

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Juliana Cristina Fernandes

A prática social na saúde mental

Doutorado em Serviço Social

São Paulo
2017

Juliana Cristina Fernandes

A prática social na saúde mental

Doutorado em Serviço Social

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social sob a orientação da Profa. Dra. Maria Lucia Rodrigues.

São Paulo

2017

Banca Examinadora

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Lucia Rodrigues
(Orientadora)

Profa. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
(Examinadora)

Profa. Dra. Lucia Cristina Rosa
(Examinadora)

Profa. Dra. Maria Carmelita Yazbek
(Examinadora)

Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin
(Examinadora)

Profa. Dra. Sandra Eloiza Paulino
(Examinadora-suplente)

Profa. Dra. Dirce Harue Ueno Koga
(Examinadora-suplente)

Para Fernando e Matias.

Bolsista
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPES

AGRADECIMENTOS

Me sinto profundamente grata a inúmeras pessoas que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a confecção deste estudo.

Agradeço o apoio financeiro da CAPES pela bolsa integral e pelo suporte institucional do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social – PUCSP. Agradeço aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social (NEMESS) pelo espaço de debate aberto e livre proporcionado pela coordenação da Prof.^a Dra. Maria Lucia Rodrigues, à quem sou grata pela orientação, pela parceria, confiança e afeto.

Agradeço aos profissionais, gestoras e usuários (as) dos Centros de Atenção Psicossocial que me receberam e permitiram permanecer, conhecê-los e realizar a pesquisa. Especial agradecimento às assistentes sociais Silvia Constantino e Márcia Oliveira.

Agradeço aos professores e professoras pelos generosos ensinamentos: Prof. Marcos Masetto (PUCSP), Prof.^a Maria Lúcia Carvalho da Silva (PUCSP, *in memoriam*), Prof.^a Salma Tannus Muchail (PUCSP), Bader Burihan Sawaia (PUCSP), Rosana Tereza Onocko-Campos (UNICAMP), Prof.^a Lourdes Rodriguez del Barrio (UdeM-Québec) e à sempre estimada Prof.^a Maria de Fátima de Campos França (UNICAMP).

Agradeço também as pessoas que me acompanharam no percurso na saúde mental e com as quais aprendi ser possível outras formas de ver, sentir e estar no mundo: Gabriela Campos, Tereza Tavares, Magali Torres, Clarice Scopin, Márcia T., Vivi Marcondes, Leandro Leles, Claudemir, Otávio Alabarse, Cristoph Surjus, Belzinha, Elen Sena, Janeleide, Dona Lourdes, Nadja Fialho, Denise Escobar, Regina Themudo, Emiliano Camargo, Céline Cyr, Lisa Benisty, Thaís Otanari, Pierre-Luc St-Hilaire, Emmanuelle Khoury, Isabelle Ruelland... e tantas outras. Aos amigos: Géraldine Challe e Denis Barreto pelo incentivo no francês, pela amizade e quiches. Agradeço à manita preciosa, Ruby Esther Léon Díaz pelo companheirismo e amizade. Agradeço à Liliana Espinosa Hurtado pela alegria e a eterna disposição em estar...

Em especial agradeço ao meu Companheiro de Vida, Fernando Meloni de Oliveira, que sempre tão doce e disponível compartilha gentilmente seus conhecimentos, seu tempo e energia para que nossos projetos se realizem, inclusive o de gerar nosso filho Matias que já está no mundo e em nossos braços na próxima primavera.

Finalmente, sou grata à todas as minhas famílias.

RESUMO

Fernandes, Juliana Cristina. A prática social na saúde mental. Tese (Doutorado), Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

A Reforma Psiquiátrica, instituída como política nacional em 2001, reestruturou a assistência em saúde mental no país sob os aspectos jurídicos, políticos, sociais e assistenciais. A reforma trouxe o estabelecimento de uma rede de assistência substitutiva ao aparato manicomial, com destaque para a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Orientados pela lógica comunitária de inserção social das pessoas com transtorno mental, os CAPS devem priorizar a cidadania, o acesso aos direitos e participação social de seus usuários. No entanto, em função do histórico do tratamento da saúde mental no país, do estigma que recai sobre a população com transtornos mentais e em função do próprio contexto político, social e econômico da população usuária dos serviços de saúde mental, ainda são grandes as dificuldades para a consolidação da reforma psiquiátrica e para concretização de práticas sociais condizentes no interior dos serviços de saúde. Diante disso, esta pesquisa teve como objetivo estudar e analisar as práticas sociais das equipes dos CAPS em relação às demandas sociais dos usuários em um município do estado de São Paulo. De natureza qualitativa, a investigação considerou a multidimensionalidade do objeto de estudo, focando ‘o fazer das equipes multiprofissionais’ na variedade de situações sociais que lhes são apresentadas cotidianamente. Foram realizadas entrevistas aprofundadas com os profissionais de distintas áreas de formação; grupo de discussão e a observação cursiva dos processos de trabalho das referidas equipes. Procuramos examinar os significados atribuídos ao social; as práticas sociais realizadas efetivamente; assim como suas dinâmicas de elaboração/execução. Concluímos que as dimensões tutelares e assistencialistas ainda aparecem nas práticas sociais dos serviços abordados, ainda que maneira diluída e ressignificada pelos profissionais. O avanço das práticas voltadas para a cidadania e acesso aos direitos sociais dos usuários dos serviços permanecem sendo um grande desafio para a inserção da loucura na sociedade contemporânea.

Palavras-chave: Saúde mental, reforma psiquiátrica, práticas sociais, centro de atenção psicossocial, dimensão social, cidadania.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform, instituted as national policy in 2001, restructured mental health care in the country under the legal, political, social and care aspects. The reform brought the establishment of a network of assistance replacing the asylum system, with emphasis on the creation of Psychosocial Care Centers (PSCC). Guided by the community logic of social inclusion of people with mental disorders, PSCC should prioritize citizenship, access to rights and social participation of its users. However, due to the past of the treatment of mental health in the country, the stigma that falls on the population with mental disorders and in function of the political, social and economic context of the population that uses mental health services, the consolidation of the psychiatric reform and the accomplishment of appropriate social practices within the health services still face great difficulties. At that, the objective of this research was to study and analyze the social practices of the PSCC teams in relation to the social demands of users of these services, in a municipality of the state of São Paulo. This qualitative research considered the multidimensionality of the object of study, focusing in the 'making' of the multi-professional teams, on the variety of social situations presented to them routinely. During the research, in-depth interviews were conducted with professionals from different training areas, as well as a discussion group and cursive observations of the work processes of the referred teams. We tried to examine the meanings attributed to the social; the social practices effectively implemented and its elaboration/execution dynamics. The conclusion was that the tutelary and “assistencialism” or “social handout” dimensions still appear in the social practices of the services addressed, although they appeared in a diluted and re-signified way by the professionals. The advancement of practices aimed at citizenship and the access to social rights of service users remain a major challenge in terms for the insertion of madness in contemporary society.

Keywords: Mental health, psychiatric reform, social practices, psychosocial care center, social dimension, citizenship.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no estado de São Paulo, segundo a modalidade do serviço, Brasil, 2015. **99**

Tabela 2: Distribuição do número de profissionais das equipes dos CAPS do município de Campinas, segundo a formação, Ministério da Saúde, dezembro 2015. **105**

Quadro 1: As modalidades dos CAPS e seus contextos de implementação **60**

Quadro 2: Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS **63**

Quadro 3 - Lógica processual do trabalho social **90**

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ARUCI	Alliance Internationale de Recherche Universités-Communautes
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de estudos da Saúde
CECO	Centro de Convivência
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASSS	Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde
COHAB	Companhia de Habitação Popular
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DPU	Defensoria Pública da União
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FAPSS	Faculdade Paulista de Serviço Social
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
HC	Hospital de Clínicas
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MTST	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NEMESS	Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
PEPGSS	Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTAN	Programa de Triagem Auditiva Neonatal
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
RP	Reforma Psiquiátrica

RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 14

CAPÍTULO I – A MUDANÇA PARADIGMÁTICA EM RELAÇÃO À LOUCURA 29

A Institucionalização como resposta social **30**

A Desinstitucionalização como resposta social **44**

Referências Bibliográficas **68**

CAPÍTULO II – A DIMENSÃO E A PRÁTICA SOCIAL 73

A dimensão social na Reforma Psiquiátrica **73**

As práticas sociais **85**

Referências Bibliográficas **92**

CAPÍTULO III – PERCURSO METODOLÓGICO 95

Campo de pesquisa **98**

Sujeitos do Estudo **103**

Fases metodológicas **107**

Tratamento e análises dos dados **112**

Referências Bibliográficas **116**

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DOS DADOS 118

Referências Bibliográficas **162**

CONSIDERAÇÕES FINAIS 163

Referências Bibliográficas **178**

ANEXOS

Anexo I – Roteiro de questões

Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I NTRODUÇÃO

O Brasil é um dos vários países que assumiu o compromisso de transformação social, ética e política frente à situação de barbárie instaurada com a institucionalização da loucura. Consequentemente, a nação vem buscando a construção de novas relações sociais com os poderes psiquiátricos mais tradicionais por meio do movimento social da Luta Antimanicomial e da política de Reforma Psiquiátrica. Do ponto de vista ideológico, tais movimentos propõem a construção de uma sociedade que incorpore a diversidade e o transtorno mental como constituintes de seu coletivo, de modo a incluí-los nos processos das transformações sociais e políticas.

Trata-se de mudança paradigmática em curso com relação à loucura em nossa sociedade que tem sido, em grande medida, capitaneada pela reestruturação da rede de assistência destinada às pessoas com transtorno mental em meio comunitário, em especial pelos CAPS. Compostos por equipes multiprofissionais, os referidos serviços atuam diretamente sobre o fenômeno da loucura em seus contextos locais, lidando cotidianamente com uma população pertencente, de maneira geral, aos segmentos mais empobrecidos e expostos a altos níveis de vulnerabilidade social. Neste sentido, objetivo dessa pesquisa foi estudar e analisar as práticas sociais desenvolvidas pelas equipes de saúde mental em relação às demandas sociais dos usuários do serviço CAPS III em um município do estado de São Paulo.

