partir do método utilizado precisamos conhecer a estrutura e a história que permeiam as relações nesse serviço substitutivo de saúde mental. Conforme aponta Martins (2008), a história é resultado das maneiras como os homens organizam suas existências durante todo o tempo, e a história refere-se ao movimento e às contradições do mundo, dos homens e de suas relações. Segundo Konder (2008), a dialética é a maneira de pensarmos as contradições da realidade, o modo de entendermos a realidade como fundamentalmente contraditória e em transformação constante.

Vigotski (1995) assevera que a exigência essencial do método dialético é estudar algo historicamente. Para o autor, isso implica em compreendê-lo em movimento no seu desenvolvimento histórico. Assim, quando em um estudo se compreende o processo de desenvolvimento de algum fenômeno em sua totalidade e mudanças, isso significa dar visibilidade a sua natureza e conhecer sua essência. Portanto, a investigação histórica é algo que constitui o seu fundamento e não é algo que complementa ou auxilia o estudo.

Isto posto, quando afirmarmos que estudamos os fenômenos em movimento estamos dizendo que os estudamos historicamente, pois se entende a historicidade dos processos como movimentos dialéticos, que são evidenciados por oposições, concordâncias, simetrias e assimetrias.

A dialética materialista contempla as leis do movimento dos objetos incluindo o homem e a sociedade, assim como retrata os processos do mundo objetivo, o movimento e os processos funcionam como princípios e formas de atividade do pensamento. Assim, a compreensão dialética que aqui defendemos exerce funções “quer de ontologia, quer de gnosiologia, lógica e antropologia filosófica, sem reduzir-se a qualquer uma delas separadamente ou a soma de todas.” (KOPNIN, 1978, p.65).

Conforme assevera Kosik (2002):

A distinção entre representação e conceito, entre o mundo da aparência e o mundo da realidade, entre a *práxis* utilitária cotidiana dos homens e a *práxis* revolucionária da humanidade ou, numa palavra, a “cisão do único”, é o modo pelo qual o pensamento capta a “coisa em si”. A dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a “coisa em si” e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade. Por isso, é o oposto da sistematização doutrinária ou da romantização das representações comuns. (p.20)

A percepção imediata não capta esta essência, mas sim a manifestação dos fenômenos da coisa. Podemos afirmar que para a compreensão da “coisa em si” é necessário atingir a essência de determinado fenômeno. O fenômeno é a manifestação imediata, com maior frequência, na estrutura da realidade, havendo sempre uma essência oculta que demanda esforço para compreendê-la. Desta forma, é preciso que haja a manifestação fenomênica e sua revelação para que seja possível atingir tal essência oculta. Nesse sentido, como a essência não se manifesta diretamente (ao contrário dos fenômenos), é necessário que haja uma atividade peculiar com o objetivo de compreender tais fundamentos ocultos das coisas, e para alcançar tal objetivo se fazem necessárias a ciência e a filosofia. Se não fosse preciso esforço para atingir a “coisa em si” e na estrutura da realidade os fenômenos coincidissem diretamente com a essência, não haveria utilidade alguma para a ciência e para a filosofia. (KOSIK, 2002)

O sujeito, nessa concepção, apropria-se da realidade em relação aos aspectos que lhe são significativos, sendo esse modo de se apropriar único e o fundamento de sua própria singularidade. (ZANELLA et al., 2007). Pasqualini e Martins (2015) afirmam que a

singularidade está no plano da aparência do fenômeno, assim para conhecê-lo, é preciso ir além da aparência.

O fato de compreendermos o homem deste modo nos permite afirmar que estudar e conhecer a história é aprender ainda como o homem se organiza nas suas relações, como se movimenta e constrói a si mesmo (a sua história) inserido em um meio social específico. Ou seja, é entender os fenômenos e a realidade em movimento e em sua totalidade, levando em consideração sua particularidade, singularidade e universalidade.

Conforme destacam Aguiar, Soares e Machado (2015), o objetivo do método histórico-dialético é destacar através do procedimento de análise e síntese do sujeito em foco suas particularidades históricas e sociais que caracterizam a articulação de sua singularidade e genericidade.

Como sabemos, é de extrema necessidade que o método seja coerente com os procedimentos da pesquisa, e essa é a proposta desse trabalho, para isso é importante resgatarmos alguns conceitos essenciais para entendermos melhor o método e o procedimento de análise.

Entenderemos que a categoria atividade é central para o materialismo histórico-dialético. Marx e Engels (2001, p. 18) nos dizem que “a produção das ideias, das representações e da consciência está, a princípio, direta e indiretamente ligada à atividade material”, tal conceito foi apropriado pelos autores soviéticos na fundação da Psicologia Histórico-Cultural. Para estes – em consonância com as ideias marxianas – tal conceito é essencial quando buscamos a compreensão do desenvolvimento do psiquismo humano.

De acordo com Leontiev (s.d.), a atividade e a consciência estão dialeticamente relacionadas. Nesse sentido, a estrutura da consciência é transformada com a estrutura de sua atividade, portanto, para a compreensão da primeira é necessário levar com relevante consideração a forma como os homens, através das suas atividades, produzem a sua existência.

Não seria possível que a atividade humana tivesse outra estrutura, se não a criada pelas condições sociais e relações que a envolvem. Devemos ressaltar que, concomitantemente em que tratamos da consciência de determinado indivíduo, é necessário que se considere as condições concretas em que este se encontra inserido na sociedade. Nesse sentido, primeiro precisamos compreender a estrutura da atividade do homem engendrada por condições históricas concretas e a partir dessa compreensão, “pôr em evidência as particularidades psicológicas da estrutura da consciência dos homens”. (LEONTIEV, s.d., p. 107)

A atividade principal do ser humano muda de acordo com o processo de seu desenvolvimento e sua posição no mundo social. Por exemplo, para o bebê a atividade principal é a comunicação emocional e para uma criança em idade escolar a atividade principal geralmente é a de estudo. Para o adulto, esta atividade se encontra no trabalho, para a reprodução de sua existência.

Duarte, sobre esse tema, traz a reflexão de que:

Os seres humanos, a partir de um certo ponto da evolução natural (biológica), tornaram-se biologicamente aptos à realização de uma atividade chamada “trabalho”. Hoje em dia utilizamos a palavra “trabalho” para nos referirmos ao emprego, à profissão, ou seja, para nos referirmos a um processo de troca próprio da sociedade capitalista: nós trocamos nossa atividade por um salário. Por isso Marx dizia que o operário vende sua força de trabalho, ou seja, que a força de trabalho do operário é, na sociedade capitalista, uma mercadoria. Mas essa forma de trabalho é uma forma historicamente situada, que surgiu juntamente com os demais aspectos essenciais que caracterizam a sociedade capitalista [...] (DUARTE, 2004, p. 48).

Assim, para estudarmos a atividade principal de um indivíduo, é necessário ainda compreender as nuances que envolvem as relações de trabalho no sistema de produção capitalista, ou seja, como se estruturam essas relações em uma sociedade de classes, já que são mediadoras da existência concreta do homem e intimamente vinculadas com a forma como ele reproduz essa existência.

Leontiev (s.d.) afirma que toda atividade tem como condição inicial uma necessidade (seja ela material ou ideal), isto é, suprir certa necessidade é o objetivo de uma atividade. Esta necessidade pode ser determinada por um objeto que pode satisfazê-la, desta forma, podemos entender que tal objeto é o que estimula a atividade, torna-se o seu motivo. Assim, só há atividade se houver motivo. Entendemos aqui que toda necessidade tem um caráter histórico e é constituída por uma multiplicidade de determinações.

Devemos ressaltar dois pontos: primeiro, que a atividade é constituída por ações, que por sua vez são compostas de operações; segundo, que a existência da humanidade no mundo (ao contrário do que ocorre com os animais) não é direta, imediata, mas sim mediada. Sabendo disto, podemos compreender que é consideravelmente complexa a ligação entre atividade humana e motivo, assim como a relação destes com as ações que compõem a atividade, diferentemente da atividade animal, em que as ações estão diretamente relacionadas com a satisfação de uma necessidade.

Conforme aponta Duarte (2004), é essencial que essa relação complexa entre a ação e motivo da atividade do homem seja compreendida no âmbito do subjetivo, tanto em termos cognitivos da consciência como em termos afetivos, já que são nesses pontos que se diferenciam a estrutura do psiquismo humano e animal. Sendo assim, na mente humana existe uma relação mediatizada entre o conteúdo da ação e o seu motivo.

Ainda segundo o autor, a consciência humana trabalha com as relações entre o significado e o sentido da ação. O sentido da ação então para o autor é dado por aquilo que relaciona o objeto de sua ação (seu conteúdo) ao motivo dessa ação, na consciência do sujeito. (DUARTE, 2004)

Dessa maneira Leontiev define que significação é:

aquilo que num objeto ou fenômeno se descobre objetivamente num sistema de ligações, de interações e de relações objetivas. A significação é refletida e fixada na linguagem, o que lhe confere a sua estabilidade. Sob a forma de significações linguísticas, constitui o conteúdo da consciência social, entretanto no conteúdo da consciência social, torna-se assim a “consciência real” dos indivíduos, objetivando em si o sentido subjetivo que o refletido tem para eles. (LEONTIEV, s.d., p.100)

Também para Leontiev (s.d., p.102) “a significação é o reflexo da realidade independente da relação individual ou pessoal do homem a esta”. O autor (1978) ainda coloca que os significados são construídos pelos homens em relação na sociedade e apresentam sua própria história de desenvolvimento da linguagem, no desenvolvimento de formas de consciência social; significados representam o movimento do conhecimento humano e seus meios cognitivos. Assim, nas suas existências objetivas, os significados estão subordinados às leis sócio-históricas e também à lógica interna de seu desenvolvimento, os significados também são individualizados e subjetivados.

Podemos entender, portanto, que o significado é construído nas relações dos homens em sociedade, sendo o processo pelo qual as pessoas percebem a realidade objetiva, desta maneira compreendemos a linguagem como o condutor do significado.

O homem se depara com um sistema de significações pronto que foi construído historicamente, ele se apropria dessa significação. O fato propriamente psicológico é que o indivíduo se aproprie ou não, que identifique ou não uma significação, em que nível o sujeito assimila e também o que ela se torna para ele, para a sua personalidade, este último elemento citado depende do que o autor denomina sentido subjetivo ou pessoal que esta significação terá para os indivíduos. (LEONTIEV, s.d.)

Em relação ao conceito de sentido vemos que Leontiev (s.d., 103) atesta que “o sentido é antes de mais nada uma relação que se cria na vida, na atividade do sujeito”. Segundo o autor, para alcançar o sentido pessoal é importante encontrar o motivo que lhe corresponde:

Quando se distingue sentido pessoal e significação propriamente dita, é indispensável sublinhar que esta definição não concerne a totalidade do conteúdo refletido, mas unicamente com aquilo que está orientada a atividade do sujeito. Com efeito, o sentido pessoal traduz precisamente a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados. (LEONTIEV, s.d., p.105)

Diante dessas concepções, entendemos que o sentido é algo pessoal que está ligado à atividade do sujeito e às relações que permeiam essa atividade, assim uma mesma situação vivida por duas pessoas diferentes terá um sentido pessoal para cada uma, dependendo diretamente do modo como é apropriada essa vivência.

Por conseguinte, este trabalho está alicerçado nos conceitos apresentados e descritos acima, como já citado não podemos descolar o método do trabalho com o procedimento de análise e para tal discutiremos em um dos tópicos abaixo detalhadamente como foi o processo de análise das informações coletadas.

## 6.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Lidamos com a realidade da implantação dos serviços substitutivos de saúde mental e com a desconstrução (ou tentativa de) dos hospitais psiquiátricos que ainda hoje se faz muito presente. A partir desse modelo é necessário discutir e refletir sobre as práticas que vêm sendo realizadas nessa proposta de políticas públicas em saúde mental, visto que uma nova estrutura é implantada, e que sofre pressões de vários grupos vinculados à saúde e outros setores, para que não se concretize. Vale ressaltar que na presente pesquisa será feito apenas um recorte para compreender os avanços e desafios do CAPS como dispositivo de promover a reforma psiquiátrica. Embora tenhamos claro que os profissionais desse serviço sejam os principais agentes do movimento da reforma psiquiátrica todo cuidado deve ser tomado para não culpabilizar os indivíduos envolvidos com a saúde. A intenção é promover o olhar crítico para com este trabalho que vem sendo realizado e identificar as experiências que avançam nesse processo, rompendo com a lógica manicomial, assim como com as principais dificuldades e barreiras que os trabalhadores enfrentam no seu cotidiano para alcançar esse objetivo. É também importante clarificar que há outras determinações para esse processo, como os interesses políticos e econômicos, o interesse e atuação das gestões municipais e a consolidação da rede de serviços substitutivos.

Assim se mantêm os questionamentos sobre a permanência de lógicas manicomiais nesse serviço substitutivo, entre elas: medicalização, internação desnecessária, centralização do saber médico, desvalorização de equipes multidisciplinares, falta de redes de apoio aos usuários e às famílias, relação hierárquica do cuidado, pouca valorização a voz do usuário, atividades intramuros, oficinas rígidas com pouca flexibilidade e entre outras problemáticas que eram (são) visíveis no momento em que os hospitais psiquiátricos eram os únicos serviços de assistência no campo da saúde mental. Ou seja, práticas que circundam uma realidade asilar, o modelo biomédico, e a cultura da violência. Nesse sentido surge a indagação de qual a relação de trabalho estabelecida por esses profissionais nesse novo modelo e como estes percebem este trabalho?

### 6.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa será realizada em um município de médio porte, localizada no interior de São Paulo.

No campo da saúde mental a cidade apresenta: Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad II, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPS i, Serviços de Residência Terapêutica e o CAPS ad infanto-juvenil III.

O local escolhido para desenvolver a pesquisa é o CAPS I.

Para melhor caracterização do ambiente e organização do local onde a pesquisa se realiza foi feita uma entrevista semiestruturada com a Gerente desse serviço, com a intenção de enriquecer a descrição do espaço e do funcionamento atual do CAPS.

Atualmente o serviço está organizado fisicamente em um piso superior, piso inferior e área externa. O piso superior apresenta: duas salas de grupos (local onde ocorrem as atividades de grupo e as oficinas), um refeitório, uma cozinha e dois banheiros. No piso inferior há quatro salas de atendimentos, uma sala dos técnicos (onde os profissionais se reúnem), uma sala de administração, uma sala de medicação e alto custo, e as estruturas de enfermagem, sendo elas dois leitos psiquiátricos. Na área externa existe um jardim que é hoje utilizado para desenvolver a oficina de jardinagem.

O CAPS I atende a população com faixa etária a partir dos 18 anos, e atualmente possui em média 3.000 prontuários ativos e 4.000 prontuários em arquivo morto que podem ser reativados quando o usuário voltar a frequentar o serviço. Esse número é alarmante visto que a demanda representa e acaba por configurar o serviço em algo que se aproxima de um ambulatório e não um serviço como está proposto pelas políticas públicas, no caso do CAPS.



A demanda do CAPS é espontânea, indicando que os usuários podem procurar o serviço sem encaminhamento de outros serviços, porém, em algumas vezes os usuários chegam ao local encaminhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Após chegarem ao serviço os usuários passam por acolhimento, avaliação e consulta com o médico. Caso seja considerada necessária sua participação no CAPS o usuário é encaminhado para os grupos terapêuticos e oficinas. Caso não, é orientado a procurar a UBS ou o Ambulatório de Saúde Mental.

O CAPS do município hoje conta com um total de quinze profissionais, sendo eles: três psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, duas enfermeiras, uma fonoaudióloga, dois médicos psiquiatras, uma médica clínica geral especialista em psiquiatria, totalizando onze profissionais de nível superior que compõem a equipe técnica. A equipe de apoio é formada por dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de limpeza, dois auxiliares administrativos e um vigia.

Segundo informações obtidas durante a entrevista, a equipe técnica se reúne semanalmente para discutir os casos e planejar o Projeto Terapêutico Singular, a equipe de apoio não participa dessas reuniões semanais, mas está sempre auxiliando a equipe técnica em relação a atenção às crises e aos surtos dos usuários.

O CAPS preconiza atendimento em grupo, apresentando algumas modalidades de cuidado como: intensivo, semi-intensivo, não intensivo. A participação nesses tipos de cuidado é de acordo com a gravidade do quadro do sofrimento do usuário; há também as oficinas (no momento dessa pesquisa as oficinas atuantes são: memória, jardinagem, jornal e linha agulha), que são estruturadas e conduzidas pela a equipe técnica. É importante ressaltar que as oficinas podem ser temporárias, elas funcionam conforme a demanda dos profissionais e dos usuários, além disso há também o acolhimento individual e em alguns casos, quando há necessidade, é realizado atendimento individual. O acolhimento é essencialmente realizado pela equipe técnica, como dito a equipe de apoio tem como principal função auxiliar na atenção às crises e surtos. No serviço também há programas destinados à família, como: orientação familiar individual sob responsabilidade da assistente social (toda sexta à tarde), trabalhos em sala de espera, e quando há necessidade atendimento familiar individual. Nessa entrevista não surgiram dados que apresentem atividades extramuros e também não foi possível identificar se há ou não assembleias realizadas com trabalhadores e usuários, porém, no momento da coleta de dados alguns trabalhadores relataram que essa é uma prática inexistente no serviço.

Essas são as informações que caracterizam o CAPS em relação ao espaço físico, funcionamento do serviço e caracterização da equipe.

#### 6.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa são profissionais atuantes na área da saúde mental vinculados ao CAPS, que apresentam curso superior e cargo de técnicos como: Coordenador da Unidade, Psicólogo, Enfermeiro, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Médico, entre outros que compuserem o quadro de funcionários do CAPS escolhido.

Optamos por entrevistar apenas os trabalhadores com curso superior pois, segundo informações obtidas em entrevista com a gerente da Unidade, os trabalhadores com curso técnico compõem a Equipe de Apoio e essa equipe não participa de reuniões semanais e nem do planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o que demonstra uma exclusão de parte da equipe que tem contato e vínculo com os usuários. Todos os trabalhadores deveriam participar da reunião, todos devem estar aptos para a escuta e não apenas aqueles que supostamente detêm o saber. Essa equipe tem apenas o objetivo de auxiliar na atenção às crises e nos momentos de surtos dos usuários. Neste trabalho, consideramos que é importante que os participantes tenham conhecimento do PTS e dos processos de cuidados integrais aos usuários do serviço (pessoas com necessidade de cuidados em saúde mental e seus familiares), pois na entrevista serão exploradas algumas questões referentes a essa temática.