Este processo de transformação paradigmática da loucura no país foi desencadeado e construído por uma série de movimentos político-sociais e de militância organizada. Efetivamente, esta iniciativa tem início entre os anos de 1978 e 1980 (Amarante, 1995) com uma articulação política e militante de trabalhadores e familiares de pessoas com transtorno mental deflagrada pelas denúncias das atrocidades praticadas nos hospitais psiquiátricos. O contexto político social brasileiro mostrou-se propício às mudanças que ali eram gestadas e, assim, com o fortalecimento dos movimentos sociais de base a favor do fim da ditadura e pela redemocratização do Estado, avançaram nas propostas de reforma sanitária e psiquiátrica.

A experiência italiana de desinstitucionalização influenciou fortemente a reforma psiquiátrica no Brasil, ao fazer a crítica radical à própria psiquiatria e às instituições de controle criadas por ela, além de ressaltar a necessidade de substancial participação dos

pacientes no seu processo de cuidado e de reinserção social, implicando novo reconhecimento social da loucura. Propõe aí, um deslocamento da visão estrita sobre a doença para um olhar sobre a pessoa, o sujeito, o cidadão. Como explica Amarante (1995), a experiência italiana de desinstitucionalização trazia algo significativamente inovador: o cuidado das questões de saúde mental realizado em liberdade e na convivência social com destaque para a participação dos sujeitos na vida da sociedade.

É importante frisar que até então, do ponto de vista do trabalho desenvolvido nos manicômios e nos hospitais psiquiátricos pelo menos três efeitos eram recorrentemente associados ao tratamento oferecido: a segregação, a tutela e a exclusão (Firmino, 1982; Amarante, 1995). As ações, que nunca ultrapassavam o espaço asilar ou hospitalar, ocasionavam muitas vezes o isolamento total das pessoas, ou então, nos casos dos pacientes com sucessivas internações por períodos mais curtos, a exclusão social pelo estigma e pela restrição às oportunidades de trabalho, de convivência social e familiar. Dorvil (2007) salienta que,

“(...) a etiqueta de doença mental, o estigma que a ela é associada, constitui uma barreira que proíbe a pessoa atingida [pelo transtorno mental] o acesso aos bens materiais (emprego, status relativo ao mercado de trabalho) e simbólicos (auto estima, reconhecimento social). Trata-se de uma forma de desigualdade que exerce uma influência sobre a saúde do indivíduo” (p.28)

O trabalho social destinado às pessoas com transtorno mental ganhava caráter tutelar e controlador nos asilos e hospitais quando impunham tratamentos para “adaptar” o paciente às regras sociais, com objetivo de proteger a sociedade de sua pretensa periculosidade (Barros, 1994; Amarante, 1995). Neste sentido, a Reforma, ao trazer luz ao sujeito em sofrimento psíquico em seu contexto social coloca um importantíssimo avanço em relação aos direitos humanos e sociais uma vez que o processo de desinstitucionalização e a transformação nas práticas manicomiais caminham para mudar, paulatinamente, a visão da sociedade sobre a loucura, enfocando o usuário¹ e seus direitos sociais.

¹ Utilizaremos neste estudo o termo “usuários” ao nos referirmos as pessoas com transtorno mental que fazem uso dos serviços de saúde mental. A “Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental” elucida o posicionamento político dessas pessoas em relação ao seu lugar na sociedade reivindicando a dignidade humana. Nas palavras da carta: “Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos. Queremos ser autores do nosso próprio destino. Desejamos a verdadeira integração na sociedade. Direitos sociais”. Optamos por essa nomenclatura somente para fins acadêmicos, busca por palavras-chave, por exemplo. Ressaltamos que nossa compreensão reconhece, reforça e alinha-se ao manifesto presente na carta.

Neste contexto, em 2001, outro avanço fundamental é obtido com a aprovação da Lei 10.216 que cria a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Nesta lei são reconhecidos claramente os direitos da pessoa com transtorno mental e determina-se o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país.

Outro marco importante é a própria regulamentação da Política Nacional, por meio da Portaria 336 do Ministério da Saúde, em 2002. Como novidade, coloca-se em curso a diminuição programada dos leitos psiquiátricos e posterior fechamento dos hospitais psiquiátricos, a redução do tempo de internação, bem como a criação de uma rede de serviços destinados a substituir os manicômios e operacionalizar o novo sistema (Brasil, 2004).

A partir dos anos 2000, portanto, o processo de reforma da assistência psiquiátrica ganha outro ritmo com a implementação dos serviços substitutivos e com a composição da Rede de Atenção Psicossocial. São criados pelo Ministério da Saúde meios de financiamento específicos para a área e novos mecanismos de fiscalização e de gestão das ações visando especialmente a substituição da atenção pelos serviços comunitários². A nova rede de serviços de saúde mental, destinada a atenção às pessoas em sofrimento psíquico é constituída por um conjunto de estabelecimentos públicos que desenvolvem ações orientadas à mudança paradigmática em relação à loucura, sendo um deles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em substituição ao hospital psiquiátrico na atenção à saúde mental.

Ao longo dos últimos 15 anos os CAPS têm apresentado uma gradual e contínua expansão em todo país. De acordo com a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, em 2001 haviam sido implantados 295 CAPS e até dezembro de 2014 esse número havia atingido o total de 2.568 equipamentos no país (Brasil, 2015).

Operacionalizadores da Política de Saúde Mental, os CAPS abarcam atualmente diferentes contextos sociais, territoriais e mesmo modalidades de serviços, variando de acordo com o número de habitantes de cada município, tipo de público e faixa etária da população atendida. A especificidade de sua operacionalidade e sua complexidade aporta tipos de ações, práticas, funções peculiares a cada modalidade. No âmbito desta rede de atenção, estes serviços são considerados núcleos estratégicos da reforma psiquiátrica

² Deve-se ressaltar, no entanto, que o ponto de vista dos investimentos, menos de 1% dos recursos de saúde em 2001 foram investidos em ações de saúde mental (OMS, 2001 apud Santos & Siqueira, 2010).

posto que compõe a estrutura de substituição dos manicômios e, principalmente, porque privilegiam práticas comprometidas com a reabilitação psicossocial e a inserção social da população acometida pelos transtornos mentais graves e persistentes (Barros & Bichaff, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde o CAPS – ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) – é:

“(...) um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). (...) um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. 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).

Tais serviços se organizam por meio de equipes multiprofissionais compostas por enfermeiros/as, médicos/as de várias especialidades, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, técnicos/as de enfermagem, psicólogos/as, agentes administrativos, entre outros. As equipes são consideradas importantes agentes da reforma pelo fato de atuarem cotidianamente no âmbito comunitário em busca da desconstrução do modelo de assistência psiquiátrica e das formas tradicionais de compreensão e convivência com o transtorno mental.

O trabalho em equipe nos CAPS é orientado pela ótica da interdisciplinaridade como forma de gestão da mudança pretendida (Brasil, 2015). As equipes multiprofissionais que compõe os CAPS constroem processos de trabalho, práticas e estratégias tendo como norte as necessidades heterogêneas deste segmento populacional, sejam elas demandas psíquicas ou sociais, o que por sua vez, amplia enormemente a necessidade das interações entre as áreas do saber, inclusive o conhecimento dos usuários dos serviços. Aponta-se para a constituição de diferentes práticas profissionais alinhadas e comprometidas com rupturas de *ordem ética, política e epistemológica* em relação à ideologia da psiquiatria tradicional até então baseada em referenciais e conceitos de um paradigma institucionalizador, tutelar, isolador, estigmatizador e sob os princípios do tratamento moral (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

As interações entre áreas do saber, bem como, as ações resultantes desse processo, afetam e são impactadas por componentes sociais, pessoais, psíquicos, políticos, econômicos e culturais. Isso quer dizer que as ações em qualquer área de atuação compreendem efeitos sociais uma vez que podem ora transformar ou reproduzir, ora

complexificar ou desvelar o status quo. Portanto, pressupomos que todos os profissionais dos serviços de saúde mental ao agirem sobre as “situações de saúde mental” afetam, de forma direta ou indireta, a dimensão social da vida dos usuários.

Neste ponto, queremos chamar atenção também para o complexo emaranhado social que envolve a pessoa com transtorno mental numa sociedade habituada com a invisibilidade da loucura e da pobreza (Telles, 2001). Uma dimensão crucial para efetivação da atenção à saúde mental se refere assim, ao perfil geral da população que sofre transtornos mentais, suas condições de vida e as demandas que apresentam aos serviços da rede substitutiva.

Inicialmente, é importante destacar o grau de incidência dos transtornos mentais na população. Estudos epidemiológicos indicam um percentual de 12,2% de prevalência de transtornos mentais na população mundial, entre situações de transtornos leves e graves (WHO, 2000; OMS, 2001).

O Brasil, por sua vez, também se ressentido de um grande número de estudos na área, mas os trabalhos existentes revelam uma grande prevalência de transtornos mentais considerados comuns ou leves (TMC). Dentre eles se destacam os transtornos de ansiedade, transtornos de humor e transtornos relacionados com o uso abusivo de álcool e outras substâncias (Santos & Siqueira, 2010). Já a prevalência de transtornos mentais graves e persistentes, atingiria de 3,1% a 6% da população (Silva & Santana, 2012). Destes, uma parcela de 6% apresentaria transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Ibid., 2010).

No entanto, pode-se apontar ainda um alto número de casos tomados como subdiagnosticados como afirmam Gonçalves & Kapczinski (2008): aproximadamente 55% das pessoas com depressão grave não são diagnosticadas no nível primário de saúde, sendo que este percentual sobe para 77% quando se trata de transtorno de ansiedade generalizada. O não diagnóstico pode ocorrer, segundo os autores, devido à ausência de relato dos sintomas indicativos de transtorno mental pela pessoa e/ou porque haveria dificuldade do corpo médico em reconhecer estes sintomas. Esta lacuna pode chegar a 32,2% para transtornos graves, como esquizofrenias e outras psicoses não afetivas e, 78% para abuso e dependência de álcool (Gonçalves, 2008; Maragno et al. 2006).

De todo modo, se em termos de prevalência dos transtornos mentais vêm se avançando no conhecimento da questão em nossa sociedade, o reconhecimento das

características dos usuários dos serviços públicos de saúde mental e o tipo de demanda que apresentam ainda não tem recebido o mesmo tipo de atenção³.

Neste sentido, os estudos sobre o perfil demográfico encontrados em levantamento bibliográfico priorizam informações sobre gênero, faixa etária, estado civil, nível de escolaridade e inserção no mercado de trabalho, contudo são estudos descritivos que não objetivam analisar o que os dados sociais representam em relação à qualidade de vida, perspectiva de inserção social ou transformação social decorrente do avanço da Reforma Psiquiátrica. O perfil da população usuária dos serviços de saúde mental apontam o predomínio das seguintes características: faixa etária entre 40 e 50 anos; pertencentes aos estratos sociais de baixa renda; baixo nível educacional, estando entre esses os analfabetos, analfabetos funcionais e os que possuem ensino fundamental incompleto; solteiros e solteiras; e fora do mercado de trabalho por estarem aposentados por invalidez, beneficiários de programas assistenciais e/ou afastados do trabalho pela Previdência Social (Osinaga, et al., 2007; Carvalho, et al., 2010; Balarin, et al., 2011; Costa, et al., 2011; Santos, et al., 2014).

Os estudos que relacionam o transtorno mental e as condições sociais, em qualquer nível de gravidade, embora poucos no país, reconhecem a existência de algum tipo de relação entre condições de vida precária e o agravamento de transtornos mentais (Koninck et al., 2008, Dorvil, 2007).

Em particular, vale destacar que historicamente a internação psiquiátrica esteve associada às situações de pobreza e miséria social sob alegação moral e higienista (Firmino, 1982; Gonçalves, 1983). Assim, mesmo considerando que as razões para a atenção às populações vulneráveis sejam bastante distintas no contexto atual, constata-se também, a partir dos estudos de hoje, uma alta prevalência de transtornos mentais associados ao gênero feminino, à exclusão do mercado de trabalho, à baixa escolaridade e à baixa renda (Ludemir, 2008; Silva & Santana, 2012).

A pobreza e a desigualdade social, assim como os processos de adoecimento mental, quando associados, tendem a tornar mais precárias as situações de vida e a

³ Embora a saúde pública seja destinada a totalidade da população, de fato, o sistema público de saúde tem atendido a uma parcela da população bastante atingida pelos efeitos da desigualdade social, sobretudo de baixa renda, pois as camadas mais ricas da população têm se encaminhado aos planos privados de saúde. A esse respeito, Ribeiro et al. (2003, p. 1012) afirmam que, “(...) ainda que o SUS tenha sido concebido como uma política para toda a população, independente da condição econômica, a existência de grandes desigualdades sociais e a presença do sistema privado de saúde pode gerar a expectativa de que a política pública seja dirigida preferencialmente para parcelas da população não cobertas pelo sistema privado”.

complexificar as respostas às mesmas. E por isso, a interação entre diversos fatores psíquicos e sociais dificulta precisar com exatidão as causas dos problemas e as conexões entre eles (Blue, 2000; Casotti, 2003; Bronzo & Veiga, 2007; Gentili, 2011).

Há que se detalhar aqui o modo como são elaboradas às respostas dos serviços às demandas dos usuários, começando mesmo pela compreensão de tais demandas. Neste sentido, de acordo com Dorvil (2007) os processos de diagnóstico clínico dos transtornos mentais não conseguem ser totalmente objetivos, uma vez que, diferentemente das áreas médicas que contam com exames precisos e análises clínicas acerca dos estados de saúde e doença das pessoas, a psiquiatria opera de forma interpretativa dos sintomas, a partir da enunciação do paciente. A

“(...) falta de objetividade [em diagnosticar o transtorno mental] traz grandes implicações sobre o resultado de investigação em saúde mental porque a estimativa se baseia na percepção individual de sintomas. Estas apreciações pessoais contribuem direta ou indiretamente para as medidas de saúde mental utilizadas nos estudos sobre risco, comportamento, nos pedidos de ajuda, tratamento, os impactos das condições de saúde. A falta da correspondência entre as medidas objetivas e subjetivas tem também repercussões sobre a precisão dos diagnósticos estabelecidos em clínica” (Dorvil, 2007, p. 13).

Nesta perspectiva, o autor explica que a maneira de exprimir os sintomas influi sobre os processos de diagnóstico. Esta variação é atribuída a

“(...) linguagem, as diferenças segundo a raça, a etnia, a classe social, a idade, o atendimento dos técnicos do serviço (...). Outras variáveis macroeconômicas (orçamento, organização dos serviços de saúde) ou mesmo políticos (...) podem interferir na escolha do diagnóstico” (Ibid., 2007, p. 13).

Sendo assim, se considerarmos que o diagnóstico no campo da psiquiatria contém elementos predominantemente subjetivos que influem na compreensão objetiva que o profissional pode ter sobre os adoecimentos ou certos tipos de comportamento, podemos projetar que tal subjetividade também se coloca sobre o campo social e sobre as intervenções realizadas a partir daí.

Embora nos campos da Saúde e das Doenças prevaleçam conceitos pré-definidos e bastante específicos acerca da compreensão dos fenômenos humanos, são distintas as maneiras pelas quais “as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela” (Minayo, 2004, p.15). Isto significa, por um lado, que o conhecimento técnico dos grupos profissionais ou as orientações de como encaminhar as situações no âmbito dos serviços de saúde são constituídas também pelos valores e leituras contextuais feitas pelo agente de saúde envolvido no cuidado de outrem. Por este motivo, importa conhecer de que maneira aqueles que ofertam ou propõem as ações elaboram as respostas sociais para temáticas tão complexas e singulares; ao mesmo tempo elas devem estar alinhadas aos

“valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige” para serem efetivas e eficazes (Ibid., 2004, p.16).

De maneira correlata, a diversidade de classes sociais no interior dos CAPS, especialmente entre os usuários e os profissionais, pode representar um papel importante. A maneira pela qual os usuários e trabalhadores identificam os problemas sociais, por exemplo, adotando muitas vezes apenas uma perspectiva de ordem econômica, pode deixar de considerar toda a complexidade das condições sociais dos sujeitos, seja pela dificuldade em estabelecer parâmetros de avaliação das condições de pobreza, seja pelos valores sociais incutidos no fenômeno ou sua complexidade (Rosa & Onocko-Campos, 2013)

Além disso, de modo geral, a perspectiva da cidadania é escassa no cotidiano assistencial o que faz persistir a “subalternização dos usuários de baixa renda e dificuldades no manejo de usuários oriundos dos estratos de média e baixa renda, com poder de pressão política por direitos” (Ibid., 2013, p.29). Muitas vezes, as ações das equipes de saúde mental, não dão ênfase às questões de cidadania e fortalecimento da autonomia da população pobre e vulnerável que acessa os serviços públicos, reforçando, ao contrário, a longa tradição autoritária e assistencialista que marcaram, em geral, o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil (Draibe, 1993). Os encaminhamentos que ocorrem nos CAPS e outros serviços de saúde mental, portanto, têm relação direta com a forma como são construídas as compreensões do social dentro dos serviços.

No presente estudo, o que questionamos é se a pobreza e a miséria, a despeito dos avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica, estariam ainda sendo associadas ou influenciando as recomendações das equipes de saúde mental de forma assistencialista e/ou tutelada. Dito de outra forma, teria a reforma conseguido transformar as práticas assistencialistas e tutelares em relação à precariedade das condições de vida e vulnerabilidades sociais dos sujeitos com transtorno mental? Teriam as práticas sociais desenvolvidas atualmente nos CAPS conseguido explorar seu potencial em direção à inserção cidadã da loucura na sociedade?

Abordar essas questões pode sugerir à primeira vista certas divisões: o psíquico e o social ou a prática e os saberes. Mas em contrapartida, pensar em um espaço comum que abrigue os encontros entre essas dimensões nem sempre é habitual. Buscamos analisar a parte de um todo que é multifacetado, ancorando-nos na dialética e na dialógica entre o uno e múltiplo, entre o todo e a parte. Nosso propósito consiste em estudar “o social” em sua complexidade e multidimensionalidade observando e priorizando as

conexões entre seus componentes psíquicos, afetivos, emocionais, culturais, políticos e relacionais, tendo o ser humano e a cidadania como perspectivas centrais. Este é o nosso desafio.

E nesta perspectiva coloca-se uma questão de base: mas e o que é o “social”? O “social” não é algo que tenha uma forma definida e pode exprimir diferentes significados, certa polissemia. Sua característica permite-lhe ser tudo, estar em tudo e em nada ao mesmo tempo. Guareschi (1995, p. 25) afirma que “o social é um campo onde não existem garantias absolutas”, donde se irá lidar com “probabilidades, tendências, constantes”. Do mesmo modo as práticas neste campo estão sujeitas a mesma indefinição e abrangência. Segundo Karsz (2007, p. 20),

“(...) todo o tempo se pressupõe, se presume, se subentende. Sua natureza, sua força, seu poder, seus limites ficam sistematicamente na sombra. Como se daquilo que se ocupa o trabalho social e os mecanismos que mobiliza fossem algo obvio. Como se o que ele produz e o que em nenhum caso poderá produzir fossem evidencias. Como se já se soubesse, e de uma maneira relativamente exata, o que o trabalho social pode e não pode, deve e não deve, é e não é”.
(Tradução nossa)

O autor alerta que uma abordagem simplista pode fragilizar ações significativas neste campo, pois se assume o risco de reduzir-se ao assistencialismo ou à reprodução e manutenção do status quo. Definir ajuda a não equivocar-se, a identificar os problemas que requerem solução e a não pedir do trabalho social o que de nenhuma maneira ele pode fazer. Ademais, um “conceito errôneo intensifica as dificuldades da prática e as desorientações do profissional” (Ibid., 2007, p. 23).