Os participantes envolvidos com a pesquisa atuam no mínimo há um ano no serviço da rede (CAPS). Desejamos ter conhecimento também se tais membros já atuaram em outros serviços de Saúde Mental e, com a resposta seja positiva, em quais serviços atuaram.

Salienta-se que o convite foi feito a todos os trabalhadores da equipe que estavam dentro dos critérios de inclusão definidos, mas realizamos as entrevistas apenas com aqueles que aceitaram participar da pesquisa. Foram um total de 11 convites sendo que oito foram aceitos, os trabalhadores convidados foram três da psicologia, um da terapia ocupacional, um da assistência social, um da fonoaudiologia, três da medicina e dois da enfermagem. Desses não aceitaram participar um da psicologia, um da medicina e um da enfermagem.

O contato com os profissionais foi realizado a partir do momento que a Secretaria de Saúde do Município e o CEP da FMB autorizaram a realização da pesquisa. Após a aprovação foi feito um contato prévio com a Coordenadora do CAPS com a intenção de apresentar a proposta da pesquisa, em seguida foi solicitada a participação em uma reunião de

equipe para que, enquanto pesquisadora, pudéssemos realizar formalmente o convite aos profissionais.

## 6.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

Para a coleta e análise de informações foram realizadas leituras de bibliografias e estudos que englobam a temática e nos forneceram suporte para o desenvolvimento da pesquisa em questão.

Em um segundo momento foi feito um levantamento junto à Secretaria de Saúde de quais são os CAPS vinculados à região pesquisada, regulamentados e reconhecidos pelo Ministério da Saúde. Definiu-se desenvolver a pesquisa na modalidade do serviço substitutivo CAPS I.

Com base nesses dados, foi realizado contato com o CAPS solicitando a participação dos trabalhadores na pesquisa, especificamente profissionais com formação em ensino superior, atuantes na área de saúde.

Após os profissionais aceitarem o convite iniciamos as entrevistas, que foram individuais e semiestruturadas, cujo roteiro abrangeu temáticas que envolviam questões sobre a trajetória profissional dos participantes, as atividades cotidianas no serviço e conteúdos sobre reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, com a intenção de conhecer como os profissionais percebiam e realizavam suas práticas e quais desafios estavam colocados para eles. (Apêndice B)

Em nossa proposta também realizamos observação participante na instituição em algumas atividades realizadas pela equipe, como oficinas e grupos terapêuticos. O relato dessa experiência foi registrado em um diário de campo. Minayo (2010) elucida que a observação participante é um processo em que o pesquisador se torna um observador de uma determinada situação, que tem como propósito a investigação e compreensão do contexto em que o pesquisador está inserido. O principal instrumento de registro dessa prática é o diário de campo, tendo como finalidade ser um espaço onde o pesquisador descreve suas impressões sobre suas observações para auxiliar no momento da análise das informações coletadas, sendo que estas anotações pessoais podem ou não serem utilizadas na apresentação dos resultados. No caso dessa pesquisa o diário de campo teve como principal objetivo aproximar a pesquisadora da realidade e do cotidiano do serviço, portanto, ressaltamos que os dados da observação participante não foram utilizados na apresentação e análise dos resultados da pesquisa.

As transcrições das entrevistas foram feitas integralmente, e a partir delas e dos registros do diário de campo foi possível fazer a análise e discussão do conteúdo.

Ressaltamos que nessa pesquisa adotamos a análise materialista dialética sobre o contexto e o objeto focalizados. Consideramos que o conhecimento científico não é construído por fatos e informações isoladas, mas é produzido em determinado período e lugar histórico, portanto a análise dialética dos fatos também se faz necessária, pois permite a interpretação dos fenômenos existentes no interior dos serviços substitutivos em saúde mental e a sua relação com a sociedade.

Para realizarmos a análise materialista dialética das informações coletadas nessa pesquisa, realizamos várias etapas para identificarmos nas entrevistas os núcleos de significação. Conforme destacam Aguiar, Soares e Machado (2015) os núcleos de significação se configuram como um procedimento metodológico que pode influenciar em um avanço significativo na qualidade das explicações sobre a formação dos sentidos e significados.

O percurso para elaborarmos os núcleos de significação, como dito acima, começa com as leituras flutuantes das entrevistas, durante essas leituras é possível identificarmos e organizarmos os pré-indicadores nas falas dos participantes. Para Aguiar e Ozella (2006, 2013) um critério fundamental para selecionar esses pré-indicadores é analisar sua importância para o entendimento do objetivo da investigação e esse processo implica em aglutinar os pré-indicadores, seja por similaridade, contrariedade ou complementação.

É possível iniciarmos a partir dessa aglutinação a identificação dos indicadores. Aguiar e Ozella (2006, 2013) afirmam que esse momento determina uma fase do processo de análise, mesmo que ainda empírica e não interpretativa, mas que encaminha um início de nuclearização. Os autores complementam que o processo de articulação a partir da aglutinação anterior resulta na organização dos núcleos de significação através de sua nomeação. Ainda acrescentam que os núcleos que resultam dessa articulação devem expressar os pontos centrais e fundamentais que fornecem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente, que evidencie as suas determinações constitutivas.

Assim sobre a construção e sistematização dos núcleos de significação é possível afirmar que:

Embora a sistematização dos núcleos de significação seja realizada por etapas (levantamento de pré-indicadores, sistematização de indicadores e sistematização propriamente dita dos núcleos de significação), esse processo não deve ser entendido como uma sequência linear. Trata-se de um processo

dialético em que o pesquisador não pode deixar de lado alguns princípios, como a totalidade dos elementos objetivos e subjetivos que constituem as significações produzidas pelo sujeito, as contradições que engendram a relação entre as partes e o todo, bem como deve considerar que as significações constituídas pelo sujeito não são produções estáticas, mas que elas se transformam na atividade da qual o sujeito participa. (AGUIAR; SOARES E MACHADO, 2015, p.63)

Os autores certificam que a construção dos núcleos de significação exige que o pesquisador tenha os pressupostos teórico-metodológicos sempre como base orientadora do processo de análise e interpretação, assim evita que os núcleos de significação sejam apenas algo instrumental e um procedimento técnico, sendo, portanto, uma das formas de significação da realidade pelo sujeito. (AGUIAR; SOARES E MACHADO, 2015)

Será possível observar e compreender melhor todo esse processo no capítulo seguinte, em que apresentaremos os resultados e a discussão.

## 6.6 QUESTÕES ÉTICAS

Observando a importância do respeito à ética, foi solicitada a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp/Botucatu, adotando procedimentos devidamente apropriados em pesquisas envolvendo seres humanos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Nesta pesquisa é fundamental destacar os seguintes princípios éticos: 1) a garantia do esclarecimento sobre a metodologia no início e durante o processo de coleta de dados, 2) a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento feito por intermédio da formalização do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, 3) a garantia de sigilo e confiabilidade dos dados obtidos nas entrevistas.

As gravações contendo as informações ficarão sob os cuidados da orientadora do projeto durante a realização da pesquisa para eventuais esclarecimentos, sendo destruídas após o seu término.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa tendo como número do protocolo: 35144414.3.0000.5411.

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*O pensamento não apenas se expressa em palavras; ele adquire existência através delas.*

*(Lev Vigotski)*

Neste tópico apresentaremos os resultados e discussão das entrevistas realizadas com oito trabalhadores. Destes, quatro trabalhadores estão atuando no serviço desde a sua implantação e os outros quatro estão a menos de seis anos no CAPS, todos possuem curso superior completo de diferentes graduações e formações complementares após a graduação relacionadas com Saúde Mental e/ou Saúde Pública. Foi adotada para todos os participantes a sigla E (Entrevistados) e numerada em sequência de E1 a E8, para garantir o sigilo de identidade dos trabalhadores. Por questões éticas, para não identificar os trabalhadores, optamos por preservar outras informações.

### 7.1 ANÁLISE DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO

Apresentaremos a seguir o Quadro dos Núcleos de Significação que nos permite entender com quais Núcleos trabalhamos em nossa análise e discussão dos resultados. Como já relatado no decorrer da pesquisa, foi possível chegar aos Núcleos de Significação através de leituras flutuantes das entrevistas e de todo o processo de identificar os pré-indicadores e indicadores.

#### Quadro 1. Núcleos de Significação

TEMAS	NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO
A. Organização do trabalho em equipe	<p><b>A1.</b> Trabalho em equipe visto como um trabalho multidisciplinar que proporciona trocas coletivas</p> <p><b>A2.</b> A construção coletiva do PTS como algo novo para a equipe</p>
B. Práticas Assistenciais dos Trabalhadores	<p><b>B1.</b> A importância do acolhimento na produção de vínculo com os usuários e seus cuidadores.</p> <p><b>B2.</b> A construção do diagnóstico e outras atividades como uma prática exclusiva do médico</p> <p><b>B3.</b> A medicação como algo a ser controlado pela equipe e a necessidade de associá-la a outros recursos</p>

	<p><b>B4.</b> A internação como uma prática realizada apenas quando necessário</p> <p><b>B5.</b> O grupo e as oficinas compreendidas como espaços de troca e de reinserção social</p>
<p><b>C.</b> Dificuldades e Desafios encontrados pelos trabalhadores</p>	<p><b>C1.</b> O aumento da demanda e a falta de recursos em geral complica e dificulta o desenvolvimento do trabalho.</p> <p><b>C2.</b> A dificuldade da articulação da Rede de Saúde e Intersetores devido à falta de estrutura e preparo dos trabalhadores</p> <p><b>C3.</b> Dificuldades de se articular com a Rede de Saúde e Intersetores devido ao preconceito e estigmatização dos usuários de Saúde Mental</p>
<p><b>D.</b> Reforma Psiquiátrica</p>	<p><b>D1.</b> Reforma Psiquiátrica: de algo que não saiu do papel a um novo modelo de atenção psicossocial</p>
<p><b>E.</b> Luta Antimanicomial</p>	<p><b>E1.</b> A Luta Antimanicomial: da desarticulação do movimento à um importante movimento político</p>

## **A. Organização do trabalho em equipe**

Nos Núcleos de Significação a seguir discutiremos e analisaremos a organização do trabalho em equipe, como ela está organizada, as dificuldades de se trabalhar em equipe e uma nova forma de se organizar para realizar a construção o PTS.

### **A1 Trabalho em equipe visto como um trabalho multidisciplinar que proporciona trocas coletivas**

Neste Núcleo de Significação iremos analisar os trechos das entrevistas dos trabalhadores que nos trazem reflexões acerca do trabalho multidisciplinar e das trocas coletivas que acontecem em função dessa organização da equipe.

Mesmo que alguns trabalhadores indiquem que o trabalho em equipe multidisciplinar promova e proporcione trocas coletivas percebemos que alguns deles falam sobre as dificuldades de realizar o trabalho em equipe. Observamos que essas dificuldades relatadas são as mais diversas, a saber: estruturação da equipe, quantidade de profissionais que a compõe, dificuldades de relação, isolamento, falta de cuidado com a própria equipe e suas relações interpessoais.

E1 traz em sua fala que uma das dificuldades encontrada por ele é a falta de estruturação da equipe em relação a quantidade de trabalhadores que a compõe, para ele: “*A relação com a equipe é uma coisa muito **pouca estruturada**, eu gostaria pelo meu modo meio metódico de ser... eu gostaria que fosse mais estruturada*”<sup>7</sup>. Sua fala também nos aponta que essa dificuldade reflete diretamente em atividades cotidianas do serviço como as internações. Para o entrevistado, estruturar mais a equipe e contar com número suficiente de profissionais no serviço pode melhorar a qualidade dos atendimentos e evitar práticas diferentes das práticas do modelo asilar, como ele mesmo coloca: “*quando **tínhamos uma equipe suficiente para darmos todo tipo de atenção que o usuário precisava, nós fazíamos é... uma internação a cada três em três meses***”.

Para E2 a cristalização da equipe dificulta muito o trabalho, ele entende que é preciso conquistar a equipe para que esse trabalho aconteça. Apesar da dificuldade explicitada na fala da trabalhadora observamos que há uma mudança nesse comportamento e na estrutura da equipe, pois E2 discorre sobre os avanços positivos da relação com a equipe, como a “abertura”.

*“...uma **equipe muito cristalizada**, como tem funcionários muito antigos que tão na saúde mental na prefeitura há muito tempo, é uma **equipe cristalizada, enrijecida**, que na minha avaliação nos últimos meses tá um pouco mais aberta para algumas coisas...”*. (E2)

*“...então aos trancos e barrancos a **equipe vai abrindo algumas brechas**, mas eu senti muita **dificuldade quando eu cheguei**... assim, muita dificuldade mesmo... assim quando eu cheguei, então...tem uma coisa que é meio que um **processo de conquista com a equipe**... assim, depois que você conhece, acho que em partes é normal como em todo lugar...”* (E2)

E3 e E2 nos trazem conceitos sobre a dificuldade do trabalho em equipe ser realizado por questões de relacionamentos entre os trabalhadores, um elemento em comum que apareceu na fala das duas trabalhadoras está ligado com a relação da equipe com os profissionais médicos, podemos observar quando E3 diz:

*“Agora quando é uma questão de trabalho, a gente tem nossas discussões e eu acho que tudo é válido, os **médicos também fazem parte das nossas reuniões, aí a gente conversa, discute, tem médico que é mais difícil** (risos), mas a gente tenta... a gente deixa tudo bem claro e bem explícito né... de discutir conduta e tudo...”*. (E3)

---

<sup>7</sup> Os trechos grifados nesta etapa da pesquisa são grifos da autora com o objetivo de destacar a ideia central das falas.



Nesse trecho também é possível observar que o médico não é inserido no contexto da equipe, não é compreendido como constituinte desta. Na fala de E2 há também esse elemento que reforça essa dificuldade de trabalhar em equipe com o médico, observamos também no trecho abaixo a necessidade da própria equipe ter um espaço para se integrar e resolver seus conflitos, essa ideia aparece muito fortemente também em outros trechos.

*“...a gente precisa de um trabalho em equipe, pra equipe... assim, trabalhar conflitos de equipe, um trabalho mais integrado, mais integrado com os médicos, a maior parte do trabalho é a equipe contra os médicos, ou vice-versa, porque é muito difícil o trabalho com os médicos...”*. (E2)

O fragmento acima nos mostra que há eminentemente uma dificuldade de trabalhar em equipe com o médico, como colocado por E3 e E2. Peduzzi (2001) pontua:

O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. (p.108)

Desta forma as relações hierárquicas podem influenciar diretamente na constituição da equipe e no desenvolvimento do trabalho, centralizando algumas práticas no profissional médico e os excluindo de outras, em consonância com o modelo médico centrado, tema o qual nos aprofundamos em outros momentos desse trabalho.

Assim como E2, E4 compreende que a falta de um espaço específico para trabalhar questões da formação e a relação da equipe gera um isolamento dos trabalhadores:

*“Fica tudo muito isolado... acho que tinha que ter um momento de juntar equipe, antigamente a gente tinha uma vez por mês. Assim... a gente fazia um encontro, era um curso, então juntava toda a saúde mental, então tinha mais entrosamento, eu acho que isso faz falta.”* (E4)

Para E2 esse espaço de encontro também teria o objetivo de aliviar o sofrimento da equipe, *“...o trabalhador precisa de espaço pra se encontrar, pra conversar, pra discutir, pra gente aliviar assim... um pouco desse sofrimento que a gente vivencia aqui...”*. É através da comunicação que acontece a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação entre a equipe (PEDUZZI, 1998), por isso a necessidade colocada pela trabalhadora de existir um espaço para a equipe se comunicar é muito importante para o trabalho com um todo no serviço.

São diferentes pontos que se encontram e nos fornecem o significado que o trabalho em equipe seja ele multidisciplinar ou isolado tem suas dificuldades. No entanto, para além dessas dificuldades relatadas há o posicionamento de alguns participantes

considerarem o trabalho em equipe como um trabalho multidisciplinar que proporciona a eles trocas coletivas.

Para E5, o serviço no CAPS está organizado multiprofissionalmente, todos os trabalhadores devem estar preparados para realizar as mais diversas atividades que fazem parte do cotidiano no serviço, reforçando a ideia da política pública que o Centro de Atenção Psicossocial é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

*“O CAPS ele é multiprofissional né, não tem uma divisão de quem é esse quem é aquele, então todo mundo aqui acaba atendendo da mesma maneira dentro da sua especificidade. Mas todo mundo faz acolhimento, a gente faz plantão para o paciente que recorre ao serviço, os grupos que é o intensivo, o semi e o não, então todo mundo faz.” (E5)*

E2 reforça essa estrutura da equipe como um trabalho realizado em conjunto *“como a gente trabalha em equipe multiprofissional, assim... geralmente desenvolve atividade com outro profissional né...”*. Outra trabalhadora entrevistada, E6, também nos demonstra esse aspecto em sua fala e coloca que para além desse trabalho coletivo ela também tem suas especificidades como produzir relatórios, projetos e a parte burocrática do serviço *“...também faço, projetos, relatórios, como é uma equipe multidisciplinar todos fazem quando precisa e eu também sou retaguarda, tudo que precisam na parte burocrática eu ajudo... na liberação do paciente, no processo...”*

O trabalho multidisciplinar colocado pelas trabalhadoras proporciona muitas trocas coletivas e isso é notável quando E7 coloca *“...então tem uma troca profissional muito grande e eu acabo tendo isso com alguns profissionais, não é com todos.”*. Porém, em sua fala E7 explana mais sobre sua relação com um profissional em específico, ressaltando que há trocas, mas não é com todos os trabalhadores que isso acontece.

E3 reforça a ideia que há trocas e há uma construção coletiva ao afirmar que: *“...quando quer montar um grupo novo, uma oficina nova, tudo isso a gente conversa em equipe, nós estamos com várias oficinas agora...”*. Ainda em seu relato observamos o quanto ela acentua que esse tipo de trabalho é facilitado quando há essas trocas e conversas, proporcionando, assim, uma boa relação entre a equipe:

*“Então assim, eu acho que a relação é boa, eu não tenho dificuldade com a equipe a nível de orientação... de organização, então assim... se eu colocar essa pessoa pra fazer esse grupo eu não tenho problema, porque aqui todo mundo faz tudo. Então, como somos uma equipe multiprofissional aqui todos sabem fazer um intensivo, todos sabem fazer um acolhimento... então eu não tenho essa dificuldade...” (E3)*

E8, coloca a importância do trabalho em equipe, porém apresenta um novo elemento que não surgiu na fala das outras trabalhadoras sobre essa troca ser algo mais direcionado e acontecer quando o grupo ou o usuário encaminha demandas para ela: “*O CAPS tem que ser integrado né, **então tudo o grupo me passa, tem tudo escrito, [...] então aqui a gente depende um do outro, não é um trabalho feito sozinho.**”*

Para Peduzzi (1998), o trabalho em equipe multiprofissional consiste em um modelo de trabalho coletivo que se caracteriza na relação mútua entre as variadas intervenções técnicas. Desta forma, neste Núcleo de Significação podemos notar que apesar das particularidades de cada trabalhadora o entendimento sobre o funcionamento multidisciplinar da equipe e as trocas coletivas que essa organização proporciona aparecem de maneira significativa.