A que se destinam as atividades e a finalidade dos CAPS é outro aspecto importante a ser considerado com relação às práticas desenvolvidas nos serviços. As normativas que orientam o trabalho nestes serviços indicam que “todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, “tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica” (Brasil, 2004, p. 16). Mesmo as atividades a serem desenvolvidas fora dos CAPS, deverão ter caráter terapêutico.

Reconhece-se a pertinência e a necessidade premente de disponibilizar as pessoas com transtorno mental, em especial àquelas que permaneceram por longos períodos internadas, o apoio terapêutico para resgatar as possibilidades de convivência social e/ou experiências distintas daquelas já vividas.

No entanto, o que buscamos problematizar é que embora a reforma psiquiátrica tenha definido o cidadão como sujeito ativo destinatário de sua oferta de atenção em saúde

mental – e este conceito amplo e complexo esteja presente nos discursos deste campo –, o status menor do “social” no âmbito das práticas em saúde mental pode dificultar o avanço de noções que ultrapassem o nível individual do sofrimento psíquico e que também compõem e determinam as condições de saúde da população atendida. Desde algum tempo vem-se reconhecendo no campo da saúde a dimensão social dos processos de saúde-doença; esta temática bem como o trabalho com o social vem ganhando força nesta discussão (Mioto & Nogueira, 2009).

Este contexto já foi problematizado por Tenório (2001, p.53 *apud* Onocko-Campos & Furtado, 2006, p.115), mostrando que o “movimento de reforma compreende, grosso modo, duas oposições sobre a natureza da transformação almejada, uma que enfatiza a dimensão política e social, propondo a superação da clínica, outra que considera haver no fato da loucura uma especificidade que só a clínica é capaz de acolher de forma positiva”. E de tal modo, uma alternativa seria a criação de “novas vias de interação” que, estabelecidas entre as áreas do saber, construiriam interdisciplinarmente respostas clínicas e sociais condizentes com as demandas dos usuários.

De fato, não precisamos compreender como sendo necessariamente opostas as naturezas da transformação almejada. Isto porque entendemos que a própria natureza de ambas é contraditória e ao mesmo tempo, interligadas no campo das práticas. A multidimensionalidade dos problemas psíquicos e sociais postos numa sociedade ainda em vias de lidar com a transformação paradigmática sobre a loucura, garante sua interconexão.

A questão que se coloca, no âmbito das práticas sociais, é justamente como religar as conexões para atender a multidimensionalidade dos problemas sociais. Este aspecto, embora percebido nas situações de vida, encontram políticas sociais historicamente fragmentadas o que dificulta significativamente, as intervenções sociais.

“A centralização das decisões e recursos, a fragmentação institucional, a segmentação no atendimento dos serviços públicos e a atuação de cunho estritamente setorial, a impermeabilidade das políticas e agências públicas aos cidadãos, a penetração dos interesses privados na esfera estatal, a ausência de controle público, de participação cidadã e de avaliação, e o monitoramento das políticas, dentre outros aspectos, caracterizam lógicas e padrões de intervenção enraizados na cultura política e na gestão pública brasileira.” (Brasil, 2004, p. 46).

Diante de todos estes aspectos, o processo de reforma em curso nos mostra o tamanho dos desafios a serem enfrentados para seu avanço e a relação construída entre a loucura e as precárias condições de vida das populações com elas envolvidas. A

transformação social, cultural e econômica que a Reforma prevê ou que dela se possa pretender de alguma forma vai se consolidando no cotidiano; mas é uma mudança paradigmática⁴. É desta perspectiva, que partimos para analisar o desafio das equipes de saúde mental no campo social, visto que estão diretamente implicadas – ou pelo menos orientadas – a também realizar transformações sob esta dimensão na vida dos usuários dos CAPS.

ESTRUTURA DA TESE

O presente estudo está organizado em quatro capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O Capítulo I analisa os processos históricos e políticos dos processos de institucionalização e desinstitucionalização da loucura como respostas sociais que expressam diferentes maneiras de lidar com o fenômeno. Privilegiamos os aspectos sociais que compõem os marcos da transformação das práticas, assim como, da reorganização da assistência ao transtorno mental no país.

O Capítulo II explora e contextualiza a dimensão social e explora o conceito de prática social, priorizando as formas como estes conceitos podem ser compreendidos no campo da Saúde Mental.

O Capítulo III apresenta o processo da pesquisa e suas fases metodológicas construídas a partir da perspectiva multidimensional aplicada às Ciências Humanas como forma de compreender as expressões do fenômeno estudado, assim como, seus movimentos e tessitura. O percurso metodológico de coleta e análise de dados são descritos em suas fases, respetivamente.

O Capítulo IV apresenta a análise do material coletado na pesquisa pelo método da triangulação dos dados. Escolhemos realizar o estudo das práticas sociais através do que as equipes de saúde mental identificam como sendo as *demandas sociais dos usuários* o que nos permitiu identificar *os significados atribuídos ao social*, bem como das *práticas sociais* em si e suas dinâmicas.

⁴“Reconhecer o paradigma é também reconhecer o nó górdio complexo que liga todas as instâncias cerebrais, espirituais, psíquicas, noológicas, culturais, sociais. É já ser capaz de desobedecer ao princípio de redução/disjunção e saber ao mesmo tempo implicar e distinguir. A consciência da noção de paradigma significa que já se está separado do paradigma clássico. (...) A revolução paradigmática permitiria conceber uma transparadigmatologia, isto é, uma possibilidade de comunicação e de diálogo, até então radicalmente impossível, entre as concepções de mundo” (Morin, 1998, p.297)

E, por fim, no capítulo V, aprofundaremos as discussões em relação as práticas sociais nos CAPS pesquisados, em especial abordando as temáticas que emergiram durante a pesquisa.

MOTIVAÇÕES PARA A PESQUISA

Ter vivido experiências de desinstitucionalização enquanto assistente social em serviços de saúde mental – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – em dois grandes municípios do estado de São Paulo, nos fez acreditar na potência de transformação social contida nas práticas aliadas ao movimento de reforma psiquiátrica brasileira em curso.

As experiências profissionais ocorridas justamente nestes espaços de concretização do projeto de reforma psiquiátrica foram marcantes e geradoras de indagações a respeito da complexidade dos processos de trabalho em saúde mental, em especial, àqueles destinados a responder às demandas sociais dos usuários dos serviços.

Percebi que todos os profissionais e não somente o assistente social, como profissional de referência, realiza intervenções com relação às demandas sociais dos usuários. Desta atividade surgiram várias e diferentes indagações: quais seriam essas práticas efetivamente realizadas? Como são elaboradas e com quais objetivos? Poderiam ser consideradas como um trabalho social no âmbito institucional? Quais os significados a ela atribuídos pelos diferentes profissionais?

Chamou-nos a atenção na época, o fato de alguns CAPS de Campinas não terem assistentes sociais nas equipes por opção ou como no nosso caso, possuírem somente uma no serviço, mesmo tendo a Reforma Psiquiátrica como premissa central a “reinserção social” das pessoas com transtorno mental, o que amplia por si só o campo social de atuação profissional. Mais do que a mera defesa de categoria profissional ou de um espaço sociocupacional, questionamos as influências para o campo social diante do predomínio de áreas do conhecimento ligados aos saberes “psi” e biológicos.

No cotidiano dos CAPS, as demandas sociais dos usuários são em geral compreendidas como núcleo de intervenção do assistente social, seja por sua especificidade ou por sua histórica função social na psiquiatria. Contudo, a atuação do assistente social, assim como a de outros profissionais, não se restringe as atividades de uma área específica porque a organização dos CAPS demanda, por meio da interdisciplinaridade e das complexas demandas advindas das condições psicossociais em

que vivem as pessoas com transtorno mental, o desenvolvimento de funções próprias do chamado Campo da Saúde Mental.

Sobre esse assunto, embora se entenda que as ações destinadas às condições de vida dos usuários não sejam somente matéria para o Serviço Social, temos que lembrar que essa área vem tendo um grande peso na condução das ações sociais no campo da saúde mental, mesmo antes da reforma psiquiátrica, ainda que marcada por práticas de caráter imediatista e assistencialista para problemas urgentes.

Este tipo de trabalho social, em tempos de Reforma Psiquiátrica, está destinado a ser reconstruído por meio de intervenções interdisciplinares, de caráter emancipador, visando a promoção da cidadania da pessoa com transtorno mental. Portanto, nos perguntamos, estaríamos fazendo essa desconstrução de práticas assistencialistas frente às pessoas com transtorno mental? Como criar efetivamente desvios às condutas tutelares ou assistencialistas que excluem o sujeito de sua história, de sua vida?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BALLARIN, M.L.G.S.; MIRANDA, I.M.S.; CARVALHO, C.M. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 20(3-4):59-67, maio/ago., 2011.

BARROS, S.; BICHAFF, R. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo* / Sônia Barros, Regina Bichaff (orgs.); autoras Ana Luisa Aranha e Silva ... [et al.]. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008. 170 p.

BARROS, D.D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994.

BLUE, I. individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil. *Rev.Bras.Psiq.* 2000;22(3): 116-23.

BRASIL, F.P.D. Território e Territorialidades nas Políticas Sociais. In: *Gestão Social: o que há de novo?* / organização Carla Bronzo Ladeira e Bruno Lazzarotti Diniz Costa. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004, p.45-65.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: *orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA* /Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARVALHO, M.D.A.; SILVA, H.O.; RODRIGUES, L.V. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. *Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas – SMAD*, vol.6, nº2, artigo 7, 2010.

COSTA, T.C.R.; CARNEIRO, T.S.; SILVA, Y.C.G.; SILVA, V.F. Inclusão social e saúde mental – o perfil do usuário do CAPS III Reviver, Campina Grande/PB. *Anais do X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba*, p. 3161-3164, 2011.