Olhar para a equipe multiprofissional do serviço e compreender as relações que envolvem essa equipe é entender esse fenômeno em movimento, entender como foi constituída essa equipe historicamente a partir dos movimentos dialéticos, que são evidenciados por oposições, concordâncias, simetrias e assimetrias.

## **A2 A construção coletiva do PTS como algo novo para a equipe**

O PTS (projeto terapêutico singular) é uma das práticas previstas na política pública de implantação e funcionamento dos CAPS, o cuidado nos CAPS é desenvolvido através do Projeto Terapêutico Singular, a construção do PTS deve ser realizada em conjunto com a equipe, o usuário e sua família. Os cuidados estarão sob responsabilidade do CAPS e da Atenção Básica, tendo esses que garantir o processo de cogestão e acompanhamento do caso (BRASIL, 2011).

Em nossas entrevistas todos os profissionais quando abordados sobre o assunto explicaram que estavam em processo de construção de uma nova organização para a elaboração do PTS, que estava testando um novo modelo. Convidamos todos os profissionais entrevistados a falarem sobre como era esse modelo e o que estava sendo implantado. A maioria dos trabalhadores afirmou que não existe um modelo de elaboração do PTS, mas que é o médico quem decide a conduta a ser seguida com os usuários, definindo qual grupo e quanto tempo deve permanecer, nos demonstrando que a proposta de construção do PTS se encontra centralizada na figura do médico, inviabilizando a autonomia dos outros trabalhadores na construção deste, assim como a participação do usuário e do cuidador/familiar. Essa conduta deixa claro que essa atividade em específico segue o padrão

do modelo médico centrado, em que a autonomia é apenas do médico, demonstrando uma relação forte com o “saber médico” ser o saber predominante, não possibilitando que o PTS seja uma construção coletiva.

Campos e Amaral (2007) apontam que a construção do PTS é uma discussão de caso em equipe, para que se incorpore a noção interdisciplinar e que obtenham a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia com a tradição de discussão de casos em Medicina.

E4, E5 e E6 antes de relatarem como está sendo realizada a construção do PTS nesse momento de mudança nos contam como acontecia este processo. E4 nos fala que o médico construía sozinho o PTS e coloca que o movimento da equipe foi importante para mudar tal condição: *“**ai o médico define o programa, muitas vezes a gente fala, mas esse paciente tá bem, ele não precisa do intensivo, mas ai fica a fala do médico, então tá tentando dar uma mudada nisso**”*.

E5, também ressalta o poder de decisão do médico e as mudanças que serão feitas:

*“...porque antes o paciente **entrava passava pelo médico, o médico decidia o grupo que ele ia e o tratamento e só depois que a gente ia opinar. Então estamos mudando isso e a equipe que irá fazer avaliação para ver onde esse paciente vai entrar, que grupo vai ser inserido, o que ele precisa, isso no PTS.**”* (E5)

A seguir, a fala de E6 reforça a ideia de que o PTS é uma construção médica e que essa elaboração é influenciada pela reação à medicação, o que foge da proposta da política pública, em que o PTS deve ser pensado em conjunto e pensando nos interesses e potencialidades do usuário e não nos aspectos biológicos do sujeito.

*“Então o Projeto Terapêutico Singular é da seguinte maneira, temos três tipos de grupos, primeiro passa por uma avaliação que é o acolhimento, ai vai pra consulta e são encaixados no grupo, geralmente vai direto pro intensivo, que são os que tã em crise, ou alterados e precisam de uma ajuda constante, ou **mesmo o médico quer acompanhar como vai reagir a medicação semanalmente, então ele coloca no intensivo...**”* (E6)

Nesse mesmo sentido em relação ao aspecto biológico notamos que E8 também apresenta como conceito de PTS essa representatividade biológica, *“**Aqui não tem! Você fala de programação de medicação?**”*.

Para Kantorski e colaboradores (2010), o PTS é uma ferramenta significativa para o desenvolvimento do cuidado do usuário no serviço, ele serve como uma referência para orientar as ações da equipe na busca de reabilitar socialmente esse sujeito. Essa definição contrapõe a ideia das trabalhadoras acima.

E7, E3 e E4 nos falam sobre as mudanças, nos contextualizando como está o funcionamento atual da construção do PTS:

*Nós estamos com um projeto agora de começar toda sexta-feira fazendo isso, em reunião, com todos os outros profissionais...”* (E7)

*“O nosso projeto terapêutico singular teve uma mudança... a gente usava um modelo muito antigo que não estava sendo viável, nós fizemos algumas mudanças e estamos pondo em prática agora gradativamente, só que assim... é muito discutido com a equipe, nosso projeto terapêutico tá sendo feito junto com o paciente, porque essa é a ideia. ”* (E3)

*“...a nossa ideia é pegar os novos e fazer deles separadamente, ou antes do médico ou depois [...]. Porque antigamente só o médico tinha essa autonomia e com o decorrer dos anos estamos conquistando nosso espaço também...”* (E4)

Para Campos e Amaral (2007), o PTS tem como objetivo realizar uma revisão diagnóstica, uma nova avaliação redefinindo as linhas de intervenção terapêutica, assim como as tarefas e responsabilidades dos especialistas. Assim, E4 traz em sua fala como uma conquista da equipe a superação do modelo de construção do PTS que estava centralizado na figura do médico, *“a gente tá passando por uma alteração na forma de fazer, para equipe ter uma autonomia e não ficar tão presa quanto ao parecer do médico, acaba sendo muito presa na definição deles. ”* Ela continua em sua entrevista dizendo o quanto essa conquista é importante para a autonomia da equipe: *“...a gente conhece o paciente, a gente tá com o paciente toda semana, os médicos estão com o paciente uma vez a cada dois meses. ”*

E2 traz em sua entrevista dois trechos que nos revelam a importância dessa conquista para a equipe tanto no âmbito da autonomia como no sentido de superar a centralidade no modelo médico.

*“...a gente tem feito algumas reuniões de equipe, discussão de caso, a gente começou a construir o PTS (Projeto Terapêutico Singular), então eu acho que a gente tá num momento interessante...”* (E2)

*“...a gente tá nesse processo de construção do PTS, o Projeto Terapêutico Singular, que é uma tentativa de a equipe se mobilizar e ter um instrumento para argumentar com o médico, atualmente quem define conduta de grupo, quem define o grupo, quem entra, quem permanece é o médico. No geral, com alguns deles a gente consegue conversar e ser mais flexível, mas é... é um Ato Médico, então assim... esse processo de construção do PTS é uma coisa que a gente tem pensado nisso mesmo, enquanto instrumento para a gente pode argumentar com o médico. Então assim... as vezes o médico quer manter o paciente no grupo intensivo, que é o grupo de quem tá em crise por quatro meses e não tem porque, é sem sentido, já melhorou, o paciente vai retornar ao trabalho ou a gente tá pensando numa oficina, então a gente sugere pro médico e não... ele mantém o intensivo, é no intensivo...”* (E2)

Nas entrevistas observamos os descontentamentos e a não concordância de muitos trabalhadores com essa construção e por isso a tentativa de implantar um novo modelo de construção coletiva, em que participariam todos trabalhadores junto com os usuários levando em consideração os interesses e potencialidades dos sujeitos. Nessa prática em específico fica clara a reprodução do modelo médico que centraliza a atenção na doença, no sintoma e na cura.

## **B. Práticas Assistenciais dos Trabalhadores**

Os próximos Núcleos de Significação que serão apresentados têm como indicador as práticas assistenciais dos trabalhadores, discutiremos e analisaremos a seguir os núcleos que variam desde acolhimento, diagnósticos, grupos e as demais práticas realizadas pelos trabalhadores.

### **B1 A importância do acolhimento na produção de vínculo com os usuários e seus cuidadores.**

Ao ouvir os trabalhadores sobre o cotidiano e suas atividades realizadas no serviço alguns Núcleos de Significação surgiram. Trabalharemos no momento com o significado do acolhimento que é visto pelos trabalhadores com um importante processo em que ocorre o vínculo com o usuário, familiar ou cuidador. O acolhimento parte dos seguintes princípios: atender a todos que procurem o serviço garantindo acessibilidade universal, assumindo a postura de acolher e escutar o indivíduo com sofrimento psíquico ou cuidador/familiar; reorganizar o processo de trabalho, para que se desprenda do eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário (FRANCO et al., 1999).

E7, um dos entrevistados coloca a importância do acolhimento para o usuário e explica também que o acolhimento começa um pouco antes falando brevemente sobre o acolhimento acontecer desde a recepção.

*“Olha... eu acho que o usuário quando chega aqui, ele chega num sofrimento intenso, tanto ele quanto o familiar. Quando é um acolhimento... nós até fizemos essa distinção, acolhimento seria aquele... na verdade todo acolhimento já começa na recepção. A ideia que a gente tem de acolhimento, né... é da recepção, é o olhar né... aí você já está acolhendo o paciente.” (E7)*

E7 coloca a importância e a necessidade do acolhimento e também expressa que essa prática é desgastante: *“e muitas vezes ele não entende, mas ele está sofrendo, então é*

*um desgaste... realmente acolhimento é um desgaste...*”. Para E7 esse desgaste ocorre pela condição que os usuários ou familiares se colocam no momento do atendimento, percebemos nesse trecho uma culpabilização do sujeito e a justificativa de que o usuário se comporta de tal maneira por conta da estrutura do serviço público.

*“Então, geralmente ele está em uma situação de stress, ele não tá bem, e aí tem que ter todo um... assim, um manejo né... para acolher e acolher bem, na maioria das vezes a gente tenta acolher e ouvir né... mas tem situações que também... o usuário as vezes... ele perde o controle né... as vezes ele não está bem, está irritado, não é com você, mas é com toda a estrutura do serviço público ou do atendimento, ele quer atendimento agora, na hora...”* (E7)

A conduta dos trabalhadores no acolhimento é um fator muito importante pois, conforme pontua Merhy e colaboradores (1994), o acolhimento se fundamenta em humanizar as relações entre os trabalhadores, o serviço de saúde e seus usuários. E3 também traz em sua fala a condição que esse usuário chega no serviço para o acolhimento e descreve que é importante a criação de um vínculo com os usuários, procurando ter um bom vínculo mas entende que existe a questão da empatia que pode influenciar nessa relação:

*“Eu vejo assim... eu gosto do tipo de paciente que a gente atende, são os transtornos graves, são as pessoas com sofrimento muito intenso, então assim... eu procuro ter um vínculo bom, mas é claro tem a questão da empatia né, tem paciente que tem uma empatia maior comigo do que com o outro, isso é natural, isso não tem como prever, mas entendo que ela é real, pra mim ela é muito real, não só com o usuário, mas com a família, com a situação que ele vive, porque há uma proximidade. A gente tem que ter o vínculo, a gente tem que manter para poder melhorar...”* (E3)

E2 é uma das trabalhadoras que nas entrevistas reforça o quanto a participação familiar é importante, ela diferencia o acolhimento da orientação familiar e fala da importância das duas práticas:

*“...além disso faço acolhimento e plantão, a gente diferencia aqui chama de acolhimento a chegada de uma paciente novo, e plantão quando já é paciente do CAPS e por algum motivo precisa de atendimento. Então faço acolhimento e plantão e orientação de família, a gente tem um horário aqui para orientação de família, geralmente quem faz é a assistente social, mas eu costumo marcar pelos casos que eu atendo em grupo, se tem alguma necessidade eu prefiro marcar comigo e com a técnica que acompanha, porque a gente já conhece a família, então faço orientação de família dos casos que eu conheço...”* (E2)

Sobre a orientação familiar que se configura diferentemente do acolhimento E2 explica que é uma prática realizada pela assistente social, mas que quando ela julga importante e necessário ela faz com aqueles que acompanha e tem vínculo maior. Nesse

sentido, ela explica o quão importante é o trabalho com a família, sabemos que muitas vezes os usuários chegam até o serviço com o familiar.

*“...não dá pra desvincular assim o trabalho com usuário do trabalho com a família, na verdade a ideia do CAPS é fazer uma parceria com a família para a gente tentar pensar a melhor forma de cuidado do usuário. Então eu procuro acolher na medida do possível, tanto o sofrimento do usuário quanto do familiar, desde o acolhimento, nos grupos...”* (E2)

A trabalhadora coloca ainda que é importante também um espaço para a família falar e dividir o sofrimento que vivencia *“...então a gente chama a família... pra ouvir a família e para orientar e as vezes a família tem necessidade de falar, de contar também o sofrimento que ela vivencia com uma pessoa com transtorno mental, com sofrimento na família...”*

## **B2 A construção do diagnóstico e outras atividades como uma prática exclusiva do médico**

Uma das perguntas realizadas durante as entrevistas estava relacionada a construção do diagnóstico, solicitamos aos trabalhadores para falarem sobre como era realizada essa prática. Foi possível a partir das leituras das entrevistas chegarmos até o Núcleo de Significação “A construção do diagnóstico como uma prática exclusiva do médico”. Para Saraceno e colaboradores (1994), “o diagnóstico por si só NÃO é um instrumento de grande utilidade para estabelecer a estratégia de intervenção e para prever o desenvolvimento da enfermidade.” (p.14).

Alguns trabalhadores trazem em suas falas que há nessa prática uma flexibilidade que permite conversas e trocas, outros apresentam como uma prática sem essa característica. E5, E3 e E7 relatam essa prática com elementos que demonstram algum tipo de participação, mesmo que mínimo, mas ao final das falas reforçam ser uma prática exclusiva médica.

*“O diagnóstico a gente troca uma ideia, conversa, sugere, ‘eu acho isso’, mas quem dá o diagnóstico mesmo é o médico.”* (E5)

*“A questão diagnóstica é assim... primeiramente a gente acolhe o paciente, aí uma médica que trabalha com gente fala, ‘tem que anotar o que o paciente trás!’... aí vai começar a construção do diagnóstico né, a hipótese diagnóstica é realizada pelo médico, mas no nosso atendimento inicial nós já vamos orientando pra isso, porque nós vamos norteando a queixa a partir do nosso questionário de perguntas...”* (E3)

*“Então o médico faz essa hipótese e vai ta medicando em cima dessa hipótese”* (E3)



*“Normalmente passa pelo médico né, mas quando você faz o acolhimento você acaba tipo avaliando se é um paciente que tem transtorno mental grave, se é pra ficar aqui ou não...” (E7)*

*“...você não fecha o diagnóstico, é o médico... ele passa na primeira avaliação e consulta e já sai com o diagnóstico... Mas não que não tenha, tipo assim, discussão, alguns profissionais têm liberdade pra discutir...” (E7)*

Outros profissionais colocam a construção do diagnóstico como exclusivamente uma prática médica sem essa característica da flexibilidade de participação.

E1 separa em sua fala a diferença dos diagnósticos, para ele há diferentes diagnósticos e cada um tem sua especificidade.

*“Existem vários diagnósticos, o diagnóstico médico, o psicológico, o social... o diagnóstico médico tem um espaço específico no prontuário. Então o paciente chega e passa no acolhimento, quando necessário encaminha pro médico, aí o médico faz o diagnóstico, nesse diagnóstico se for preciso ele vai solicitar ajuda a outros profissionais, vai fazer exames, avaliações de outros médicos, esse diagnóstico é restrito ao pensamento médico, não é discutido com profissional não médico” (E1)*

Observamos nesse trecho que o diagnóstico para o trabalhador não é uma construção da totalidade do indivíduo, que o diagnóstico não é discutido com outro profissional, há uma compreensão fragmentada do usuário, dividido em partes isoladas: biológico, psicológico e social. Em contraposição a essa concepção de E1, Saraceno e colaboradores (1994) pontuam:

O diagnóstico é uma ajuda concreta quando oferece informação para estabelecer uma estratégia de intervenção e não quando é inutilmente descritivo. O diagnóstico sem descrição dos sintomas, e sobretudo a coleta dos dados a respeito do contexto familiar e social do paciente, é um instrumento ineficiente porque não permite reconhecer os problemas que existem por detrás dos sintomas, estabelecer uma estratégia de intervenção articulada. (p. 15)

Trazendo uma fala muito significativa comparando a construção de diagnóstico como um Ato Médico, E2 reforça essa prática como algo exclusivo: *“A construção do diagnóstico?! (Risos). Aí... a construção de diagnóstico é papel médico, é um ato médico. ”*

Ao contrário dos demais profissionais entrevistados, E8 entende que o diagnóstico é uma construção coletiva realizada em equipe. Essa fala torna-se muito significativa pois é a única entre os entrevistados que apresenta essa contraposição. Ela deixa explícito em sua fala que o diagnóstico é um processo e não algo construído imediatamente, explicando que esse processo é realizado com a equipe e na base de diálogos.

*“O diagnóstico nunca é feito de cara...” (E8)*

*“... é uma coisa que você vai construindo com a equipe, sempre com diálogo, sempre que eu preciso eu chamo e pergunto ‘e aí como foi no grupo?’, a gente troca essa ideia sim! (E8)*

Além da prática do diagnóstico percebemos que as visitas domiciliares também é uma prática que requer a presença do profissional médico. Alguns trabalhadores trouxeram em suas entrevistas a dificuldade de realizar as visitas por conta de diferentes problemas envolvendo recursos que propiciem que essa prática, entendemos aqui as visitas domiciliares como uma importante ferramenta no cuidado aos usuários/cuidadores/familiares. Porém, E6 levantou a questão das visitas domiciliares só acontecerem quando há médicos disponíveis, demonstrando que a presença desse profissional é essencial nessa prática. Nesse Núcleo já discutimos a centralidade do médico na construção do diagnóstico, aqui há outra atividade relatada que destaca novamente essa centralidade.

*“...mesmo visita domiciliar, a gente tem muitos pacientes... e aí tá disponibilizando pro médico sair o dia inteiro pra visita é complicado por questão de horário porque os médicos têm hoje 20 horas semanal, então é um horário pequeno para quantidade de pacientes que tem na Unidade...”.*  
(E6)

Nesse trecho fica claro que a trabalhadora vincula essa prática como uma atividade que tem que ser realizada necessariamente com a presença dos médicos.

As políticas públicas em saúde mental preveem visitas domiciliares como uma prática a ser realizada pelos profissionais do CAPS, ressaltamos que em nenhum momento foi identificada nas políticas estudadas que a presença do médico seria imprescindível para que acontecessem as visitas. Para Antunes e colaboradores (2013), as visitas domiciliares são um processo em educação em saúde, pois contribuem para a mudança de comportamentos e promovem melhor qualidade de vida.