DE KONINCK, M., PAMPALON, R., PAQUET, G., CLÉMENT, M., HAMELIN, A.M., DISANT, M.J., TRUDEL, G., LEBEL, A. *Santé: pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Institut National de Santé Publique du Québec. 2008, 95p. Disponível em: <http://www.inspq.qc.ca>. Acesso em: 02 de julho de 2016.

DORVIL, H. *Les inégalités sociales em santé*. Les cas spécifique de la santé mentale. In: *Problèmes sociaux. Tome 3: Theories et méthodologies de la recherche*, cap.6, p169-202. Québec: PUQ, 2007. 526 p. Disponível em: http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/inegalites_soc_en_sante/inegalites_soc_en_sante.html. Acesso em: 04 de abril de 2014.

DRAIBE, S. “O Welfare State no Brasil: Características e perspectivas”. *NEPP - Cadernos de Pesquisa*. Campinas: NEPP/Unicamp, n. 8, 1993.

FIRMINO, H. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Editora CODECRI, 1982.

GUARESCHI, A. P. *Sociologia da prática social: Classe, Estado e Ideologia em diálogo com Erik Wright*. Vozes, 2ª edição, Petrópolis, 1995

MORIN, E. *O Método 4 – As ideias – habitat, vida, costumes, organização*. Ed. Sulina, Porto Alegre, 1998.

KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social*. Definición, figuras, clínica. Gedisa Editorial, 1ª Edição, Barcelona (Espanha). Tradução: Irene Agoff e Saül Karsz. Título original: Pourquoi le travail social? Définition, figures, clinique. Dunod, Paris, 2007.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, maio, 2006.

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. *Revista Latino-americana Enfermagem*, jan-fev; 15(1), 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 24 de julho de 2016.

ROSA, L.C.S.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun. 2013.

SANTOS, R.C.A.; CARVALHO, S.R.; MIRANDA, F.A.N. Perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II de Parnamirim, RN, Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 16(1): 105-111, jan-mar, 2014.

SILVA, D. F., SANTANA, P. R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Tempus (Revista eletrônica) Acta de Saúde Coletiva*, v.6, n.4 (2012). Acesso em 05 de outubro de 2015. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214/1099>.

CAPÍTULO I

A mudança paradigmática em relação à loucura

“A maneira adotada por uma sociedade para tratar seus desviantes – o doente mental por exemplo –, resulta a representação que ela tem de seu grupo”.
(Dorvil, 1988, p.55)

Para o estudo das *práticas* com relação as demandas sociais das pessoas com transtorno mental, usuárias dos serviços públicos de saúde mental, objeto desta pesquisa, elegemos dois momentos sociohistóricos singulares de inflexão das abordagens sociais em relação à loucura ⁵ nas sociedades ocidentais. Um deles é o processo de institucionalização – a apartação social, o banimento – da loucura por meio da internação e o outro, o movimento de desinstitucionalização – a criação de lugares sociais singulares, da diferença e da integração social – para o sofrimento psíquico.

No âmbito das práticas ambos os fenômenos sociais produzem e reproduzem, ao mesmo tempo, distintos posicionamento éticos, políticos, econômicos e culturais sobre a loucura. Tais práticas, construíram, como veremos, uma espécie de totalidade em si mesmas, uma vez que oferecem para a sociedade as “respostas” para as antigas questões ligadas a complexidade humana. Um e outro são considerados paradigmas embasados em determinadas formas de compreender e de identificar o que seja o transtorno mental (ou “inconveniente social”); paradigmas na criação de processos e estabelecimento de procedimentos para sua lida, de condutas mais ou menos harmônicas àquilo que consensualmente a sociedade atribui como função social do campo de assistência em saúde mental; paradigmas da função social da psiquiatria, do Estado, da Saúde e da Assistência Social para tratar e encaminhar o transtorno mental dentro da sociedade.

Interessa-nos, nesta primeira parte explorar os processos pelos quais se constituíram o fenômeno social a partir da apartação da loucura e, num segundo momento, o processo em curso de reintegração comunitária e social da mesma. Aprofundaremos a

⁵ Nosso entendimento e deferência ao termo ‘loucura’ baseia-se na concepção da Psiquiatria Democrática entendida como diferente de doença mental. Loucura: “fenômeno existencial de determinadas manifestações humanas”. Doença mental: “uma produção intelectual, como uma forma de interpretação” (Barros, 2010, p.177)

análise em alguns pontos históricos, enfocando o *como se faz*, o *quê se faz* e o *para quem se faz*. Os aparatos institucionais que abrigam o fenômeno da loucura destinam-se a um segmento populacional com características específicas, cuja demanda social comumente extrapola o mundo psíquico e o trato que se possa ter com ele. Expressa-se nas condições materiais e representações subjetivas do viver em sociedade. Neste ponto, os modos e as possibilidades de se viver em sociedade delineiam o trabalho social no campo, assim como a população a que se destina.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO RESPOSTA SOCIAL

“Permita Deus que um dia ela desabe, quando lá não haja doidos, para que possa acabar-se com o espetáculo repugnante de guardar-se loucos como se fossem feras em jaulas”.

(Declaração de Manoel Victorino no relatório que atesta a insalubridade do hospício na Bahia em 1875 in Moreira, 2011, p. 760)

A institucionalização da loucura em espaços de segregação social, seja em naus⁶ sobre as águas, em trens⁷ e suas paragens, seja em espaços asilares de muros e labirintos⁸ intimidadores e intransponíveis, ocorreu marcadamente para determinados segmentos populacionais na história da civilização ocidental. Tanto a historiografia europeia e norte-americana quanto a nacional revelam os processos de segregação social dos pobres, doentes, insanos, criminosos e de “tudo que o próprio homem pôde inventar como irregularidades da conduta” (Foucault, 2010, p.25).

Até pouco tempo a internação era a principal abordagem social com relação à loucura. Conjugava-se na ação de isolamento, na manutenção dos corpos e mentes sob “controle” e era orientada por certos valores morais e de ordem social. Enquanto prática

⁶ Nau dos Loucos: barcos estranhos que deslizam pelas águas levando “sua carga insana de uma cidade para outra”. Fenômeno constatado em países europeus por Foucault em sua obra ‘História da Loucura’ durante o século XV (Ibid., 2010, p. 9).

⁷ Trem de Doido: termo criado pelo escritor Guimarães Rosa referindo-se aos trens que cortavam o interior do país levando pessoas até a estação Bias Fortes, Minas Gerais. O trem já parado nos fundos do Hospital Colônia de Barbacena recebia essas pessoas vindas de todo país, muitos sem saber ao certo porque estavam ali (Arbex, 2015, p.26).

⁸ Descrição feita pela assistente social Lúcia M.S. Rodrigues Gonçalves em seu livro intitulado “Saúde Mental e Trabalho Social” sobre os espaços da Instituição Psiquiátrica em que atuou. Muros de cinco metros de altura, corredores sombrios e depressivos, comumente chamado de labirinto ou curral. Em suas palavras: “Sem contar com o fio de Ariadne que evite a perda de sua identidade nesse labirinto que conduz ao embate com o minotauro (de sua angústia e do enfrentamento com o poder médico), caminham por esse corredor de dimensões ínfimas, de escassa luminosidade e desprovido de qualquer sinal de vida que não paredes opressivas, já se encaminham para as entrevistas profundamente condicionados, encurralados, ainda mais despojados de sua inteireza de seres humanos, como verdadeiros animais tangidos para uma instância onde a dor não lhes será minorada” (Gonçalves, 1983, p. 73)

de eliminação social dos indesejados para o convívio social, responde, antes de tudo, a mecanismos sociais operados entre as lógicas de “polícia do internamento” e da “política mercantil” (Ibid., p. 80), cada uma agindo com base em julgamentos morais de uma determinada classe social, muito longe ainda de evidências médicas e/ou terapêuticas como conhecemos nos dias de hoje. A institucionalização é, portanto, o poder da repressão social.

A história da internação relatada por Foucault em sua obra “História da Loucura”, revela que, os antigos leprosários do fim da Idade Média, tiveram recuperados para o tratamento da loucura – séculos depois, mas de modo muito semelhante – as suas estruturas de exclusão e de banimento via a difusão dos manicômios. O lugar dos “medos seculares” para onde se encaminham os “pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas”, assumiram o papel abandonado pelo lazarento (Foucault, 2010, p.6). Tal como apontado por Goffman (1963, p.16), os manicômios, podem ser considerados instituições totais, isto é, espaços de profundo isolamento que reúnem pessoas que aparentam ter características comuns. Seu caráter total é dado

“(...) pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos”.

Em diferentes continentes do mundo ocidental a imagem da loucura esteve ligada à indigência, à pobreza e à preguiça, aos distúrbios carnavais, à perversão e mesmo, à violência, sendo todas essas situações igualmente indesejadas e reprimidas no convívio social (Boudreau, 1984). É notório que os fenômenos envolvendo o banimento das pessoas não enquadradas sob determinados códigos sociais tenha se dado de maneira similar em diferentes continentes.

As influências das experiências da “grande internação” ocorridas na Inglaterra e na França no século XVII percorrem o mundo ocidental. Na jovem colônia francesa do Québec, em meados do século XIX, por exemplo, a igreja joga um importante papel na identificação e no tratamento da loucura. Há relatos de práticas de exorcismo e reclusão de pessoas “indesejáveis que transgridem as fronteiras da decência e dos bons costumes ou enfrentam escandalosamente as diretivas da igreja” e onde a loucura se caracterizava pela “manifestação do pecado, da heresia e da possessão do demônio” (Ibid., p. 22). Mesmo se tratando de eventos ocorridos de diferentes maneiras, por distintos grupos, para a autora, é o domínio das classes dominantes nos diferentes momentos históricos para controlar e dominar a loucura que se impõe nestes contextos. Em suas palavras,

“(...) é o poder, a obtenção ou a manutenção do poder necessário para se ter um lugar de escolha onde se tomam as decisões, ou onde se desenha ou se impõe as políticas e reformas favoráveis para se manifestar ou manter seu poder” (Ibid., p.15 Tradução nossa)

No Brasil, da mesma maneira, a internação psiquiátrica esteve historicamente associada as situações de pobreza, miséria e aos comportamentos “destoantes” à regra social, de maneira geral, sob alegação moral e higienista, reflexo também de contextos econômicos e políticos de seu tempo (Firmino, 1982; Gonçalves, 1983).