### **B3 A medicação como algo a ser controlado pela equipe e a necessidade de associá-la a outros recursos**

Sobre os cuidados em Saúde Mental notamos que o tratamento medicamentoso é uma prática que envolve um controle muito presente, alguns profissionais relatam o movimento de conscientização do uso abusivo do medicamento, percebemos que o controle aparece também com outros significados: o de controlar o uso abusivo e o de verificar se os usuários estão se medicando corretamente conforme a prescrição.

E2 fala da importância do tratamento medicamentoso: “...o tratamento medicamentoso é importante, em muitos casos assim... **o remédio ajuda a regular algumas coisas para que essa pessoa então possa fazer os enfrentamentos que ela precisa na vida...**”.

E6 também irá colocar a importância desse tratamento.

*“Eu acho que a questão do medicamento realmente é um auxílio quando realmente o corpo tá todo alterado [...] por mais que ela se esforce em não sentir uma tristeza, ela não consegue... então realmente é... **a gente vê que a medicação ajuda muito, muito mesmo!**” (E6)*

E7 traz em sua fala também a importância do tratamento medicamentoso, porém, reforçando a necessidade do controle para não se tornar uma prática abusiva e realizada de maneira incorreta.

*“E o que a gente tem grande preocupação é que alguns pacientes tomam medicações que os outros dão, então... tem os efeitos[...] quando ele ingressa aqui a gente tem orientação pro uso correto da medicação, tem todo um preparo já, um lugar pra gente colocar os horários da medicação... pra orientar a família... é muito complicado porque psiquiatria não é a medicação...” (E7)*

O mesmo movimento observamos na fala de E4 que diz que “**não adianta qualquer coisinha ‘ai eu quero o remédio’, o remédio na dose certa, na hora certa, então o resto é com você... então nosso trabalho é bem esse não fique dependendo que o remédio é o milagre, é a pílula da felicidade... não existe...**”.

E7 ainda coloca no mesmo sentido que E4 que muitas vezes o serviço é visto como distribuidor de medicamentos, por isso esse controle e conscientização do uso correto é importante.

*“Eu acho que a população de modo geral que chega aqui, eles chegam preocupados com a medicação. Eles querem... eu acho que a medicação pra eles é o foco principal e aí muitas vezes a gente explica que não é só medicação, que a terapia vai ajudar, que são algumas coisas que ele tem que mudar né... comportamento... e pensamento, né... As pessoas assim, elas já vêm com um pré-julgamento no serviço que é só medicação. ” (E7)*

Já E6 fala da importância do controle como verificação nos grupos se os usuários estão se medicando corretamente conforme a prescrição. Para Campos (2001), tem-se visto muitos grupos de medicação, que seriam de fato uma consulta médica coletiva apenas com um intuito de prescrever receitas e não um grupo que proporcione um espaço para que os usuários possam, entre eles e com a ajuda do profissional, construir novas relações com os remédios.

*“...não pode parar, fica um dia sem tomar...você perdeu todo o tratamento, então eu procuro orientar, eu procuro dar um respaldo sobre esses itens, porque se não a pessoa fala ‘ah eu tomei a medicação por dois dias e não to*

*vendo melhora nenhuma' e desiste. Então eu falo que é efeito depósito, demora pro corpo reconhecer, tenta tirar o preconceito máximo possível, a gente relaciona com uma pessoa que tem diabetes, pressão alta porque... porque o corpo dela é perfeito, mas o corpo dela não produz tudo que ela precisa, então a mesma coisa é o transtorno mental.”( E6)*

E1 e E3 ainda afirmam que para ter acompanhamento no serviço é importante estar em tratamento medicamentoso, senão não há a necessidade de permanecer no serviço.

*“Eu acredito que não tem ninguém aqui que não tem tratamento medicamentoso, até porque se não precisar vai pra outro serviço” (E1)*

*“Então assim... não tem como vincular paciente sem medicamento, não tem! Nosso trabalho todo é administrar a medicação corretamente, para melhorar mais rápido, pra não ter cortes e interrupções no tratamento e com essa melhora o que pode ser feito é o médico diminuir a medicação, entendeu? ” (E3)*

A trabalhadora coloca que para participar do serviço é preciso estar em tratamento medicamentoso, mas que esse tratamento é organizado de forma para que promova a independência do usuário. Tanto a fala de E1 como a de E3 nos fazem refletir sobre a proposta e o funcionamento do serviço, que tem como principal objetivo substituir o modelo manicomial. É compreensível a importância do tratamento medicamentoso mas consideramos preocupante apenas usuários que fazem uso de medicamentos ocuparem esse espaço, isso nos leva a questionar as ações de várias instâncias, como a própria política pública, a gestão e a conduta médica.

E7, E2 e E8 irão ressaltar a importância da medicação sim, porém irão trazer o significado de que essa prática é importante quando associada a outros recursos.

*“...eu acho assim que é um recurso, mas a gente sempre fala aqui o tempo inteiro que não pode ser o único e que não pode ser só o remédio...” (E2)*

*“...gente tenta manejar as crises né, com medicação e psicoterapia, muitas vezes dá resultado o paciente consegue controlar bem. ” (E7)*

*“Eu acho que a terapia anda muito junto com a medicação, então o tratamento vai ser a parte medicamentosa e a parte da terapia, então é isso, anda junto, separado não tem mesmo efeito. ” (E8)*

Esse Núcleo de Significação nos mostra que há também a compreensão do usuário para além do biológico. E8 demonstra isso ao afirmar que não se deve olhar para o tratamento medicamentoso de forma isolada, pois acredita que não tem o mesmo efeito do que pensá-lo vinculado à prática terapêutica.

#### **B4 A internação como uma prática realizada apenas quando necessário**

Nas entrevistas quando conversávamos sobre o procedimento de internações dos usuários os trabalhadores que participaram da pesquisa explicaram como se dava esse processo ressaltando que tal prática era evitada pela equipe, sendo o último recurso a ser utilizado e ocorrendo apenas quando necessário, tal como previsto na lei 10.216 (BRASIL, 2001b).

E5 é uma das trabalhadoras que afirma que o CAPS não tem como proposta a internação e que o serviço é substitutivo a essa prática: *“...o CAPS é um serviço que não é para internar, a gente é substitutivo da internação, quando precisa internar é porque precisa mesmo, é porque a pessoa tá correndo um sério risco pra ela e que nada deu certo”*. Nesse trecho ela coloca que a prática só acontece quando o usuário apresenta risco e/ou que nenhuma forma de cuidado foi efetiva para ele. Nesse mesmo sentido E2 diz que *“...quando o paciente precisa de uma contenção maior, quando tá apresentando um risco eminente a vida ou ao outro assim... como... quebrou a casa, tentou matar alguém da família ou vizinho...”*, é diante desses episódios e situações que levam a equipe a discutir sobre uma possível internação.

E4 também irá reforçar em sua fala a importância de evitar as internações principalmente quando o paciente apresenta hospitalismo<sup>8</sup>. Nesses casos a trabalhadora afirma que a equipe faz um movimento de conscientização com os usuários para que compreendam que a melhor forma de receber cuidados é fora dos hospitais.

*“A gente tenta evitar ao máximo, ao máximo... tem paciente que tem hospitalismo, que chega ‘quero ser internado, quero internar’... a gente tenta segurar, tenta explicar que a vida não é hospital, que a vida é fora de lá.” (E4)*

E7 também ressalta o problema do hospitalismo e que a equipe tenta trabalhar essa questão, *“...aí quando é um caso que não há a necessidade de internação, o paciente tá solicitando, mas o paciente tem o hospitalismo, que é uma fuga, então a gente tem pensado, a gente trabalha isso porque o hospitalismo é forte...”*.

E4 irá continuar sua fala afirmando que as internações só acontecem em casos de risco e quando já se tentou outros recursos: *“mas a gente interna risco de vida pro paciente, risco de vida para a família ou que já tentou medicação a muito tempo, mas não responde,*

---

<sup>8</sup> Hospitalismo é um termo frequentemente utilizado por algumas trabalhadoras entrevistadas quando estas faziam referência aos usuários que queriam/pediam para serem internados em hospitais psiquiátricos e elas não concordavam com essa necessidade.

*aí internar, realmente poucos casos, a gente tenta evitar muito.*” A trabalhadora faz uma reflexão sobre a atuação e o papel do CAPS como um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, que tem como função reinserir e incluir os usuários na sociedade e não internar. Ela relaciona esse fato ao processo da Reforma Psiquiátrica, a trabalhadora diz o quanto esse papel é importante visto que os usuários passam a perceber a diferença nas formas de cuidar.

*“A nossa luta pelo menos é da inclusão, da reinserção, de não internar...a gente fala muito isso pra eles, a vida é aqui fora, tem que ter espaço, tem que ser respeitado, então eu acho que a reforma tá ajudando muito”* (E4)

*“Eles percebem o quanto é importante pra eles, o tratamento diferente do hospital...”* (E4)

Para E4 caso seja necessária a internação ela ressalta que é essencial ser humanizada e que esse usuário volte a conviver em sociedade,

*“se vai internar que seja mais humanizado, que seja breve né, qualidade de vida... Eu não sou contra internação, eu acho que alguns casos têm que internar...tem que internar, uma internação breve, uma internação digna, tem que internar... Só que assim, saiu, volta... volta que a vida é aqui fora...”.* (E4)

A fala da trabalhadora mostra consonância com as políticas públicas que prevêem que as internações devem ser de curta duração até a estabilidade clínica. (BRASIL, 2011). Em casos de internação, Campos (2001) afirma que muitas vezes pode acontecer uma quebra da vinculação do usuário com o serviço, o que ocasiona numa possível fragilidade e exposição a novas internações.

E7 e E8 nos contam como ocorre os procedimentos que evitam o processo de internação.

*“A gente tenta evitar, né... essa situação de internação em hospital psiquiátrico. Então, o leito... é aquele paciente que está em crise, que vai ficar no leito e o médico as vezes prescreve a medicação, pede a observação da enfermagem e de outros profissionais também... daí ele fica no leito segunda... daí volta na terça, volta na quarta, um retorno diário nessa semana pra tomar uma medicação quando é injetável e realmente para evitar que essa crise... que o fim dela seja o hospital psiquiátrico.”* (E7)

E8 fala mais especificamente sobre o procedimento da internação:

*“...é que por aqui a internação tem que ser voluntária, o paciente tem que querer. A involuntária é quando a família entra com uma ordem judicial através de um promotor, aí ele é levado pelo SAMU<sup>9</sup> que seda o paciente e*

<sup>9</sup> SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Emergência

*leva ele sedado. Mas aqui é o paciente que não ta aderindo, não toma medicação e nunca melhora, é isso! ” (E8)*

Em relação aos momentos de crises citados nos trechos acima, Campos (2001) assevera que as internações podem ser vistas como a única saída quando o serviço não conta com espaço físico para acolher o sujeito em crise. Neste sentido, a trabalhadora E6 relata que para evitar as internações é importante ter investimentos:

*“A gente sabe que não tem investimento na área hospitalar, na internação, é muito importante você investir em hospitais dias para uma internação diária para que não existisse uma internação fechada. Todos os nossos pacientes falam que é um ambiente muito sofrido e muito triste [...]. Então a internação... realmente a gente só pede quando a gente ta em crise, apresentando risco de vida pra si ou pra outra pessoa, se não a gente não pede internação, a gente evita ao máximo pra que não tenha. ” (E6)*

O trecho também apresenta elementos sobre como os usuários veem os ambientes onde acontecem as internações e reforça que só acontece a internação quando necessário. Para E6 a internação não é a solução, mas é importante um hospital preparado para receber o usuário em caso de crise, *“...então internação não é a solução, a gente não precisa de hospitais pra isso, a gente precisa de um hospital preparado para um momento de situação de crise e a gente não tem...”*.

Segundo os trabalhadores, as internações são evitadas no serviço, característica consonante com o modo de atenção psicossocial que entende o cuidar no território e não no isolamento. Sabemos que as políticas públicas de Saúde Mental criaram recursos para substituir os hospitais psiquiátricos e os CAPS são um desses dispositivos, além disso, é importante a implantação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios para que em articulação essa Rede funcione e receba os usuários evitando assim a necessidade de internações em hospitais psiquiátricos e garantindo que em momentos de crise sejam utilizados os CAPS III e os hospitais gerais. De acordo com Campos (2001), os serviços substitutivos são definitivamente dispositivos competentes para que se previna e evite internações.

## **B5 O grupo e as oficinas compreendidas pela equipe como espaços de troca e de reinserção social**

As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos, prevendo grupos, assembleias de usuários e reunião diária de equipe (BRASIL, 2011). Nas práticas cotidianas dos trabalhadores os grupos e oficinas são por eles compreendidos como espaços de trocas entre os usuários e importantes para o processo de

reinserção social. Para Martins (2003) o processo grupal pode possibilitar um “espaço para a problematização do cotidiano, para o desencadeamento de novas relações e vínculos afetivos, para a expressão de opiniões e sentimentos.” (p.209).

E5 e E2 ressaltam em suas falas que esse espaço proporciona e facilita a reinserção social, E5 pontua:

*“A gente trabalha mais com a ênfase de colocar essa pessoa de novo na vida social, porque quando começou era muita gente saindo de hospital psiquiátrico né... então a gente tinha que ensinar de novo essa pessoa, reinserir ela no mercado de trabalho ou na sociedade mesmo...”* (E5)

Para esta profissional, o papel do CAPS através do grupo é ajudar para que os usuários procurem recursos na comunidade e não se tornem dependentes do serviço, podemos observar nas falas:

*“...então daí ele vai conseguir procurar recursos na comunidade, fazer assim... outras coisas, voltar a trabalhar, andar de ônibus, lidar com dinheiro, essas coisas e depois vai pro não intensivo. O não intensivo é uma manutenção mesmo, então nesse ele já tá estudando, trabalhando, aí vem uma vez por mês só pra gente ir vendo se tá legal”* (E5)

A trabalhadora continua afirmando que a equipe faz todo esse movimento através dos grupos e oficinas para que os usuários não tenham o CAPS como a única opção de vivenciar situações cotidianas e relações sociais: *“a gente preza que ele tenha uma vida lá fora, para que ele não crie o CAPS como uma muleta”*.

Para E2, o grupo e as oficinas são as atividades principais do CAPS:

*“Meu trabalho é prioritariamente em grupo, então tem o funcionamento do CAPS... o CAPS funciona por programas, então tem o programa intensivo, semi-intensivo, não intensivo, oficinas terapêuticas, acompanhamento médico, orientação de família. Esse é o programa básico assim vamos dizer, então... as atividades aqui são principalmente em grupo...”* (E2)

Para ela esses são espaços diferenciados, pois possibilitam que os usuários sejam acompanhados de maneira bem próxima e proporcionam que eles ocupem outros lugares para além do serviço, como é o caso de uma experiência com uma oficina de música que tem sido muito reconhecida pela sua importância tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores.

*“As oficinas são... é um espaço diferenciado de trabalho em grupo porque são grupos fechados, com um número menor de pacientes, aproximadamente uns oito pacientes, são encontros semanais, então a gente tem a possibilidade de acompanhar por um semestre aquelas pessoas de uma maneira mais próxima...”* (E2)

*“...as pessoas gostam e tem dado muito certo assim da (oficina de música). Sexta-feira vai ter uma festa junina... amanhã... e a gente vai apresentar nosso repertório junino e a gente fez uma apresentação no calçadão na semana da Luta, foi muito legal, as pessoas foram assistir e eles ficaram*



*super felizes... assim, a gente recebeu outros convites para apresentar em outros serviços, outros lugares... então tem mobilizado muitas coisas interessantes assim né...” (E2)*

Nesse mesmo sentido, Lappann-Boti (2004) afirma que a oficina é um espaço que o indivíduo redescobre a sua capacidade produtiva e adquire um sentimento de pertencimento desse espaço, na oficina os usuários realizam tarefas e transformam os seus objetivos sendo possível alcançar satisfação, se autorreconhecer, reconhecer o grupo e a família no produto final dessa oficina.

Para E3, o motivo de optarem no serviço por criar e incentivar o funcionamento de oficinas é que os trabalhadores observaram que há uma melhora significativa dos usuários comparando com o formato que são colocados os grupos no CAPS, que vai para além de uma conversa de apoio.

Ressaltamos que as participações dos usuários nas oficinas dependem do interesse deles, como aponta Kantorski e colaboradores (2011), o usuário tem a liberdade de participar ou não das oficinas, ele tem a autonomia de escolher e participar daquilo que mais gosta, assim pretende-se que o usuário se privilegie das atividades que o CAPS oferece.

*“A gente sempre procura criar oficinas, porque? Porque a gente observou claramente que o paciente melhora muito mais rápido do que num grupo só de conversa de apoio, então nós temos um momento de um grupo só de conversa que é de terça a tarde que é o semi-intensivo e os outros dias estamos com oficinas, de segunda eles estão fazendo um projeto de oficina voltada pro mercado de trabalho, tem muitos pacientes nossos que pararam de trabalhar e querem voltar, então eles tão criando um projeto, eu não vi ainda to acompanhando de longe... de ensinar a fazer um mini currículo, de ta incentivando, de ta procurando curso, vamos procurar... então assim estamos com esse projeto agora.” (E3)*

Para Kantorski e colaboradores (2011), os grupos e oficinas são recursos fundamentais para os usuários, pois é importante os cuidados terapêuticos irem além da doença, sendo que esses recursos englobam as relações interpessoais na comunidade e território em que está inserido o sujeito.

E6 também traz elementos em sua fala que reforçam a ideia da existência de troca entre os usuários nos espaços dos grupos e oficinas, afirmando que o ponto principal é quando os usuários entendem que há outras pessoas na condição de sofrimento e isso é importante para identificação e superação dos usuários.

*“O grupo... o principal ponto dele é o seguinte: o paciente vê que o sofrimento dele é parecido com o de outras pessoas. Então quando ele relata, ele fala ‘Opa! Isso não ta acontecendo só comigo, tá acontecendo*

*com outras pessoas, e como eu posso trabalhar com isso? Ela enfrentou dessa maneira, será que eu posso enfrentar dessa maneira?’’.* (E6)

Em outro momento da entrevista, E6 aponta que essa troca fortalece o grupo, que o fato de entenderem o sofrimento que enfrentam também é parte importante do processo de grupo.