De fato, os aspectos econômicos são fundamentais para a compreensão do processo de internação da loucura, no caso, das pessoas consideradas improdutivas, especialmente com o desenvolvimento da industrialização. De acordo com Luz (2010, p.89), as relações entre os transtornos mentais e os problemas sociais no mundo capitalista ocidental são, “antes de tudo, [uma] construção política e teórica, institucional e científica” caracterizada historicamente pela marginalização e a segregação social de pessoas em situação de pobreza, com ou sem transtorno mental.

“Internamos a loucura, a pobreza, a depravação, a libertinagem, a violência e o crime. Internamos por medo de contaminação, para punir e corrigir, para provocar o arrependimento e criar exemplos a ser evitados. Internamos também por razões políticas e econômicas: livrar as ruas de milhares de pessoas ociosas e desordenadas e colocar o trabalho forçado para os sãos de corpo e capazes de trabalhar. A internação para essa gama de miseráveis é, pois, a conclusão de uma ética puritana que detesta ociosidade e imoralidade e se diz humanitária, ética misturada ao racionalismo econômico de uma sociedade capitalista nascente que valoriza o trabalho, a ordem e a produtividade” (Boudreau, 1984, p.25)

O processo de internação ou apartação social e suas práticas dependem de determinadas configurações no campo da ética, da política e da dinâmica econômica hegemônica de cada tempo histórico, mas são sempre evidentes os níveis subumanos, degradantes, violentos e indignos produzidos nos confinamentos. Dorvil et al. (1997, p. 116) relata as condições do contexto asilar em meados do século XX,

“Longo período asilar, condições de vida deploráveis, regime autoritário dos funcionários, tratamento inadequado dos pacientes, controle das atividades cotidianas, proximidade abusiva, exploração da força de trabalho, lobotomia, eletrochoque, medicação caracterizam a psiquiatria asilar ao fim dos anos 1950” (tradução nossa).

Nas práticas asilares se destacam ainda a restrição de informações sobre o destino das pessoas internadas, bem como a interdição do diálogo entre o internado e os funcionários da instituição, ações que são explicadas por Goffman (1963) como fatores expressivos do distanciamento imposto para o controle daqueles que são internados.

A institucionalização prolongada, longe de curar, piora as condições mentais e sociais das pessoas internadas. Seus efeitos negativos verificam-se pela piora na evolução e agravamento do transtorno mental, resultando em comportamentos como “a indiferença, a apatia, a obediência passiva, a autonegligência e, dependendo a ocasião, um comportamento agressivo” (Wallot, 1988, *apud* Dorvil et al., 1997, p.116).

Corroborando este aspecto, Goffman (1963) também acentua o comprometimento social causado pela vida em asilamento, demonstrando que as condições sobre as quais repousa a organização da reclusão institucional e as relações de autoridade entre o pessoal empregado e os pacientes conduzem, após um certo tempo, a uma despersonalização dos mesmos, acompanhada da cronificação dos transtornos mentais, da dependência e da perda substancial de hábitos sociais. Além disso, a permanência nos espaços de isolamento e apartação social prejudica sobremaneira a vida dos sujeitos com uma marca estigmatizadora surgida pela relação entre os atributos de aparência do indivíduo e aquilo que supostamente deveria ser, como que pela criação de uma barreira social virtual em que “deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída” (Ibid., p. 12).

Loucura e psiquiatria

“O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso”
(Amarante, 1995, p.46)

Apesar do isolamento, a loucura não deixou de ser do interesse social seja para compreendê-la, explorá-la ou aniquilá-la. O confinamento daquilo que foi ao longo do tempo sendo compreendido como “comportamento desviante” levou à psiquiatria e a psicanálise fazer da loucura objeto de estudo e de intervenções – muito embora, devemos destacar, até o final do século XVIII a internação e a hospitalização eram independentes da medicina e da figura do médico (Luz, 2010; Birman & Costa, 2010).

A história da loucura não é a história da psiquiatria enquanto saber científico, mas ela constituirá corpo com a totalidade da experiência médica (Foucault, 2011). Até a segunda metade do século XVIII as práticas ligadas a “cura” da loucura estiveram nas mãos de curandeiros, damas de misericórdia, charlatões, magos, religiosos, droguistas e tantos outros empíricos amparados em sólidas tradições culturais. Portanto,

“(...) o internamento (...) não foi de modo algum uma prática médica; o rito de exclusão ao qual ele procede não deságua num espaço de conhecimento positivo, e na França será necessário esperar pela grande circular de 1785 para que uma ordem médica penetre no internamento e (...) para que a respeito de cada internado se faça a pergunta: está louco ou não?” (Id., 2010, p.173)

Ao toma-la como objeto, a medicina inaugura para a loucura um lugar patológico e essa passa a ser considerada uma *doença* que, por sua vez, exige uma área de saber específico para tratá-la, a psiquiatria. De modo geral, podemos dizer que o desenvolvimento do saber da medicina sobre a loucura ocorre por via da observação do fenômeno e de experimentações terapêuticas que incluem banhos e técnicas de regulação dos movimentos, para buscar tanto o conhecimento quanto melhoras do estado dos males do corpo. Ademais, a medicina como ciência clínica expressa uma racionalidade que a torna detentora de um saber específico e de um discurso sobre a doença, para além do domínio da experiência e dos relatos das mesmas (Id., 2011). As competências filosóficas de abordagem do médico com o doente se fizeram desenvolver como aspectos relacionados a psicologia que, até então, não existia como a conhecemos hoje. O que se pretendia era a criação de técnicas de uso de linguagens, formulações da verdade ou da moral que modificassem os processos orgânicos do corpo.

Foi a partir do início do século XIX que a psiquiatria enquanto área de saber específico e hegemônico passa a ser reconhecida em sua função social de identificar, classificar e tratar as *doenças mentais*. O estabelecimento da loucura como objeto de intervenção da psiquiatria, amparado no paradigma positivista, transforma o fenômeno social em doença, o fenômeno natural em sintoma, requerendo, por conseguinte, o desenvolvimento de seu conhecimento científico, teórico e prático, além de um local onde pudessem ser observadas e estudadas tais manifestações, além de garantir a “ordem social”. Segundo Amarante (1995, p.23),

“Acompanhamos a passagem (...) de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira que a loucura, inscrita no universo da diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza o lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco”.

A medicina do século XIX passa a ser regulada pelas noções de normalidade em detrimento do que se entendia por saúde, de modo que, “é em relação a um tipo de funcionamento ou estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções” (Foucault, 2011, p. 38). A compreensão patológica dos fenômenos do corpo carrega certa negatividade no sentido de degeneração, ao mesmo tempo em que atribuía sentido positivo à norma, a normalidade.

A instituição psiquiátrica passa a ser o espaço privilegiado da doença mental e da psiquiatria, destino certo e único para todo e qualquer transtorno mental e comportamento fora da norma. Este campo do conhecimento extrapola, inclusive, os muros dos hospitais psiquiátricos para orientar a sociedade quanto a seus comportamentos por meio de conselhos morais (função social essa garantida pelo reconhecimento que lhe vai sendo dado pelo Estado). Da década de 1920 até o final da II Guerra Mundial, a assistência a pessoas com transtorno mental teve sua trajetória notadamente amparada nos ideais higienistas da época, objetivando a “correção” dos comportamentos desviantes (Barros & Bichaff et al., 2008).

A internação, contudo, trata não de “doença”, de “cura”, de cuidado, mas sua função primordial é a de garantir que a loucura não contamine a sociedade. A ordem que alimenta esta relação é a da razão e, em função desta ordem, a loucura pouco ou nada pôde ser ouvida em si mesma. Sua existência está sob o olhar de outrem considerado provido de razão.

“Toda uma região é isolada, uma região que agrupa o conjunto das práticas e dos juízos com os quais a loucura é denunciada e oferecida à exclusão; aquilo que nela está próximo, demasiado próximo da razão, tudo que ameaça a esta com uma semelhança irrisória, é separado na base da violência e reduzido a rigoroso silêncio; é este perigo dialético da consciência razoável, é esta partilha salvadora que o gesto do internamento recobre” (Id. 2010, p.172).

O olhar da razão e da disciplina coloca a loucura, fenômeno da expressão humana, como representante do risco e periculosidade social, uma vez que a doença mental passa a ser associada a este conceito por suas características imprevisíveis, inconstantes e não condizentes com comportamentos aceitos socialmente. Em nome da ordem social, o destino dos “desafortunados” e abandonados à própria sorte era a exclusão social, a assistência filantrópica e a tutela (Amarante, 1995).

A institucionalização da loucura no Brasil

No Brasil, a chegada da Família Real no início do século XIX inaugura a intervenção do Estado sobre a loucura. A modernização e a consolidação de uma nova ordem social foi sendo construída e neste contexto a loucura é vista como uma ameaça à ordem pública. De certo modo, até este período, a loucura era tolerada na sociedade. Como coloca (Passos, 2009, p. 104), aos loucos que apresentassem

“(...) comportamento agressivo não mais se permitia continuar vagando nas ruas, principalmente quando sua situação socioeconômica era desfavorável. As

peças consideradas tranquilas mantinham-se nas comunidades com suas famílias. No entanto, com a mudança da corte, para aqueles considerados loucos “seu destino passou a ser os porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado”.

A experiência social dos alienados neste período é então o isolamento social, o padecimento e o suplício. Nas Casas de Misericórdia, Santas Casas e hospícios as situações de superlotação, insalubridade e os castigos eram comuns, como mostram cartas, relatórios e declarações de alienistas, governadores e secretários de estado da época – nas quais expressavam piedade e pesar diante das atrocidades cometidas a esta população e pediam melhores condições às instâncias de poder do Estado, no Império ou na República, sem que nada ou quase nada tenha sido mudado⁹ (Moreira, 2011).