*“...ele vem no grupo, ela fala o que ta acontecendo, então a gente tenta por ele para ver que é algo normal o que ta acontecendo, que o ser humano vai sofrer, que a emoção vai se alterar com certas coisas, com certas condições, o grupo fortalece muito isso, eles vêm pro grupo e eles querem se abrir, querem conversar, eles querem passar o que eles estão sentindo, eu sempre pergunto pra eles, parece uma pergunta tonta, mas sempre pergunto ‘tão dormindo bem, tão se alimentando bem?’ ”* (E6)

A partir das entrevistas observamos que os grupos e as oficinas são compreendidos pela equipe como espaços de troca e de reinserção social, segundo Martins (2003):

A partir do grupo torna-se possível identificar as diferenças e as semelhanças nas experiências individuais. Portanto, formação e informação, possibilitam o confronto de valores, de experiências, de sentimentos e de informações (senso comum versus conhecimento científico) que gera reflexão e a valorização dos indivíduos, e os impulsionam para a ação. (p.209)

No entanto, E3 nos apresentou falas que mostram que algumas vezes o grupo ou oficina não são os melhores recursos a serem utilizados. Ela diz que há casos em que o atendimento individual é mais positivo para o tratamento do que os outros espaços citados, mas que não é a proposta do CAPS, os atendimentos individualizados que só acontece quando há necessidade.

*“A portaria de CAPS não preconiza atendimento individual é uma portaria do ministério. Mas claro que cada CAPS conhece sua necessidade, no caso do nosso nós temos atendimentos individuais sim ”* (E3)

*“Tem casos que o paciente não consegue ficar no grupo, tem um embotamento social muito grande, ou as dificuldades daquele momento estão muito presentes, então nossos profissionais de psicologia, aqueles que tem dia e horário estão agendando, mas bem pouco, porque não é a nossa proposta. Esse é o tipo de atividade que ocorre mas tem prazo pra começar e terminar, na verdade é uma psicoterapia de apoio breve e com a melhora dos objetivos colocados em terapia ou ele volta do grupo...”* (E3)

Conforme afirma Campos (2001), muitas vezes o profissional que propõe o grupo/oficina não tem clareza dos objetivos que levam esse sujeito a fazer parte daquele espaço, assim o espaço fica banalizado caindo na lógica de que os usuários são

‘encaminhados’ para o grupo e ‘devem ir’. Dificilmente o profissional pergunta sobre o que tal espaço significa para esse usuário em particular.

E1 coloca que se deve considerar no grupo a individualidade de cada usuário. Se há a necessidade, os usuários que não gostam dos grupos podem optar por atendimentos individuais, além disso, ele reforça o quanto o grupo tem aspectos positivos e nenhum aspecto negativo.

*“os grupos não têm nada de negativo, só seria negativo se o grupo fosse usado para economizar tempo e pessoas, mas quando o grupo é utilizado como uma das alternativas, não deixando de ter o olhar individualizado para o paciente que está participando do grupo, então o grupo não tem nada de negativo. Mas tem pessoas que não conseguem ficar no grupo... mas ele não vai ser prejudicado por isso, ele tem a opção de ter o atendimento individual, de ter uma atenção individual e ele sempre vai ter aquela escolha, ‘olha o dia que você quiser o grupo está aberto a você’, então o grupo não tem nada de ruim.” (E1)*

### **C. Dificuldades e Desafios encontrados pelos trabalhadores**

Os próximos Núcleos de significação serão apresentados tendo como indicadores as dificuldades e os desafios encontrados no cotidiano dos trabalhadores, sejam eles relacionados as práticas cotidianas no serviço ou a Rede de Saúde do Município.

#### **C1 O aumento da demanda e a falta de recursos em geral complica e dificulta o desenvolvimento do trabalho**

E2, E7, E4, E3 e E5 vão falar sobre a demanda do serviço e o quando isso pode prejudicar o desenvolvimento do trabalho cotidiano e influenciar diretamente a qualidade dos atendimentos. Para E2, *“...a gente atende muita gente, é uma população enorme, então o dia a dia é muito intenso, muito pesado, tem dia que a gente atende muita gente, falta atendimento, que é uma loucura...”*. Nesse fragmento a trabalhadora relaciona a demanda com o trabalho intenso e pesado, no próximo trecho ela fala sobre a demanda influenciar na atuação com a família e relata que é algo muito complexo devido a quantidade de pessoas atendidas, ela reafirma que fazem o possível porque não tem como desvincular o trabalho.

*“...é bastante complexo assim esse trabalho com a família, a gente atende muita gente né, então os nossos espaços também são limitados assim... Mas na medida do possível a gente tenta sempre incluir assim... acho que não dá pra trabalhar desvinculado da família...” (E2)*

Nesse mesmo sentido para E4 *“a demanda é muito grande”*, assim como para E5: *“porque está muito sobrecarregado pra gente e a gente não dá conta de atender porque aumentou muito os casos que não existiam antes né...”*.

E7 também afirma que o maior desafio é a demanda e que para lidar com isso seria importante reorganizar o serviço, nos trechos de E7 percebemos elementos que comparam o trabalho do médico com outros profissionais levantando a problemática de que médicos atendem um número fechado de pacientes/dia e os outros trabalhadores têm que atender toda a demanda. A maior preocupação da trabalhadora é a qualidade do serviço que é oferecido, E7 se preocupa com essa qualidade nos acolhimentos e nos grupos, ressaltando que essa quantidade de usuários prejudica os grupos, pois torna-se um grupo de apenas fazer perguntas sem espaço para acontecer a troca entre os usuários e trabalhadores e usuários com os próprios usuários. Abaixo os trechos que apresentam esses elementos:

*“Eu acho que nosso desafio agora é essa demanda, a demanda tá muito grande, acho que é a reorganização do serviço...”* (E7)

*“...médico atende fechado, são 16 pacientes/dia, os outros profissionais você atende quantos chegarem, o acolhimento não é colocado assim, “olha vocês vão atender 10”, se chegar 20, vamos ter que atender 20, então o que que acontece, é uma preocupação minha, a qualidade desse serviço, como que você vai acolher, vai ouvir...”* (E7)

*“A mesma coisa o intensivo, as vezes o intensivo não consegue... tem todo um projeto, leitura de textos, aí fica muito batidão só perguntando como ele, em termos de controle de medicação, fica tudo muito igualzinho, porque é muito paciente...”* (E7)

Para E3 essas questões estão relacionadas com o quadro de funcionários que não sofre ajustes conforme a demanda aumenta:

*“Nós estamos hoje com o quadro completo de CAPS mas o mesmo quadro de oito anos atrás, o outro primeiro CAPS que eu atendia lá na (nome da rua), a gente tinha 100 pacientes por semana, aqui a gente tem 500 ou mais, então assim a proporção é muito maior e o número de funcionários é o mesmo...”* (E3)

Nesse contexto apresentado questionamos o funcionamento do CAPS como um serviço que se aproxima de um atendimento ambulatorial em saúde mental. Luzio e Yasui (2011) nos alertam que é perigoso “o CAPS ser considerado e implantado como mais um serviço de saúde mental, isto é, uma unidade isolada, em que se executam em nível ambulatorial ações próprias de profissionais” (p.23).

Para Basaglia (2008), se o serviço age como simples espaço ambulatorial que tem como objetivo distribuir medicamentos ou realizar psicoterapia por hora; quando se faz o “jogo do empurra” entre as competências e ignora as demandas dos sujeitos e as dificuldades das famílias; compactua-se com permanência dos velhos serviços e da velha lógica institucional.

A ausência de outros recursos também dificulta e complica o desenvolvimento do trabalho. E2, E1, E6, E8, E3 e E4 deixam explícito em suas falas quais são para eles essas dificuldades encontradas e quais são os recursos que fazem falta.

*“...a gente precisa de espaço com sala maior, a gente precisa de mais cadeira pra sentar (risos), a gente as vezes faz grupo de pé porque não tem cadeira, material as vezes não tem, tem que trazer de casa. Então assim, tem questões estruturais muito complicadas, tem questões relacionais muito complicadas, questões políticas...”* (E2)

*“...então esse tipo de coisas deixa meio impotente diante da situação a gente sabe que poderia ser resolvido de outra forma e a gente não tem prédios, não tem pessoas, não tem equipamentos, não tem nada que favoreça a isso.”* (E1 justificando as Internações)

*“...ele vem aqui e nós não temos passe, nós trabalhamos com a pobreza, num lugar pobre, não temos estrutura adequada, nosso imóvel tem escada a céu aberto, imagina na chuva, não temos o imóvel adequado, nem equipamentos, nem profissionais, nem quantidade de horas dos profissionais para educação continuada, reuniões técnicas. Então o que temos?”* (E1)

*“Não tem recurso, não tem, a gente pediu pra chefia ‘vamos pedir instrumentos’...”* (E4)

*“Material como todo é muito complicado”* (E4)

Nos trechos de E2, E1 e E4 observamos as dificuldades ligadas a recursos materiais e a falta de espaço físico adequado. E6 apresenta a falta de equipe com um escasso recurso.

*“A nossa Equipe ta pequena, a nossa equipe ta bem pequena, seria bom que a gente fosse maior que a gente tivesse mais funcionários, então a gente faz visitas realmente quando necessário, quando é realmente solicitado e quando a gente vê que é uma paciente que é urgente e precisa de uma visita.”* (E6)

Ainda E6 problematiza a falta de medicamentos assim como E8:

*“...falta de medicação também é um entrave, tem paciente que só fica bem com medicação, falta medicação demora pra vir, o paciente fica mal, todos os sintomas que ele tinha...”* (E6)

*“Olha...as vezes a dificuldade que a gente tem é com a medicação que falta na rede e as pessoas não têm condição de comprar realmente e isso dificulta o tratamento porque o paciente volta e diz, ‘ai não tomei porque não tinha’, isso dificulta bastante.” (E8)*

Outra dificuldade apontada pelos trabalhadores, colocada por E3, são as encontradas na rede e a falta de recursos, o trecho abaixo deixa claro isso na fala da trabalhadora.

*“Porque nós não temos uma estrutura tipo urgência psiquiátrica, e os nossos hospitais gerais não aceitam nossas pacientes, é uma questão política que vem lá de cima e não cabe a gente julgar, mas infelizmente não temos! Então ainda usamos o hospital psiquiátrico.” (E3)*

## **C2 A dificuldade da articulação da Rede de Saúde e Intersetores devido à falta de estrutura e preparo dos trabalhadores**

Neste mesmo sentido colocado acima por E3, um novo Núcleo de Significação surge quando o indicador são as dificuldades e desafios encontrados pelos trabalhadores.

Para Luzio e Yasui (2010), o CAPS é um serviço inserido em uma conjuntura de mudança do modelo assistencial em Saúde Mental, portanto é necessário que se articule com todas as instâncias de cuidados em Saúde Mental que acontecem na Atenção Básica como: a Estratégia de Saúde da Família, a rede de ambulatórios e os hospitais, assim como com as atividades de suporte social (trabalho, lazer, direitos).

E2 expõe a necessidade de ter uma Rede de Saúde Mental, enumerando quais dispositivos seriam importantes ter no município e o que esses trariam de benefícios.

*“...a gente precisaria ter uma rede de saúde mental com mais serviços, a gente precisaria urgente de um CAPS III para dar conta de um acolhimento noturno, a gente precisaria de uma urgência psiquiátrica para conseguir evitar mais internações assim durante o dia, de final de semana, a gente precisa de mais CAPS porque a gente tem uma demanda enorme, a gente precisa de geração de renda, a gente precisa de centro de convivência, a gente precisa de trabalho mais articulado com a atenção básica, isso é urgente, muito urgente, assim... Tem casos que não precisavam tá aqui poderiam estar na atenção básica que mantivesse um acompanhamento... é... a gente precisa de espaços de formação constante, pra gente tá repensando o nosso trabalho assim, a gente precisa de suporte, a equipe, porque é um trabalho muito pesado, muito desgastante, então a gente fica esgotado as vezes, a gente precisa de supervisão institucional...” (E2)*

E7 conta o processo que o usuário de saúde mental percorre dentro da Rede de Saúde e como a falta de articulação atrapalha muito esse processo, visto que muitos são

encaminhados para o CAPS sendo que não são público-alvo desse serviço, isso mostra o despreparo tanto da Rede de Saúde como o dos profissionais que recebem esse sujeito fora do CAPS.

*“...a rede não funciona, então o que que acontece... os pacientes vêm da UBS ou por demanda livre mas quando vêm de alguma outra instituição geralmente eles colocam “psiquiatria, CAPS” daí o paciente chega aqui no acolhimento, está em sofrimento, independentemente de ser grave ou não, está em sofrimento... uma depressão leve... ele tá sofrendo, então ele precisa de ajuda... daí ele chega aqui e você conversa com ele, né... e você vê que não é pra cá, que não é um tipo de paciente que é atendido no CAPS, não tem perfil de paciente do CAPS, só que você vai orientá-lo a ir pra UBS... se achar necessário, o clínico da UBS vai encaminhar pro psiquiatra na rede pública no ambulatório municipal de saúde mental, ele sabe que a demanda é muito grande e esse paciente vai ficar meses e meses na lista de espera...então ele sabe que ele tá sofrendo... e isso é complicado.” (E7)*

*“...então tem pacientes que deveriam estar aqui e eles estão na UBS, a gente já tentou fazer isso...” (E7)*

*“...nós estamos com muitos pacientes depressivos, leves e moderados, não seriam a nossa demanda, então tá inchando o serviço com esse tipo de paciente e aquele paciente que tá em sofrimento e deveria estar aqui ele tá lá na UBS, então a rede não tá funcionando né. E o que que acontece? As vezes eles vão na UBS e eles falam assim... tipo assim, uma vez o paciente passou na UBS e falou pra ele que tava com problema na cabeça, o médico entendeu problema na cabeça, doença mental – CAPS” (E7)*

Nos dois trechos abaixo E7 fala sobre as expectativas usuários ao chegarem no CAPS e essa não ser a realidade do serviço. Ela reafirma que muitos não são usuários que se enquadram no público de CAPS e isso atrapalha muito o serviço, ela justifica que isso acontece porque os profissionais da Rede de Saúde e Intersetores não se conversam entre si e que é importante que isso aconteça para melhorar o serviço.

*“...muitos profissionais dos CRAS acabam mandando pra cá pacientes que não são nossos, aí o paciente vem na expectativa, vem no acolhimento, porque a expectativa é que vai passar no psiquiátrica, então a maioria só vê consulta médica, atendimento psiquiátrico, ou ‘ai, eu quero uma terapia’, mas a terapia que esse paciente quer não é o que o CAPS oferece, ele quer atendimento clínico e individual, mas não é isso.” (E7)*

*“... acho que todos podiam falar mesma língua, acho que reuniões, nós até pensamos em tá indo na rede, em todos os postos, nós já fizemos isso alguns anos atrás... Qual o nosso serviço? Qual a nossa demanda? Aquele apoio matricial mesmo, tá tentando fazer isso de novo, alguma coisa nesse sentido, precisamos de comunicação.” (E7)*

E3, apresenta muito presente em sua fala o despreparo da rede e dos funcionários que atuam nela.

*“...umas das dificuldades é a rede de saúde. Porque? Porque eu vejo assim a rede de saúde não tem o preparo, quando a saúde mental chegou, ela começou de trás pra frente, o paciente ele teria que vir lá da UBS para a saúde mental, e não, nós viramos saúde mental e mandamos o paciente pra lá... a formação já começou ao contrário, o que acontece? Nosso funcionário da rede não tem informação da saúde mental e eles têm uma dificuldade imensa de entender que o nosso paciente tá na rede, que ele tem pressão alta, diabetes, ele tá lá na rede...”* (E3)

Ela continua sua fala expondo a falta de treinamento dos trabalhadores da saúde e a falta de prática com os usuários: *“mas... eles têm a dificuldade de falta de treinamento e as que eles mesmo colocam: falta de espaço físico, falta de funcionário. Mas eu percebo que o que falta é o olhar diferente, eles não têm essa prática, isso faz com que crie uma demanda enorme pra gente que não há necessidade”*.

E5 diz *“...que rede? De balanço (risos), ah de saúde? (Risos), a rede não tem, seria muito bom que existisse... não tem”*. Apesar da trabalhadora colocar que não existe uma Rede de Saúde implantada, ela relata os dispositivos que faltam e o quanto a falta desses dispositivos e recursos sobrecarregam e prejudicam os trabalhadores.

*“...falta essa parte dessa emergência, de atender esse paciente, falta viatura para fazer nosso trabalho melhorar, as vezes falta material, mais... é... profissional as vezes falta também, mas a gente faz das tripas o coração sabe, a gente consegue ir indo.”* (E5)

*“...o paciente precisarei ficar no mínimo setenta e duas horas para ver se ele não precisa internar mesmo. Isso seria na emergência psiquiátrica e não no pronto socorro, então já começamos pela porta de entrada que nós não temos. A porta seria ou essas emergências para gente ou as UBS, seria na vila que ele vai lá tratar da unha encravada, mas ele tem um problema e aí eles encaminham pra gente...”* (E5)

E3 acha importante trabalhar para consolidar e fortalecer a Rede de Saúde, no trecho da fala notamos elementos que vêm ao encontro com as políticas públicas de saúde mental, que entende que o tratamento do usuário deve ser em meio aberto e na comunidade, que o objetivo é não os tornar dependentes dos serviços e que todo o cuidado seja feito no território.

*“Para mim sempre o grande desafio é questão da rede, na minha opinião a gente tá trabalhando pra isso e tal, mas precisamos do apoio matricial para dar um retorno pro pessoal da rede. Porque? Porque o CAPS não tem que segurar o paciente pra sempre, que o objetivo do CAPS é devolver o paciente lá pra sociedade, se ele está estável ele poderia passar no médico perto da casa dele, isso é uma coisa que a gente não consegue ainda, isso pra mim é desafio, eu espero né, a gente tá caminhando pra uma melhora em relação a isso.”* (E3)



Nesse sentido, Schneider (2010) aponta que é importante trabalhar junto, equipes de atenção básica com os serviços de saúde mental, visando promover a vida na comunidade e a autonomia dos usuários, articulando também com os intersetores, preservando assim a complexidade das relações humanas.

Apesar das dificuldades apontadas pelos trabalhadores em relação a falta de articulação da Rede de Saúde, E2 irá trazer como é importante que aconteça a articulação e como as parcerias realizadas com a Rede de Saúde e os Intersetores são pontuais e específicas, geralmente acontece pelo fato dos profissionais conhecerem alguém dentro do outro serviço.

No trecho abaixo, E2 coloca a importância da articulação para que o cuidado seja contínuo e não reservado apenas ao CAPS e que o cuidar seja no território como prevê as políticas de saúde mental. Assim, o CAPS é mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que abarca uma reorganização da rede a partir de uma lógica territorial, o que consiste em fortalecer os recursos que a comunidade oferece para construir assim estratégia de cuidados no território em que o sujeito vive (LUZIO e YASUI, 2010).