Décadas mais tarde, nos anos 1840, alienistas brasileiros se dirigem a Europa para estudar formas de tratamentos aos alienados em especial influenciados pela lei francesa de organização interna dos hospícios (Ibid., 2011). A assistência aos transtornos mentais enquanto ação pública se inicia, então com a criação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, sob a influência da psiquiatria francesa de Pinel e Esquirol¹⁰.

A expansão dos hospícios pelo país durante o período do segundo reinado (1840-1889) foi dada pela criação de instituições em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886)¹¹. Alguns outros marcos importantes para a história da assistência aos alienados são ainda a criação do ensino de psiquiatria no país em 1882 e a promulgação da primeira lei federal de assistência aos alienados, em 1903 (Ibid., 2011). Vale lembrar que,

“(...) as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a

⁹ O primeiro protesto público registrado contra o modo desumano em que eram tratados os insanos ocorreu em 1830, baseado no relatório feito sobre a situação do louco na cidade do Rio de Janeiro pela então Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina da mesma cidade. Dr. José Martins da Cruz Jobim denuncia os maus tratos e a insalubridade das instalações das Santas Casas de Misericórdia e reivindica a criação de espaços destinados especialmente aos alienados (Ibid., 2011).

¹⁰ Na perspectiva do Tratamento Moral, fundado por Pinel, a assistência às pessoas internadas baseava-se na ordenação do espaço segundo o “tipo” de adoecimento e a “necessidade” de isolamento a fim de observar e descrever os comportamentos e sintomas expressos.

¹¹ Além dessas, a Colônia de Alienados de Juquery foi inaugurada em 1898, em São Paulo e o hospital psiquiátrico de Barbacena (Minas Gerais) é inaugurado em 1903, destacando-se como maior exemplo do que ficou conhecido como o “holocausto brasileiro” (Firmino, 1982).

necessidade dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (Resende, 2007, p. 38)

Deste modo, inspirados nos modelos institucionais europeus, os hospícios tinham espaços com alas isoladas, separação dos internos segundo o sexo, salas para cirurgias, eletro e hidroterapias. Além disso a ênfase no caráter religioso e caritativo das instituições restringiram o uso das medicações nos hospícios, até o fim do Império.

No entanto, a violência e a humilhação são marcas profundas e fortes das experiências nos hospícios. Moreira (2011, p. 731) descreve as práticas remetidas as pessoas encaminhadas aos espaços destinados aos *desprovidos de razão* e *doentes*. Embora as acomodações e o trato fossem identificados como insalubres e inapropriados, estes locais cumpriam uma função social, a ver,

“O corredor com oito palmos de largo sobre vinte e dois de comprido era o único passeio para os doentes. Lá havia o tronco de madeira onde, durante o dia, em uma casa religiosa e de caridade (!), prendiam os escravos do hospital que tinham de ser supliciados a chicote. Durante a noite, os guardas sempre se utilizavam de tão aviltante meio de contenção para imobilizar os doentes em acessos de delírio, por força furioso, e aos quais também fustigavam com a pretensão ignara de acalmá-los”.

“Os infelizes que existem no velho edifício de Olinda a que tão impropriamente se dá o nome de Hospício, ali vegetam sofrendo além de privações da razão, a falta de ar, de luz e dos mais necessários cômodos. Por maiores que sejam os cuidados, não se pode manter no estabelecimento o indispensável asseio. Úmido, acanhado e velho, não se pode ali compreender melhoramento algum. (...) Ali se acham aglomerados 114 loucos, porque parentes e a polícia, embora a insalubridade e acanhamento do edifício, para lá os remetem. A Junta, ao ver semelhante espetáculo, confrange-se lhe o coração, mas o que há de fazer, se não acolhê-los, quando a sociedade e os parentes os repelem?” (Ibid., p.755. Com referência ao hospício em Olinda, 1864)

Alguns dados quantitativos¹² da época referem que mais da metade das pessoas que davam entrada nos hospícios, faleciam. Os registros de saídas das internações são quase sempre menores ou iguais aos de falecimento. Isso sobre os homens. Sobre as mulheres não há nenhuma informação.

Com a República, em 1889, também são criadas as primeiras Colônias, que se diferenciam dos hospícios na medida em que propõem atividades – sobretudo, de trabalho – aos internos, mas cumprem uma função idêntica de apartação social¹³. Nestes espaços

¹² Alguns dados quantitativos sobre o número de pessoas que eram internadas nos hospícios brasileiros, as que saíam e as que faleciam estão no artigo de Juliano Moreira datado de 1905. (Moreira, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dezembro 2011).

¹³ “Como a prática psiquiátrica não existe num vazio social, era de se esperar que ela assimilasse aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores da sociedade onde se inseria, e se

eram desenvolvidas atividades como oficinas de sapataria, alfaiataria, marcenaria, floricultura e música – esta como meio para a “distração ou talvez cura” (Moreira, 2011, p. 737). Assim, tendo como valor central o trabalho, a vida em comunidade e a convivência fraterna, o movimento de instauração das Colônias é considerado como a primeira reforma psiquiátrica no Brasil (Amarante, 2010), ainda que seus efeitos sejam limitados. De todo modo, excluir o louco do seu convívio social foi a resposta social recorrente durante o Império e mesmo após a constituição da República. No fundo, manteve-se “inalterada a destinação social do hospital psiquiátrico a despeito da substituição da psiquiatria empírica pela científica” (Resende, 2007, p.52).

Questão de classe

“Qual a causa principal de tantos internamentos?

O diretor do hospital responde:

- Problema social mesmo. Miséria, fome e desespero pela sobrevivência”.

(Firmino, 1982, p. 27)

É importante dar mais ênfase, neste ponto, a uma questão subjacente à institucionalização como resposta social à loucura. Diferentes autores (Gonçalves, 1983; Paulin & Turato, 2004; Dorvil, 2007; Foucault, 2010) apontam distinções entre os tratamentos oferecidos ou disponíveis na sociedade para os transtornos mentais a depender do estrato social ao qual pertenciam as pessoas que deles necessitavam. No Brasil, durante todo o período colonial ocorre a mesma destinação,

“Através de todo o período colonial os alienados, os idiotas, os imbecis, foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e, às vezes, enviados para a Europa quando as condições psíquicas dos doentes o permitiam e aos parentes, por si mesmo ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação” (Moreira, 2011, p. 730)

Mais do que o tipo de atendimento que se possa ter a depender da classe social, temos em conta também que o pertencimento a essa ou aquela classe determinava o tipo de compreensão que se tinha sobre o adoecimento (Dorvil, 2007). Enquanto as classes mais abastadas eram encaminhadas para locais de descanso, para que pudessem se recuperar de suas doenças “nervosas” ou conduzidos à Europa para tratamento, aquelas pertencentes a classes sociais mais empobrecidas eram subjugadas e seu destino era certo e único: o trancafiamento (Gonçalves, 1983; Amarante, 1994).

empenhasse em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento (Resende, 2007, p. 47).

Historicamente, portanto, as críticas aos hospícios dirigiam-se a maneira desumana e insalubre com que os asilados eram tratados, em especial, em um local pretendido para a cura ou melhora das mazelas trazidas pelo acometimento mental. A visão predominante na sociedade, todavia, era a de que a população que lá vivia deveria permanecer apartada, ainda que em melhores condições de higiene e acomodações. Esta posição foi criando assim a disposição e oportunidade para a construção de hospícios regidos pela medicina e seus conhecimentos, mas permanece notória a direção e a função de segregação social atribuída a estes espaços de confinamento e a diferenciação dos tratamentos as pessoas de distintas classes sociais em relação à loucura.

As transformações da Saúde Mental no século XX

Durante todo o século XX a situação da população asilada nas grandes instituições psiquiátricas transforma-se, sem que, no entanto, sejam superados os principais elementos do tratamento subumano aos institucionalizados.

Em linhas gerais, o espaço de domínio dos conhecimentos e experiências da psiquiatria ampliam-se significativamente por meio da medicina social, a qual passa a indicar maneiras de manter o equilíbrio mental através dos comportamentos. O controle social trazido pela força moralista da psiquiatria reverbera para toda a sociedade e tal movimento define e identifica a loucura como um comportamento desviante ao que é estabelecido como normalidade.

A expressão deste fenômeno fica manifesta em 1923, quando é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental. Com a missão de se estabelecer como “(...) um órgão de divulgação que oriente a coletividade sobre preceitos de higiene mental e serviços sociais aos psicopatas” (Boletim de Higiene Mental, 1944:1), por meio do jornal impresso e de ações sociais, os psiquiatras adentram o espaço social a fim de:

“(...) nortear todos aqueles que buscam conhecimentos relativos à preservação da saúde mental (...) o fortalecimento mais integral das forças morais, com objetivo de alcançar um equilíbrio mais perfeito (...) uma harmonia mais completa em todos os atos da vida”.

A partir deste momento a psiquiatria brasileira, orientada pela ideologia da escola de psiquiatria alemã, envereda-se à discussão da etiologia das doenças mentais e passa a relacioná-la aos fatores biológicos, étnicos, éticos, políticos intensificando a apartação social (Amarante, 1994). Intensificam-se, pois, as respostas sociais destinadas às populações empobrecidas com ou sem transtornos mentais que, historicamente, eram

violência, a segregação e a invisibilidade em nome da “limpeza” e da “ordem social”. Os asilados nos hospícios continuavam sendo os pobres, os mendigos, os alcoolistas, os desempregados, os abandonados, os imigrantes, as pessoas com deficiência mental e com graves transtornos mentais (Firmino, 1982; Amarante, 1994; Barros, 1994).

De acordo com Telles (2001, p. 34), no ideário das elites modernizadoras do século XX, a sociedade reconhecia como sinal de atraso a “incivilidade popular (...) que gerava o desconforto, horror e temor diante de uma realidade que encenava o avesso da sociedade que se queria construir”. É neste cenário que se iniciam os estudos acerca do modo de viver das populações das cidades, de forma a surgir propostas de reformas para “cimentar o caminho do progresso” (Ibid., p.34). O vadio, o desempregado, o criminoso, o mendigo, o inválido, o louco e, a criança abandonada, mais uma vez, representavam a figura de uma pobreza inquietante que afetava a sociedade em geral.