*“Então o trabalho em rede é essencial, se a gente pensar no cuidado do usuário de saúde mental, na necessidade desse cuidado ser contínuo, que não fique restrito ao CAPS que esse cuidado aconteça no território onde ele mora, de outros lugares e tal... É essencial, mas a gente tem muita dificuldade de trabalhar em rede, a própria rede de saúde mental do município não tá completa, falta centro de convivência, a gente não tem geração de renda, coisas super importantes...” (E2)*

Nos próximos trechos a trabalhadora fala sobre as parcerias pontuais que acontecem e afirma que é um trabalho que não é sistematizado, que não há reuniões entre serviços.

*“...com a Atenção Básica, em alguns casos quando é saúde da família é mais fácil, a gente consegue discutir, tentar articular alguma coisa, visita, acompanhamento, mas assim é muito pontual, é pontual, não tem um trabalho sistemático, não tem uma coisa organizada, uma reunião, não tem...” (E2)*

*“...E com a assistência, tem tido uma boa experiência com a assistência social é... tem um caso específico assim... que tem sido bem interessante. Uma paciente que eu atendo no individual que tá no abrigo por uma questão de violência e a assistência tem dado um auxílio bem importante. Com o CREAS já tive bons contatos, mas foi pontual, vou te falar que as vezes fica restrito a pessoas, por exemplo, conheço alguém que trabalha no serviço, então o contato é com essa pessoa e não com o serviço...” (E2)*

Em consonância com as falas de E2, Schneider (2010) afirma que é fundamental que haja integração e interação entre os serviços da Saúde Mental com a atenção básica, a gestão e a comunidade garantindo assim aos usuários humanização, universalidade e integralidade. Criando-se parcerias que possibilitem a estruturação da rede.

Observamos que E1, um dos trabalhadores do CAPS, entende que Rede de Saúde é um “vir a ser”, ou seja, é algo que deve ser construído conforme a necessidade do usuário. Percebemos que para E1 a construção dessa Rede é algo individualizado, olhando apenas para um sujeito em específico e não para as necessidades coletivas de todos os usuários.

*O que eu entendo da Rede é uma possibilidade de vir a ser, a rede não existe é uma possibilidade de vir a ser. (E1)*

*[...] a rede é uma possibilidade que é criada de acordo com a necessidade do momento. (E1)*

E1 exemplifica como é que acontece a construção da Rede segundo o seu entendimento:

*“Por exemplo, eu tenho uma paciente, é um caso real, 80 anos de idade, paranoide, mora sozinha, com 10 cachorros e seis gatos... que fica fazendo denúncia na delegacia e Fórum... que os vizinhos fazem isso, que os vizinhos pegam o gato, que ele ficou uma semana preso e voltou possuído. Fomos fazer a visita... eu, outra profissional, um da procuradoria, uma do Fórum, então montou-se uma rede e conversamos quem seria a referência e o caso ficou resolvido [...]” (E1)*

Os trechos de E1 são passíveis de interpretação de que a Rede de Saúde e os Intersetores não dependem da implantação de uma política pública e sim de profissionais dispostos a criar a Rede, o que nos mostra que a sua visão sobre a Rede de Saúde e Intersetores diverge da proposta da RAPS. É importante que essa rede esteja integrada à rede básica de saúde, que esses serviços se estruturam de forma descentralizada, que se articulem e seja intersetorial, garantindo-se assim como serviços humanizados e de qualidade, serviços esses que vinculem, criem laços entre usuários, profissionais, familiares e a comunidade como um todo e não que se cria a rede a partir de uma necessidade individual de um sujeito.

### **C3 Dificuldades de se articular com a Rede de Saúde e Intersetores devido ao preconceito e estigmatização dos usuários de Saúde Mental**

Neste Núcleo de Significação discutiremos e analisaremos os elementos que evidenciam que uma das dificuldades do CAPS se articular com a Rede de Saúde e Intersetores acontece devido ao preconceito e estigmatização dos usuários do serviço.

Para E6, *“Uhum...eu acho assim, a gente percebe nitidamente, que o paciente de CAPS é... como se diz... há um preconceito enorme.”*. O entrevistado coloca que esse preconceito também é oriundo da própria Rede de Saúde, que há essa estigmatização do usuário de saúde mental.

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), é importante a construção de práticas sociais que promovem um processo de mudança da imagem da loucura e do louco. Nesse sentido, percebemos que segundo os fragmentos de entrevista de E6 há o preconceito pois não houve uma mudança sobre a imagem da loucura e do louco.

*“...as pessoas têm preconceito, tratam mal ou não tratam como poderiam tratar o ser humano né, de forma respeitosa, educada, então... é diferente, cheguei no pronto socorro, principalmente no pronto socorro que tá com uma urgência, tá passando mal, ‘ah é paciente do CAPS’. Então eu falo assim os profissionais de todas as unidades precisam conhecer, não só todas as realidades, mas se tem alguma doença, que eu sei que o preconceito é muito grande quando se diz que tem transtorno mental, uma doença mental, procure saber, é uma pessoa normal, qualquer um pode ter um transtorno mental em qualquer momento da vida, e realmente são totalmente desvalorizados...”* (E6)

*“...a própria recepção dos postos de saúde, os postos de saúde e os clínicos deveriam atender os pacientes que estão estabilizados e não atendem, mandam tudo pra Unidade especializada. Às vezes é só um momento é uma fase da vida que a pessoa tá precisando de um medicamento de saúde mental e depois de um tempo ela não vai precisar mais, aí já faz o encaminhamento, as vezes tá numa emergência já poderia indicar uma medicação pra tranquilizar aquela pessoa. Aí se ela for transferida para outra Unidade ela vai esperar tanto tempo para ser atendida e poderia ter um socorro antecipado. A gente sabe que o preconceito é tão grande, quando você fala que trabalha no CAPS: ‘nossa, você trabalha no CAPS’. Então é um bicho de sete cabeças para as pessoas, eu falo assim é complicado o ser humano é muito preconceituoso, muito, muito, muito...”* (E6)

Ainda sobre a estigmatização, E4 nos exemplifica como acontece na Rede de Saúde. Nesse trecho ela levanta uma problemática de que a estigmatização por conta dos profissionais de saúde leva ao negligenciamento do atendimento que o usuário tem direito.

*“então, por exemplo, paciente vai pro Pronto Socorro... tá com dor de barriga, a hora que vê é mental, é mental, a gente fala como é mental não pode ter uma hipertensão, não pode ter uma dor de barriga, porque daí tudo dá o Diazepam, porque ele é mental né, então... no pronto socorro eles não têm direito a ter nada... então no posto de saúde é meio difícil conseguir, ou então tá estabilizado e tratar no posto, então tá estabilizado mando pro CAPS, então é complicado a rede pegar.”* (E4)

Nesse sentido, Gama e Campos (2009) colocam que a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica é necessária, porém, há um grau de complexidade que dificulta a implementação de propostas. Uma vez que o problema do adoecimento se desloca para o psiquismo questiona-se uma visão de saúde muito biológica e orgânica.

E5 também faz a reflexão sobre essa condição de estigmatização e preconceito com o usuário da saúde mental. Para ela essas questões geram uma dependência do CAPS, pois os serviços não aceitam os usuários, limitando todos os cuidados ao CAPS. Isso reflete uma cultura da violência que exclui o sujeito e priva ele dos seus direitos civis.

*“...não fique dependente da gente, e... nem sempre a gente consegue, porque essa consulta teria que voltar pro posto, teve uma época que podia, tem gente que até hoje trata lá, mas tem alguns postos com as suas chefias, com seus médicos que não aceitam pacientes doente mental, então ele vai lá ele trata da unha encravada, trata da diabetes, mas se ele falar que ta escutando vozes, aí... aí num dá...” (E5)*

E5 em um outro momento nos mostra que facilmente essas situações podem resultar na dependência dos usuários aos serviços. A dificuldade de se articularem com a Rede de Saúde possibilita o isolamento do serviço, como E5 coloca: **“...o CAPS é um país, um país não, é um planeta sem ligação com ninguém e dali ela cai no buraco negro...”**. E2 também descreve um pouco sobre a dependência dos usuários e coloca isso como uma preocupação de alguns profissionais da equipe:

*“Agora a gente começa enfrentar outro problema que é os pacientes ficarem dependentes da oficina, então estamos começando a lidar com isso, é ténue o limite entre o cuidar e a dependência, ‘por mim vinha todo dia’, ‘ficava fazendo isso todo dia’, e a gente ‘a ideia não é essa, é que você passe por aqui e vá procurar recurso na comunidade’. Então a gente ta começando a lidar com esse outro lado da moeda, um pouco dessa dependência e tal.” (E2)*

Observamos que essa exclusão dos usuários de saúde mental em relação a outros espaços na saúde e intersetores cria uma relação de dependência, pois o CAPS é o único espaço que os recebem e os aceitam.

#### **D. Reforma Psiquiátrica**

Apresentaremos em seguida uma análise acerca das significações dos trabalhadores sobre a reforma psiquiátrica. Observamos que essa temática indica dois posicionamentos diferentes: parte dos trabalhadores falam sobre a Reforma Psiquiátrica como

algo que não saiu do papel, outros falam sobre a reforma como a implantação de um novo modelo.

### **D1. Reforma Psiquiátrica: de algo que não saiu do papel à um novo modelo de atenção psicossocial**

Alguns trabalhadores quando questionados sobre a Reforma Psiquiátrica, os avanços e retrocessos que ela proporcionou à Saúde Mental, trouxeram elementos em suas falas que nos mostram que para eles a Reforma Psiquiátrica aconteceu apenas no papel, no campo teórico, mas que para acontecer de fato é importante a implantação de serviços que deem conta de reduzir as internações. Percebemos que os trabalhadores remetem a reforma de forma reducionista associando apenas ao fechamento dos hospitais psiquiátricos.

E7 é um exemplo de trabalhadora que traz esse significado para a Reforma:

*“Eu acho a Reforma muito bonita no papel, tem o SUS, tem o lado positivo, tem alguns pacientes ficaram anos e anos internados né, sem família, eles ficaram nos hospitais psiquiátricos jogados, eu acho a reforma nesse sentido um avanço, mas depois a sociedade não ofereceu o recurso para que esse paciente ficasse inserido na sociedade...” (E7)*

O trecho abaixo de E5 nos mostra que para a trabalhadora a Reforma não pode ser implantada “a ferro e fogo”, que a realidade da população é diferente, que com o fechamento dos hospitais e a volta dos usuários sob responsabilidade para a família trouxe consequências preocupantes como questões financeiras, por exemplo. Fica claro também a visão simplificada do movimento da reforma psiquiátrica para a trabalhadora.

*“Não dá pra ser a ferro e fogo, as coisas não são assim, as coisas demoram. Não adianta a gente querer pegar o Basaglia, pegar a Itália... não funciona, nossa vida é outra, a gente tem que entender que a gente tá no Brasil, mas facilitou pra eles, para família... trouxe a dificuldade financeira, logo que eles saíram muitos não queriam aceitar né, você já passa um perrengue danado e ainda tem mais uma boca, que fuma o tempo todo, que quer comer muito porque não tem limite, então é um trabalho com todo mundo né, com a família, o paciente... pra tenta acertar...” (E5)*

E3 e E6 pensam a reforma como o fechamento dos hospitais, mas também problematizam em suas falas a falta de recursos e investimento na área da Saúde Mental após o início do movimento da reforma. E3 diz: *“Então assim, eu acho que ajudou muito mas faltou um suporte pra está suprindo, por exemplo, uma emergência psiquiátrica”*. Para E6

os investimentos estão muito centralizados na medicação e é preciso investir em atendimentos também e não só em medicamentos. É possível observar isso no trecho abaixo:

*“...a gente sabe que o Brasil desde a Reforma não tem mais investimentos em Hospital, Brasil tem investimento em outras coisas, mesmo na parte medicamentos, nas indústrias farmacêuticas, o Brasil investe nisso e nesse retorno, o Brasil investe muito em medicamento, o Brasil não tá investindo em atendimentos bons também, porque não adianta investir em medicação e não investir em atendimentos bons...”*

E3 e E2 também fazem a crítica a falta de dispositivos que tem como proposta substituir os hospitais e toda a lógica manicomial. Nos trechos abaixo elas se referem a dificuldade de evitar as internações por conta da falta de investimentos em serviços:

*“O que eu critico é assim, fechou os hospitais, eu concordo, mas não veio um serviço substitutivo pra isso, por exemplo, um paciente em crise ele precisa de atenção 24 horas e nós não temos essa estrutura aqui, um CAPS III, a gente não tem como segurar esse paciente...”* (E3)

*“Então essa coisa da internação por exemplo, a gente precisa de leito psiquiátrico de hospital geral, a gente precisa de lugar de acolhimento, tem gente que precisa ser internado e não tem, não tem onde recorrer, a gente acaba recorrendo a internação psiquiátrica que é o que se tem pra hoje, ele não pode ficar aqui, a família não dá conta de ficar em casa. Então, esse é um retrocesso assim... então assim não foi montado o número de serviços que deveria ter sido pra dar conta da Reforma, então assim... acho que a gente convive o tempo inteiro com avanços e retrocessos...”* (E2)

A partir dos trechos das entrevistas de E2, E3, E5, E6 e E7 notamos que por mais que os trabalhadores apresentem diferentes falas a centralidade desses trechos está na falta de investimento nas políticas públicas para que se consiga implantar uma Rede de Saúde Mental que dê conta das propostas da Reforma. Ressaltamos que a Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (2009), é considerada um processo histórico de formulação crítica e prática, cujos os objetivos são questionar e elaborar propostas de transformação do modelo manicomial e do paradigma psiquiátrico.

Em consonância a Lei nº 10.216, a Reforma Psiquiátrica instituiu esse novo modelo de tratamento aos usuários de saúde mental no Brasil. Tal lei dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, propondo um modelo de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2001b). Em outros momentos, portanto, aparecem falas de alguns trabalhadores que vão ao encontro com os princípios do movimento da Reforma Psiquiátrica.

E8 fala do cuidado mais humanizado e da aproximação que a Reforma Psiquiátrica proporcionou aos usuários e familiares:

*“Eu acho que ela trouxe avanço sim, porque nos hospitais tinha um monte de paciente jogado que você não sabia o que tinha, se tinha família se não tinha. Com a reforma ele foram atrás né, foram atrás né, quando teve essa reforma eles foram atrás das famílias. Tem as residências terapêuticas pros pacientes que não tinham família e que não davam pra ficar internado também, a maioria que tava internado não tinha pra onde ir, então a residência tem esse sentido de inserir na sociedade né, e tá dando certo e tá sendo algo bom.” (E8)*

E5 também faz essa relação com a Reforma Psiquiátrica e a aproximação com a família e a quebra de paradigmas da própria sociedade em relação à loucura.

*“...então a Reforma realmente funcionou bastante, a sociedade acaba enxergando um pouco que tem pessoas sabe, começam reconhecer o psiquiatra, o psicólogo, que tem essa coisa de doido, que doido pra eles eu não sei qual que é o sentido né, porque não rasga dinheiro, não come coco, mas pra eles... é o que a gente fala se olha três vezes pro lado e ele já foi internado é porque ele tá doido, você pode olhar, ele não pode, ele tá sendo esquisito, então eu acho que essa abertura trouxe a família mais perto, trouxe ele mais perto, então... foi bom assim...” (E5)*

E3 relata o quanto o trabalho do CAPS, serviço que surgiu com a Lei da Reforma Psiquiátrica, é um dos avanços desse movimento, o trabalho em outra lógica, diferenciado: *“...A criação dos CAPS são uns dos avanços muito grande, temos um trabalho diferente de quando começamos com a saúde mental já com o objetivo de trabalhar as questões de internações, questões sociais, então acho que ajudou muito”.*

Sobre a Reforma Psiquiátrica os avanços e retrocessos, todos os trabalhadores se colocam como apoiadores da Reforma, exaltam os avanços trazendo em suas falas a ideia de um cuidado territorial, que garante os Direitos Humanos, que considera o sujeito e não a doença, que inserem a família no cuidado e que amplia as possibilidades de reinserção do usuário na comunidade. Para Dalla Vecchia e Martins (2009):

A construção histórica de um movimento de reforma psiquiátrica que se destina à manutenção da pessoa com transtornos mentais no seu cotidiano, investindo-se em suas redes sociais e familiares, na medida em que se procura limitar tanto quanto possível seu ingresso no circuito do hospital psiquiátrico, vem trazendo transformações na relação dos profissionais da saúde mental com a demanda, e, concomitantemente, um questionamento a respeito da sua própria prática. (p.158)

Assim fica claro que na fala dos trabalhadores a reforma psiquiátrica está relacionada com a atuação destes no CAPS, há essa relação de associar a prática cotidiana com a Reforma, reafirmando os avanços desse movimento em relação aos cuidados aos usuários e familiares.

## **E. Luta Antimanicomial**

No próximo Núcleo de Significação analisaremos como os participantes abordam a temática da Luta Antimanicomial. Observamos que há trabalhadores que entendem o movimento da Luta como algo desarticulado e radical, porém há também aqueles que entendem a Luta como um movimento político que deve atuar em diversos espaços.

### **E1. A Luta Antimanicomial: de movimento desarticulado a um importante movimento político**

E5 fala sobre a Luta Antimanicomial e a burocracia, para a trabalhadora não tem como negar o cuidado nos hospitais psiquiátricos, segundo ela, o paciente psiquiátrico não fica quieto, o hospital geral não consegue lidar com esses usuários, a Luta atrapalha as internações.

*“...porque é aquela burocracia danada pra conseguir uma vaga por a gente não ter mais hospitais, então não adianta imaginar que o antimanicômio vai acabar tudo, não tem jeito. Tem certas coisas que precisam ou num hospital geral, que eu não acho que seja o caso, porque paciente psiquiátrico não é um paciente que fica quietinho, deitado no leito sabe, é diferente, um hospital tem que ser diferente, ele anda ele não é paciente acamado...” (E5)*

E8 e E7 falam sobre a radicalidade do movimento e a desarticulação, ambos são problemas da Luta Antimanicomial que atrapalham as internações. Para E8 o movimento não pode ser radical porque há necessidade de ocorrer internações, *“Não pode ser radical, porque tem casos que vai precisar de internação, não tem como, tem que internar, não tem como acabar, ele tem que existir, agora como é, não é bom, tem que melhorar, tem que ser melhor pro paciente.”*. Porém, E8 não demonstra compreender que o movimento da Luta é contra os manicômios, mas não contra a internação quando esta é necessária e que para isso devem existir os leitos em hospitais gerais, observamos uma ideia simplificada do movimento.

Para E7 o grande problema da Luta Antimanicomial está na falta de articulação do movimento, segundo ela há pouco envolvimento e pouco engajamento das pessoas: *“Eu acho que está desarticulado, eu acho que tá desarticulado, tem alguns envolvidos mas são poucos eu acho que falta aquele engajamento, eu acho que tem que ter engajamento, que tem que continuar”*.

Na fala de E1 conseguimos observar que ele reconhece a importância dos avanços da Reforma Psiquiátrica e faz uma crítica a Luta Antimanicomial:

*A Reforma tem sido um avanço constante e contínuo, a Luta se tornou uma coisa boba, a Luta Antimanicomial perdeu a capacidade de enxergar a realidade, é como você falar por exemplo assim ‘as pessoas estão tendo*



*infecção quando comem nos restaurantes, então vamos fechar todos’, não é assim, existem coisas boas e ruins e precisamos lutar para que as coisas se tornem boa. A Luta Antimanicomial é boba quando ela imagina que todo o manicômio é ruim.” (E1)*

Nesse fragmento observamos tanto a ideia de “avanços constantes” em relação a reforma e a ideia de incapacidade da Luta Antimanicomial “enxergar a realidade”. E1 nesse trecho generaliza e reduz o movimento da Luta Antimanicomial fazendo uma comparação simplista a um restaurante, reduzindo as ações entre boas e ruins, desconsiderando toda a complexidade de construção e atuação dos manicômios. Para Garcia (2012), as violações dos direitos humanos nos manicômios são invisíveis na maioria das vezes, pois além de envolver instituições fechadas os internos ficam afastados dos olhares públicos.

Outros trechos da entrevista deixam claro a ideia reducionista do funcionamento dos manicômios e enxerga somente os problemas do mesmo como uma má administração e não como um espaço que exclui, violenta e anula o indivíduo.

*“Então é uma coisa burra a Luta Antimanicomial, o manicômio pode ser ruim se for mal administrado se for bem conduzido salva vidas.” (E1)*

*“A Luta se tornou burra por não entender que o manicômio não é ruim por si, ele não existe como um coisa ruim ele existe como uma coisa que é administrado por pessoas e essas pessoas que vão fazer dele algo bom ou ruim.”. (E1)*

Com a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios” a Luta Antimanicomial é um movimento social que luta pela extinção dos manicômios e de toda violência praticada pela assistência psiquiátrica, não apenas pelo fechamento das instituições baseando em boas ou más administrações, como colocada pelo trabalhador.

Segundo Amarante (1995a), a Luta Antimanicomial proporciona organizar um espaço de luta não institucional, um local de debate e encaminhamento de propostas da assistência psiquiátrica, que agregasse informações, promovesse eventos e que unisse trabalhadores em saúde. Nesse sentido, E7 e E2 irão falar sobre a Luta Antimanicomial com um importante movimento político com aspectos muitos positivos:

*“...uma coisa positiva é que os **profissionais que tão chegando agora no mercado de trabalho, pela formação deles eles estão com esse gás com essa vontade de mudar, então isso eu acho positivo, eu acho que tem muita coisa pra acontecer em termos de saúde né... e eu acredito muito nessa leva de profissionais que ta chegando no mercado de trabalho agora. Eu diria que eu to cansada já, a gente fica desgastada anos e anos, não é fácil, eu digo que eu já estou entregando a toalha, e os que estão chegando agora estão com aquele gás aquela vontade de fazer, e é bom essa troca e isso***

*tem acontecido aqui, [...], então acho que tem esse olhar e esse olhar de anos e anos ajuda muito, então muitas vezes a gente olha com um olhar cansado então eu acho que essa troca essa união que ta acontecendo tá sendo muito... tá sendo boa... eu tenho poucos anos pra me aposentar, mas eu vejo que esses profissionais que tão chegando tão me ajudando a esperar a aposentadoria, então tem sido uma boa troca.” (E7)*

No fragmento E7 fala do papel importante dos novos profissionais que estão chegando no serviço, o quanto de formação política eles trazem para esse espaço. Ela afirma que esse posicionamento dos novos trabalhadores tem sido positivo pois promove uma troca importante visto que há um desgaste e um cansaço dos profissionais que estão ali há muito tempo.

Nos trechos de E2 fica mais evidente a Luta como um movimento político que deve ocupar outros espaços para além dos serviços de Saúde Mental, ela faz uma reflexão que trabalhar em um serviço que propõe a superação do modelo manicomial não significa que as pessoas que ali estão serão a favor e apoiarão a Luta Antimanicomial, *“...então precisa ta em todos os espaços, não se restringe ao serviço, não se restringe ao profissional, é uma coisa maior, que tem que ta atuando o tempo inteiro, porque a gente convive o tempo inteiro com retrocesso...”*. E2 também relata que a questão de que a Luta Antimanicomial é uma luta que deve ser articulada entre trabalhadores, familiares, usuários e sociedade e que as práticas manicomiais estão em muitos lugares, por isso a importância da Luta ocupar outros espaços, *“...é um movimento político que precisa do envolvimento de todos os atores, aí eu acho que nessa os familiares e usuários são super importantes que é quem sofre a pressão e que traz a demanda...”*. Notamos que E2 entende a Luta como um movimento que não quer apenas o fim dos manicômios e sim o fim de todas as práticas manicomiais nas suas mais diversas formas.

*“Eu acho que o movimento da luta, não pode e não se restringe ao serviço, assim tem muita gente que trabalha em serviço substitutivo e não quer nem ouvir falar em luta antimanicomial, não gosta, é contra e não dá pra conversar. Não é porque você trabalha no serviço substitutivo que você apoia a Luta, as vezes são contradições que acontecem. Por isso que eu acho que a gente precisa se encontrar em outros espaços, para além daqui, se organizar enquanto trabalhadores, usuários e familiares, assim, em outros espaços para gente discutir isso politicamente, pra pensar assim... não pode se restringir aos serviço, eu acho que é ingênuo a gente pensar que por estar no serviço tem que ta nessa lógica antimanicomial, isso não acontece na verdade, as práticas manicomiais estão aí, mesmo num serviço que se pretende ser substitutivo ao manicômio...” (E2)*

É possível observar que nesta temática a defesa da não internação não garante a defesa da Luta Antimanicomial que propõe o fim dos manicômios e a substituição por

serviços de base comunitária. Quando o Movimento da Luta Antimanicomial torna-se tema das entrevistas fica evidente que essa relação não é complementar, há ainda muitos trabalhadores no serviço que apesar de, na fala, trazerem que entendem que os manicômios não são os melhores locais para tratamento, ainda defendem e enxergam este como a única possibilidade de tratamento quando se é necessário internar. Nesse sentido, aqueles que demonstram que é importante ter serviços que substituem os manicômios são os que no discurso se posicionam a favor da Luta Antimanicomial, e aqueles que não demonstram no discurso a questão dos serviços substitutivos à internação, como os dispositivos já citados, são os que consideram a importância da Luta, mas que não concordam com ela por completo, justificando que em alguns casos não há outra possibilidade de tratamento se não nos hospitais psiquiátricos. Assim, estão presentes dois discursos: aqueles que entendem a necessidade urgente da implantação da Rede de Saúde Mental no serviço e que compreendem a Luta Antimanicomial como um movimento político que deve estar além dos serviços de Saúde Mental e aqueles que entendem que é importante permitir maior acesso e desburocratizar o sistema de internações. Esses últimos associam a Luta apenas com as questões relacionadas a internações e não a consideram além disso, como superar a reprodução da lógica manicomial nos serviços substitutivos.

Para Dalla Vecchia e Martins (2009),

O trabalho de desconstrução do manicômio e da cultura manicomial envolve políticas sociais de conjunto, implicando o reconhecimento da necessidade de: moradias substitutivas e assistidas para ex-internos psiquiátricos; espaços de trabalho protegido (mas não “tutelado”); inserção em atividades culturais e de lazer. (p.159)

## 7.2 SÍNTESE DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO

Neste tópico faremos uma síntese dos Núcleos de Significação apresentados, entendemos aqui o modelo de atenção psicossocial como um modelo que surge para superar a lógica manicomial, rompendo com os paradigmas psiquiátricos e com toda uma cultura que exclui e anula os sujeitos com sofrimento psíquico. Para Luzio (2011), o desafio do modelo de atenção psicossocial não é apenas desenvolver-se na humanização das relações entre indivíduos, sociedade e instituições psiquiátricas, mas é também cuidar dos usuários com sofrimento psíquico no território, produzir vida, promover cidadania e romper com os princípios e ideais do asilamento.

Observamos os relatos e compreendemos que as práticas cotidianas relatadas como: acolhimentos, atendimentos terapêuticos individuais/ familiares, grupos e oficinas vão

ao encontro com a proposta do modelo de atenção psicossocial, pois através dessas práticas os trabalhadores conseguem produzir vida fora dos ideais de asilo, os profissionais passam a olhar para o sujeito em si e não para a doença buscando a reinserção social dos usuários e restabelecendo e/ou criando vínculos que potencializam o cuidado. Fica claro que nessas práticas há um rompimento e/ou um movimento que pretende superar as práticas manicomialistas como: o modelo asilar, o modelo médico e uma cultura violenta que exclui e anula o usuário na sua individualidade e coletividade.

Em relação aos cuidados em saúde mental, tratamento medicamentoso e internação, notamos que os trabalhadores expõem opiniões bastante semelhantes que convergem em alguns pontos, mas divergem em outros.

Todos os trabalhadores entrevistados ressaltaram a importância do tratamento medicamentoso sem exceção, porém, alguns reforçam a importância deste tratamento ser associado a outros recursos como: grupos terapêuticos e oficinas. Outros trabalhadores relataram os ganhos do tratamento medicamentoso quando realizado de forma adequada. Foi possível observar um movimento que considera a importância do medicamento, porém, não como o tratamento principal. Alguns relatos de profissionais indicam que é papel do CAPS desconstruir uma cultura medicalizante, principalmente quando eles percebem que os usuários/cuidadores/familiares procuram o serviço em busca apenas do medicamento. Para romper com essa cultura é necessário, segundo eles, realizar um trabalho de conscientização com os usuários para que estes entendam que há outras formas de cuidar do sofrimento psíquico.

No discurso sobre internação, observamos que os profissionais se posicionam contra quando a considera desnecessária, o que condiz com as políticas públicas que preveem as internações apenas quando há risco para o paciente e/ou outros. Ouvimos de alguns trabalhadores que seria possível reduzir ainda mais o número de internações, mas para isso é importante que haja no município dispositivos que atendam os usuários em momentos de crise, como: leitos em hospitais gerais, urgência e emergência psiquiátrica e CAPS III. A falta desses dispositivos na Rede de Saúde dificulta o trabalho dos profissionais e muitas vezes não possibilita outra opção que não a internação em hospitais psiquiátricos. Alguns trabalhadores não fizeram essa relação com os dispositivos que estão em falta na Rede e consideram que a internação deve sim ser evitada, mas quando há a necessidade esta deveria ser menos burocrática, visto que a burocracia para internar dificulta também o trabalho dos profissionais.

Em relação as práticas do cotidiano dos trabalhadores no serviço, foi possível notar que em algumas delas a presença do médico é indispensável. A construção que PTS

(mesmo que em um momento importante de mudança para a equipe) já foi uma prática exclusiva do médico, assim como a construção do diagnóstico. Como dito, a elaboração do PTS para a equipe está em um processo de mudança muito importante, uma prática que anteriormente era exclusiva do médico passa a ser de toda a equipe, possibilitando para os trabalhadores maior autonomia e independência e para os usuários o direito de opinar e construir em conjunto com a equipe.

A construção do diagnóstico também foi relatada pelos trabalhadores como uma prática que mantém esse modelo médico centrado, alguns profissionais questionam e refletem sobre essa centralidade, pois entendem que a equipe é multiprofissional e a elaboração do diagnóstico deveria ser feita coletivamente considerando as especificidades de cada profissão e compreendendo o usuário em sua totalidade, focando o olhar no sujeito e não na doença. Um dos trabalhadores colocou que entendia essa prática como uma prática exclusivamente médica, reforçando assim uma ideia reducionista do diagnóstico.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), o processo saúde-doença é um fenômeno complexo e não devemos compreendê-lo de forma restrita ao campo biológico. Desta forma, é necessário que se trate esse processo de maneira integral para que haja uma abordagem adequada. Nesse sentido, deve-se promover a ampliação da base conceitual de cada profissional da saúde, assim como “é necessária a configuração de equipes para a ação multiprofissional, buscando a maior potência de cada ação” (p. 1408).

Há também evidências da centralidade médica nas visitas domiciliares que essencialmente, segundo uma entrevistada, precisam da presença dos médicos para acontecerem.

O modelo médico centrado e o saber médico exposto acima através de práticas especificadas são para alguns profissionais naturalizados. Não raro, foi possível perceber nas entrevistas que alguns trabalhadores não compreendiam essa prática como algo a ser superado no modelo de atenção psicossocial. Em contrapartida, há trabalhadores que entendiam que essa prática deveria ser superada nesse modelo de atenção. A centralidade médica e o modelo biomédico são paradigmas que pertencem a velha lógica manicomial e com a nova proposta de cuidado na atenção psicossocial deveriam ser superados. Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), o modelo de atenção psicossocial requer mudanças no campo teórico-assistencial que prevê rompimento e reconstrução do modelo médico.

Compreendemos aqui que o modelo médico é reproduzido não apenas por profissionais médicos, mas pelas diversas áreas de atuação em saúde, desta forma refletimos sobre o caráter histórico da formação biologicista das diferentes graduações nessa área,

evidenciando um processo contraditório, em que alguns profissionais avançam em relação a superação de práticas hegemônicas e outros reproduzem esse modelo biologicista.

É possível analisar que, entre os críticos da educação dos profissionais de saúde, há um consenso quanto a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada ser hegemônica na formação destes profissionais. Desta forma, observamos a necessidade de que os conceitos e práticas de saúde que orientam tal processo de formação sejam transformados, para que assim se ampliem as possibilidades de que profissionais capazes de atuar e compreender a integralidade nas práticas em saúde sejam formados (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Há uma diversidade notável no que tange as dificuldades e desafios, a saber: problemas estruturais e físicos; problemas interpessoais; falta de recursos humanos e materiais; implantação e aplicabilidade das políticas públicas; falta investimentos políticos e financeiros. Alguns trabalhadores falam sobre a falta de materiais para realizar as oficinas e que muitas vezes acabam adquirindo-os por conta própria, há também relatos sobre a dificuldade e os desafios de trabalhar em equipe, a falta de espaços para se reunirem e trabalharem questões relacionadas a equipe, notamos um desgaste dos trabalhadores por conta da falta desse espaço. A maior dificuldade e o maior desafio descrito por eles foi a implantação e aplicabilidade das políticas públicas que envolve a falta de investimentos políticos e financeiros no serviço e na implantação e articulação da Rede de Saúde do município.

A articulação da Rede de Saúde e os Intersetores com o serviço é um dos desafios diários a ser enfrentado, notamos que muitas vezes a ausência dessa articulação leva a uma reprodução de uma lógica manicomial em toda a Rede. Nas entrevistas há elementos que nos indicam que para os trabalhadores não há uma Rede de Saúde consolidada, o que dificulta muito o trabalho desses profissionais. Para os trabalhadores a não articulação da Rede com o serviço promove o aumento de demanda, ou seja, usuários que não fazem parte do público a ser atendido pelo CAPS estão no serviço, isso gera um grande número pessoas vinculadas sobrecarregando o serviço e os trabalhadores que precisam atender toda essa demanda.

Para os trabalhadores a Rede de Saúde além de não estar articulada também não está preparada para atender os usuários da Saúde Mental, mais uma vez resultando nos encaminhamentos e aumento de demanda. Há relatos de que a Rede não recebe e não atende os sujeitos pelo fato de serem usuários do CAPS, sinalizando assim que há no serviço público uma estigmatização do usuário levando esse indivíduo ao isolamento em um único serviço: o CAPS. Essa estigmatização do sujeito causa uma dependência dos usuários com o serviço que

o recebe, essa dependência pode gerar uma institucionalização, pois esse usuário só consegue circular e conviver nesse espaço, já que os outros espaços, segundo os trabalhadores, não os recebem. Esse isolamento é reflexo de um modelo médico que fixa o olhar na doença e não no sujeito e também reflexo do preconceito existente nesses espaços.

Ainda em relação a Rede de Saúde notamos que uma preocupação apresentada pelos trabalhadores do CAPS é o fato da Rede não conhecer o trabalho desenvolvido no serviço. Para os profissionais os outros serviços da Rede não sabem como é funcionamento e qual o objetivo do CAPS, isso atrapalha a relação com os serviços resultando em uma dificuldade de articulação em rede, mais uma vez isolando o CAPS. Eles afirmam que falta preparo, encontros e momentos entre as equipes para que essa articulação comece a ser possível e muitas vezes esse movimento de se articularem depende da gestão e de investimentos.

Outras temáticas que dividiram os trabalhadores foram a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Os profissionais relatam os avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica, relacionando esses avanços principalmente com o modelo de cuidado proposto, porém, fazem a crítica de que a reforma apesar dos avanços ainda permanece em alguns pontos no papel, observamos que essa crítica está diretamente relacionada a falta de investimentos políticos no setor da Saúde Mental em relação aos serviços substitutivos que deveriam ser implantados com os fechamentos dos manicômios.

Para alguns trabalhadores, a Luta Antimanicomial é um movimento desarticulado e radical, estes descrevem que a radicalidade da luta está no fechamento dos manicômios, e que a permanência dos hospitais psiquiátricos é importante para atender as demandas de crise. Assim, observamos que há uma ideia reducionista da Luta Antimanicomial, em que esta é entendida apenas como o fim dos manicômios, desconsiderando que o fechamento dessas instituições é o rompimento com uma cultura da violência que exclui e anula completamente o sujeito. Outros trabalhadores falam da Luta Antimanicomial como um movimento político que deve ultrapassar os muros do serviço e ocupar outros espaços, pois entendem que a Luta vai muito além de fechar os hospitais, que visa garantir que esses cidadãos sejam sujeitos da sua própria vida e sujeitos de direito, sendo um movimento contra qualquer prática manicomial em diversos espaços.

A partir da análise das informações coletadas observamos que em determinadas práticas relatadas pelos trabalhadores há a superação da lógica manicomial e um movimento de luta e resistência. Porém, há um contraponto que nos indica ainda em algumas práticas, condutas e discursos que o modelo manicomial está sendo reproduzido dentro desse serviço

que tem como política pública a superação dessa velha lógica para um novo modelo, um novo paradigma de atenção e cuidado. Este também presente em práticas, condutas e discursos dos trabalhadores, indicando o movimento de superação da velha lógica e construção constante desse modelo no cuidado e no fazer políticas públicas em Saúde Mental.

Ao observarmos contradições entre as concepções apresentadas pelos trabalhadores, é importante salientar que estas expressam em relação direta com a atividade profissional destes. Para realizarmos essa análise, resgatamos em primeiro lugar que, segundo Leontiev (s.d), antes de colocarmos em evidência particularidades psicológicas da consciência dos homens, precisamos compreender a atividade destes engendrada nas relações concretas que a permeiam. E em segundo lugar que o sentido atribuído por cada homem traduz a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados. Sabemos que o sentido está relacionado à sua atividade e às relações que permeiam essa atividade, desta forma, uma mesma situação vivida por duas pessoas diferentes terá sentidos diferentes para cada uma, a depender do modo como foi apropriada essa vivência.

Nessa pesquisa, ao observarmos olhares diferentes sobre um mesmo fenômeno, compreendemos que isso se produz e reproduz a partir das diferentes condições concretas (históricas e sociais) vivenciadas pelos trabalhadores e em relação com a sua atividade (sem deixar de lado que estas se expressam dentro de uma sociedade de classes), por exemplo: as diferentes formações profissionais e acadêmicas; vivências específicas relacionadas à Luta Antimanicomial; condições concretas de trabalho e funções exercidas; diferentes experiências profissionais; assim como vivências vinculadas à outras atividades (que não a profissional) exercidas ao longo das suas vidas e que possam se relacionar com a construção de tais sentidos.



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A loucura, objeto de meus estudos, era até agora  
uma ilha perdida no oceano da razão; começo a  
suspeitar que é um continente*

*(Machado de Assis - O Alienista)*

A pesquisa teve como objetivo identificar os avanços e os retrocessos da Reforma Psiquiátrica, assim como os desafios contemporâneos que envolvem os progressos e/ou a reprodução da lógica manicomial nas práticas profissionais dos trabalhadores de um CAPS. Para isto foi importante através de entrevistas com os trabalhadores investigar quais são as práticas assistenciais realizadas por eles no cotidiano do serviço envolvendo a relação com os usuários, equipe e familiares; a construção dos diagnósticos e como são propostos os tratamentos. Além disso, nosso objetivo foi também compreender essas práticas e identificar os desafios dos trabalhadores entrevistados para a superação da lógica manicomial.

A partir da análise da coleta de informações conseguimos compreender que alguns trabalhadores no cotidiano do serviço identificam em algumas de suas práticas a reprodução da lógica manicomial, realizando constantemente um movimento pessoal e coletivo para que tal lógica seja superada. Alguns trabalhadores demonstram amplo entendimento das políticas públicas que estão embasadas em um novo modelo e uma nova prática de atenção, a atenção psicossocial.

Foi possível observar também que uma outra parcela de trabalhadores (que variaram conforme a temática abordada) acabam reproduzindo e naturalizando essa a lógica manicomial dentro do serviço. Observamos que essa reprodução muitas vezes acontece pela falta de conhecimento da política pública em saúde mental e/ou por não concordar com esta em alguns pontos.

No entanto, não podemos simplificar a compreensão dos trabalhadores entrevistados em dois grupos completamente distintos (manicomiais X antimanicomiais), já que foi possível observar ainda que, em diversos momentos, alguns trabalhadores apresentavam concepções contraditórias, ora em defesa de práticas antimanicomiais, ora em consonância com uma atuação deslocada do que indica as políticas públicas decorrentes da reforma psiquiátrica, a depender da temática que estava sendo abordada.

Constatamos que para a superação da lógica manicomial é importante fortalecer e implantar completamente as políticas públicas de saúde mental, percebemos que o não fortalecimento dessas políticas dificulta as ações dos trabalhadores no cotidiano, para isso é importante consolidar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial no município em questão. Este ponto em específico apareceu nas entrevistas com os trabalhadores como um dos maiores desafios do cotidiano, sendo que a falta de estrutura ou a não implantação completa da RAPS viabiliza que algumas práticas manicomiais sejam reproduzidas no CAPS e na própria Rede de Saúde e Intersetores. Consideramos a partir das falas dos trabalhadores que a falta de articulação do serviço com a Rede de Saúde e Intersetores desencadeia algumas dificuldades e desafios a serem superados como o preconceito, a falta de acessibilidade do usuário aos serviços de saúde e a falta de conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde mental e das políticas públicas. Para Luzio e Yasui (2010) é importante que os diferentes segmentos da sociedade (gestores, trabalhadores de saúde e população em geral) conheçam os avanços das políticas públicas referente a saúde mental e permitam para os usuários um tratamento eficaz, acesso ao trabalho, que sejam sujeitos de direitos e que se promovam a inclusão social.

Outro ponto que observamos que favorece a reprodução da lógica manicomial é a precarização do trabalho dos servidores, a não contratação de equipe e a falta de articulação com a Rede de Saúde sobrecarrega muitos trabalhadores e também o serviço, transformando o serviço não apenas na porta de entrada, mas também como a única porta que a população tem acesso a saúde mental.

Os trabalhadores apontam que a equipe também necessita de cuidados, que é preciso investir mais em contratações, que ter espaços para reuniões de equipe e para formação continuada seria muito importante para o desenvolvimento do trabalho. Eles sinalizam que cuidar da equipe é também olhar para ela e suas relações e que é essencial que existam espaços em que eles possam se encontrar tanto no serviço quanto na Rede de Saúde para melhorar essas relações.

Refletimos sobre a implantação completa da Rede de Saúde e a valorização dos trabalhadores do CAPS e entendemos que muitas vezes essas ações vão para além da articulação dos trabalhadores e envolvem outras instancias como: gestão municipal, estadual e federal.

A reprodução da lógica manicomial também está presente quando os trabalhadores relatam a estigmatização dos usuários da Saúde Mental, seja pela Rede de Saúde, Intersetores ou pela sociedade. Essa estigmatização é fator importante no isolamento dos sujeitos apenas a um único serviço, o CAPS. Esse isolamento promove o aumento da

demanda no serviço e um vínculo de dependência dos usuários com o CAPS dificultando assim que os trabalhadores consigam promover junto a família e a sociedade a reinserção social dos usuários. A estigmatização ressalta a presença do preconceito e a falta de qualificação e capacitações das equipes de saúde em perspectivas antimanicomiais, uma vez que os relatos dos trabalhadores nos mostram como essa relação com a loucura e a reprodução da loucura está presente nesses espaços.

É importante não reduzirmos a lógica manicomial apenas a exclusão social do indivíduo, precisamos entender que essa lógica está presente em práticas que anulam as potencialidades e negam a eles seus direitos reproduzindo o aniquilamento completo da individualidade do sujeito. Romper com essa lógica é construir novos saberes, uma nova prática e uma nova política. A implantação de novos saberes, de um novo modelo não é apenas desconstruir e reestruturar algo já existente, é criar novas possibilidades a esses sujeitos.

Apesar dos relatos indicarem a reprodução da lógica manicomial em algumas práticas, discursos e opiniões, observamos que há um movimento individual e algumas vezes coletivo de alguns trabalhadores para superação dessa lógica, um movimento marcado por posicionamentos, opiniões e ações cotidianas dentro do serviço.

Observamos a presença do modelo de atenção psicossocial no cotidiano do serviço quando ouvimos os trabalhadores sobre suas práticas grupais, sobre o tratamento medicamentoso e as internações e todo o movimento de não reproduzir uma cultura medicalizante e hospitalocêntrica. É notável a movimentação da equipe contra as internações na tentativa de seguir a lógica da territorialização e tornando-se independente de qualquer estrutura hospitalar psiquiátrica, também fica claro o trabalho de reinserção social valorizando o fortalecimento dos laços familiares/sociais, o lazer e a tentativa da reinserção no trabalho.

Em consonância com Luzio (2011) que ressalta que a Atenção Psicossocial tem progredido como um processo de construção de uma nova ordem institucional que promove a diminuição das internações e dos leitos psiquiátricos, diminui exclusão social e a cria uma cultura contra manicômios, percebemos que essa progressão também está presente no CAPS do município que mesmo com esses avanços ainda é um modelo que enfrenta muitos problemas e desafios, sendo os trabalhadores atores essenciais nesses avanços.

Em busca da superação de práticas hegemônicas, finalizamos a presente pesquisa ressaltando alguns aspectos conceituais importantes que devem direcionar a atuação em Saúde Coletiva, como:

[...]ênfase no acolhimento e inclusividade das pessoas à rede de cuidados do SUS sem qualquer tipo de segregação ou restrição de acesso; a superação do biologicismo e da abordagem centrada nas doenças para uma abordagem integral que reconheça histórias e sensações na vivência dos adoecimentos; a valorização da autonomia das pessoas na construção de projetos terapêuticos individuais e da autodeterminação no andar a vida; o estabelecimento de práticas cuidadoras e não a intervenção terapêutica centrada nos procedimentos e medicamentos; o estímulo à convivência entre a população e os profissionais de saúde; a participação dos trabalhadores junto às instâncias de participação popular; a atuação permanente em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e a crítica à medicalização e à mercantilização da saúde. (CARVALHO e CECCIM, 2006, p.24)

Não obstante, reafirmamos a necessidade de refletirmos sobre qual o modelo assistencial e quais as propostas ético-políticas em que estamos baseados, assim como devemos compreender que a transformação das práticas e a ruptura com o modelo manicomial não devem ser entendidas apenas como o fim do hospital psiquiátrico, mas como a implantação de um novo modelo de cuidado aos usuários de saúde mental que preze pela dignidade da pessoa humana e por sua emancipação. Por isso defendemos que nós trabalhadores atuemos nas políticas públicas de forma transformadora e que lutemos por uma saúde pública, humanizadora e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 222-245, jun. 2006.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 94, n. 236, p. 299-322, jan. /abr. 2013.
- AGUIAR, W.M.J. de; SOARES, J.R.; MACHADO, V.C. Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 45, n. 155, p. 56-75, Mar. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742015000100056&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742015000100056&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/198053142818>.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, Dec. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>.
- AMARANTE, P. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial'. In: KALIL, M. E. X. (org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo/Salvador, Hucitec, 1992.
- AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª Ed. 1995a.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995b.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A., SCARCELLI, I. R. & COSTA, E. S. (Orgs.), **Fim de século: ainda manicômios?** (pp.47-53). São Paulo: IPUSP, 1999.
- AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol. 1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

ANTUNES, B., COIMBRA, V. C. C., DE SOUZA, S. A., ARGILES, C. T. L., DOS SANTOS, E. O., & NADAL, M. C. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência-*doi*: 10.4025/ciencuccuidsaude. v11i3. 15416. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 600-604, 2013.

BASAGLIA, Franco.; BASAGLIA, Franca. O. **O homem no pelourinho**. São Paulo: Tradução IPSO - Instituto de Psiquiatria Social, 1979.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F.O. Prefácio. In: AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1996.

BASAGLIA, F.O. Saúde/doença. In: AMARANTE, P. e CRUZ, L. B. (Orgs). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro, Laps, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224 de 29 de janeiro de 1992**: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. **Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001a. p. 15.

BRASIL. **Lei 10.216 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012.

BOARINI, M.L. Atenção à saúde mental: um outro olhar. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental.** Maringá: Eduem, 2ª ed. 2011.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARVALHO, Y. M. e CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Tratado da saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 137-170, 2006.

CASTEL, R. **A Ordem psiquiatria:** a idade de ouro do alienismo. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1400-1410, Oct. 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Educação ou saúde? Educação x saúde? Educação e saúde. **Cadernos Cedes**, Campinas, n. 15, p.7-16, 1985.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio - subjetividade, saúde mental e sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 28, p. 151-164, Mar. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100013&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013>.

DIMENSTEIN, M. **O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS):** Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde (UBSs). Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A. N. Leontiev. **Cad. CEDES [online]**. 2004, vol.24, n.62, pp. 44-63 Acesso em 08/12/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v24n62/20091.pdf>

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E.E.. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, **Cad. saúde pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FOUCAULT, M., **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R.O.. Saúde mental na atenção básica-uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 2, p. 110-130, 2009.

GANDELMAN, L. M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 613-630, dez. 2001. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702001000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000400006&lng=pt&nrm=iso). acessos em 04 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000400006>.

GARCIA, M. R.V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Rev. psicol. polít. [online]**. 2012, vol.12, n.23, pp. 105-120.

GRADELLA JUNIOR, O. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, June 2002. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822002000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822002000100006&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Set. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822002000100006>.

GRADELLA JUNIOR, O. Políticas públicas, instituições e saúde. IN: MARTINS, L.M. (Org.). **Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da psicologia sócio-histórica**. / São Paulo: Cultura Acadêmica: Universidade Estadual Paulista, Pró-Reitoria de Graduação, 2008.

GRAMSCI, A. Caderno 12 (1932): Apontamentos e notas dispersas para um grupo de ensaios sobre a história dos intelectuais. In: \_\_\_\_\_. **Cadernos do Cárcere**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. v. 2, p. 13-53.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974

GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In COSTA, C.M., FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008, p.23-57.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.



KANTORSKI, L. P.; BIELEMANN, V. D. L. M.; CLASEN, B. N.; PADILHA, M. A. S.; BUENO, M. E. N. & HECK, R. M. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. **Cogitare Enfermagem**, v15,n4, 2010.

KANTORSKI, L.P.; COIMBRA V.C.C.; DEMARCO D.A.; ESLABÃO A.D.; NUNES C.K.; GUEDES A.C. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas (RS), jan-mar;1(1):4-13. 2011.

KINOSHITA, R. T.; ZONTA, C. O Programa de Saúde Mental de Bauru. In: CAPISTRANO FILHO, D. e PIMENTA, A.L. **Saúde para todos: um desafio do município**. São Paulo, HUCITEC, 1988.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

KOPNIN, P.V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

KOSIK, K. (1963). **Dialética do concreto**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LAPPANN-BOTTI, N.C **Oficinas em saúde mental: história e função** [Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, conciencia y personalidad**. Buenos Aires: Ciencias del Hombre, 1978.

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo: Editora Moraes, s/d.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, Apr. 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

LUZIO, C. A. Atenção Psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In: BOARINI, M.L. (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eduem, 2ª ed. 2011.

MARTINS, L. M (Org.), **Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cultura Acadêmica: Universidade Estadual Paulista, Pró Reitoria de Graduação, 2008.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M.C.S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. **Rotular, classificar, diagnosticar**. A violência dos laudos. Jornal do GTNM-RJ (Grupo Tortura Nunca Mais), agosto 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: cuidar sim, excluir não**. OMS, 2005.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DOS MÉDICOS DA FAMÍLIA (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. Lisboa: OMS, WONCA; 2008

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. Dialética Singular-Particular-Universal: implicações do método materialista dialético para a Psicologia. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 27, n. 2, p. 362-371, Aug. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822015000200362&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200362&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEDUZZI, M. M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2001, vol.35, n.1, pp.103-109. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. & COSTA, N. R. (orgs.), **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In TUNDIS, S.A., COSTA, N.R.(Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6°ed., Petrópolis: Vozes 2000.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

ROTELLI, F. A lei 180 da reforma psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. **Sáude e Debate**, (4): 119-22, jun. 1991.

ROTELLI, F. Desospitalização. In: **CRP/06: II CONPSIC** (pp. 65-85). São Paulo: Oboré, 1992.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G.. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHNEIDER, A. R. S.. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2010.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 9(1), 25-59. 2002

VYGOTSKI, L. S. (1931). **Problemas del desarrollo de la psique**. Madrid, España: Visor, 1995. (Obras Escogidas, III).

ZANELLA, A. V.; REIS, A.C.; TITON, A.P.; URNAU, L.C.; DASSOLER, T.R. Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 25-33, 2007.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado. ENSP- Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S. A produção do cuidado no território: 'há tanta vida lá fora'. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, 4, 2010, Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1)>. Acesso em: 05 Nov. 2012.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE - A**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Iniciais:

#### **QUESTÕES NORTEADORAS**

##### **Estrutura**

- Caracterização geral do espaço físico – sala de acolhimento, salas de grupo, locais de atendimento, locais para oficinas, espaço externo.

##### **Funcionamento do serviço**

- Quantos usuários são atendidos no serviço
- Como eles chegam no serviço
- Qual o destino desses usuários

##### **Equipe**

- Quantos profissionais compõe a equipe?
- Quais os cargos que estes ocupam?
- Qual o papel dos profissionais no planejamento de atividades? (os de curso superior, técnico e oficinairos)

**APÊNDICE- B****ROTEIRO DE ENTREVISTAS**

Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_ Tempo no CAPS: \_\_\_\_\_

Graduação: \_\_\_\_\_

Outros cursos:( pós, cursos, especialização) - \_\_\_\_\_

**QUESTÕES NORTEADORAS****1. Trajetória profissional/ História de Trabalho.**

(Qual a trajetória de trabalho; Já trabalhou em outros serviços de Saúde Mental; Se sim, fale um pouco de como foi esse trabalho.)

**2. Atividades Cotidianas**

- Atividades diárias.  
(Práticas do profissional)

- Relação com os usuários  
(Como vê e como entende esse usuário no serviço e suas relações)

- Construção de diagnósticos  
(Participa diretamente, qual visão sobre, qual importância dá ao diagnóstico, faz diferença para o trabalho, se sim, quais as diferenças)

- Tratamentos  
(Projeto terapêutico singular; medicalização; internação; o que vê de positivo e de negativo nesses tratamentos, faria algo de diferente e porque)

**3. Movimento da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial**

(Identifica no seu trabalho cotidiano alguma relação com a Reforma Psiquiátrica, explicita; Tem conhecimento do Movimento da Luta Antimanicomial, o que pensa a respeito)

- Avanços desses movimentos.  
(Quais)

“Qual o seu entendimento acerca do cuidado em saúde mental?”.

- Retrocessos desses movimentos.  
(Quais)

**4. Quais hoje são os maiores desafios enfrentados por você, enquanto trabalhador, dentro de um CAPS?**

## APÊNDICE – C



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



**-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EQUIPE TÉCNICA –**

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Serviço Substitutivo em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Avanços e Desafios de um CAPS.**, que tem como **objetivo principal avaliar os avanços e desafios do serviço de saúde mental.**

A pesquisa terá duração de 2 anos e suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento o usuário pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em compor um grupo para entrevista na forma de discussão, com duração média de 60 minutos. As entrevistas serão gravadas em áudio para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de saúde mental deste serviço.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Qualquer dúvida adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa por meio do telefone (14) 3880-1608 ou 3880-1609.

Desde já agradecemos!

**CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Orientador: Sueli Terezinha Ferrero Martin, Rua Daniel Zacarias, n° 852 e Botucatu Fone: (14) 3880-1243. E-mail: stfm@fmb.unes.br  
Pesquisador(a): Caroline Cusinato, Rua Ponciano Ferreira de Menezes, 5-35, Bauru- SP Fone: (14)98181-9568. E-mail: caroline.cusinato@yahoo.com.br