A década de 1930 representa um período de modernização, centralização e nacionalização no qual várias transformações sociais tomam forma, em especial, com o processo de industrialização, o forte crescimento populacional e urbano e a ampliação do aparato estatal. A expansão da pobreza e da desigualdade social também vão mudando sobremaneira o público e os serviços de atendimento psiquiátrico e novas ações político-assistenciais na área da psiquiatria foram sendo gestadas neste período: reforma das políticas de saúde, criação dos serviços nacionais e a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.

No que tange as práticas “terapêuticas”, técnicas um pouco mais avançadas da psiquiatria biológica foram empreendidas pela psiquiatria em um movimento de afirmação do espaço de conhecimento e tratamento dos asilados. As práticas se institucionalizam: o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoterapia e a eletroconvulsoterapia (Amarante, 1998).

Os hospitais psiquiátricos fortalecem-se como espaços asilares, ampliando-se mais ainda em número e abarcando um contingente cada vez maior de pessoas. O decreto 8.550 de 1946, por exemplo, autorizava o SNDM a estabelecer convênios com governos de instância estadual para a construção de hospitais psiquiátricos¹⁴.

Em termos quantitativos, no início da década de 1940, contava-se 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%), com um total de leitos

¹⁴ Esta política também refletia a postura hegemônica iniciada pelo renomado psiquiatra Juliano Moreira que, sob a influência de Oswaldo Cruz, entendia que ao asilo caberia a função social de prevenção as doenças mentais, devendo os mesmos acabar somente quando tais doenças fossem erradicadas (Amarante, 1994).

públicos responsáveis por 80,7% da oferta. Nos anos 1950 houve a primeira experiência de incorporação da assistência psiquiátrica aos institutos de aposentadoria e pensões, que cumpriam o papel de proteção social e de saúde pública de parcela importante dos trabalhadores (Paulin & Turato, 2004). Verifica-se, então, o incremento de recursos financeiros às instituições privadas e a significativa qualificação dos espaços para atendimento. Em decorrência, em 1961, a rede de hospitais psiquiátricos privados tinha 60% da oferta de leitos, embora sustentada por recursos públicos.

O período da ditadura militar, iniciado em 1964, caracteriza-se, em realidade, como um longo período em que a doença mental se torna, definitivamente, objeto de lucro do setor privado (Id., 1994). A assistência pública ao “doente mental” no país deixa de ser somente para mendigos e indigentes para atender a classe trabalhadora e seus dependentes. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), em 1974, o Estado intensifica a compra de serviços hospitalares psiquiátricos da rede privada e verifica-se expansão ainda maior deste setor. Em poucos anos os hospitais privados passam a ser responsáveis por 70,6% dos leitos, enquanto os públicos possuíam apenas 29,4% (Ibid., p. 245). Como destaca Fonte (2012 *on-line*)

“O sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiam benefícios significativos com as internações (sua única fonte de lucro), com total falta de controle pelo estado, observando-se um verdadeiro empuxo a internação, razão pela qual este sistema veio a ser chamado de “indústria da loucura”.

A ampliação do número de hospitais não modificou a situação deplorável das condições de vida dos internados, tampouco da assistência a eles prestada. A descoberta dos medicamentos neurolépticos, na década de 1950, praticados desde então nos Estados Unidos, Inglaterra e França, por exemplo, demoraram a ser utilizadas no Brasil, assim como foi lenta a modernização de outros procedimentos e terapêuticas médicas (Fonte, 2012). Além disso, as denúncias feitas com relação aos maus-tratos, abandono e violações de toda ordem aos hospícios, manicômios e hospitais psiquiátricos são verificáveis durante o período de existência de tais instituições.

Superpopulosos os hospitais continuavam a exercer seu papel de exclusão social. Nossas instituições cumpriram a função social de desaparecer com os indesejados. No Colônia, como foi chamado o maior hospício do Brasil localizado em Barbacena, Minas Gerais, verificava-se que,

“Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se

tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças” (Brum, 2015, p.14 *apud* Arbex, 2015)

O que se observa com relação a opinião pública geral sobre o que ocorria no interior dos hospícios era a omissão e a convivência,

“[do] Estado brasileiro, com a convivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. É preciso perceber que nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta por tanto tempo sem a nossa omissão, menos ainda uma bárbara como esta” (Brum, 2015, p.15)

Tal conjuntura perdurará até a final da década de 1970, quando emergem os primeiros anúncios de uma transformação dos rumos políticos e sociais do país e no âmbito da saúde mental, com do movimento de Reforma Psiquiátrica e as influencias dos movimentos internacionais, em especial o italiano. Com o processo de democratização no país, a efervescência dos movimentos sociais e as denúncias feitas aos espaços asilares, impulsionam o avanço de ideias libertárias e, com elas, se desencadeiam projetos de transformação da saúde mental. Vale destacar que no ensejo das denúncias feitas à sociedade acerca das condições desumanas com que eram tratadas as pessoas em sofrimento nos hospitais psiquiátricos, surgem as revelações a respeito de este mesmo espaço era lugar de tortura e prisão de pessoas que se opunham ao regime militar – o que teve grande impacto na opinião pública e no cenário político que leva a o processo de desinstitucionalização abordado a seguir (Amarante & Guljor, 2005).

Outro ponto importante a ser frisado é que até então, do ponto de vista do trabalho desenvolvido nos hospitais psiquiátricos, pelo menos três efeitos eram recorrentemente associados ao tratamento oferecido: a segregação, a tutela e a exclusão (Firmino, 1982; Amarante, 1995). Os tratamentos oferecidos, que nunca ultrapassavam o espaço asilar ou hospital, resultavam no isolamento total das pessoas, ou então, nos casos dos pacientes com sucessivas internações por períodos mais curtos, levavam à exclusão social pelo estigma e à restrição das oportunidades de trabalho, de convivência social e familiar (Firmino, 1982). As práticas da internação tinham efeitos que, mesmo quando não demasiado duradouros, eram incapacitantes do ponto de vista da inserção social. Dorvil (2007, p.28) sobre este ponto salienta que,

“(...) a etiqueta de doença mental, o estigma que a ela é associada, constitui uma barreira que proíbe a pessoa atingida [pelo transtorno mental] o acesso aos bens materiais (emprego, status relativo ao mercado de trabalho) e simbólicos (auto

estima, reconhecimento social). Trata-se de uma forma de desigualdade que exerce uma influência sobre a saúde do indivíduo”.

Mesmo ao final do século XX, o trabalho social destinado as pessoas com transtorno mental ganhava caráter tutelar e controlador nos asilos e hospitais devido aos tratamentos para “adaptar” o paciente às regras sociais, com objetivo de proteger a sociedade de sua pretensa periculosidade (Barros, 1994; Amarante, 1995).

O internamento representa, portanto, uma forma de organização social baseada na exclusão. Algumas das práticas para manutenção desta pretensa ordem persistem até os dias atuais e nelas identificamos a configuração de uma grande e profunda questão social em relação à loucura: a apartação dos não aceitos socialmente, dos miseráveis, dos pobres e doentes¹⁵, dos insensatos¹⁶, dos improdutivos. O silêncio e a invisibilidade da loucura encerraram a experiência do sofrimento humano enquanto expressão nunca dissociada de “uma certa concepção política, jurídica e econômica do indivíduo na sociedade” (Foucault, 2010, p.174). Excluir do convívio em sociedade e aprisionar pessoas com transtorno mental é um dos aspectos mais marcantes da história de como lidamos, enquanto sociedade, com a diferença. Ao passo que se configura incontendível sua reinserção como ato de retidão social. Simbolicamente é preciso conseguir ressignificar o transtorno mental na sociedade – desmistificando sua periculosidade, aumentando a convivência social, atuando pela valorização da diferença. Na prática, disponibilizar e promover recursos e conhecimentos no cuidado com a vida em sua complexidade imanente. Neste espírito, abordaremos a seguir o processo de mudança paradigmática das respostas sociais à loucura.

¹⁵ Foucault (2010, p.409) elucida a diferença entre o “pobre válido” e o “pobre doente” servindo como princípio de classificação no interior do internamento. “(...) a diferença não é mais apenas o grau de miséria, mas de natureza no miserável. O pobre que pode trabalhar é um elemento positivo na sociedade, ainda que se deixa de tirar proveito disso: o infortúnio pode ser considerado como um instrumento, como um poder, pois não subtrai as forças, e estas forças podem ser empregadas em proveito do Estado, em proveito mesmo do indivíduo que é forçado a utilizá-las”.

¹⁶ A razão perversa: que perdeu inteiramente a verdade: é entregue à ilusão de todos os sentidos, à noite do mundo; cada uma de suas verdades é erro, cada uma de suas evidências é fantasma. É prisioneiro das forças mais cegas da loucura” (Foucault, 2010, p.389)

A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO RESPOSTA SOCIAL

“Aquele mãe repetia ‘Meu paciente morreu, mas não tenho nenhum remorso. Sei que fiz tudo que poderia fazer’. Eu me compadecia por ela, pois sabia que, no fundo, o remorso a consumia. Me compadecia, pois sabia que ela era uma boa familiar. Tanto que somente um bom familiar sentiria remorso, e continuaria lutando para que outros não tenham o destino de seu familiar, como essa mãe fazia. E lamentava que, aquele rapaz que morrera, paciente psiquiátrico, tinha perdido a mãe antes de morrer. É que a mãe já não o via como filho, e sim como paciente. Ela só o chamava de paciente, e raramente de filho. Aquela mãe tinha se tornado enfermeira do filho, psiquiatra, psicóloga, ou coisa assim. Não era mais mãe. E ele não era mais filho. Era paciente. Não era mais família. Aquele rapaz continuava internado mesmo quando voltava para casa da internação”. (Coutinho, 2010. Blog Paciente psiquiátrico¹)

O chamado processo de desinstitucionalização é o cerne da transformação social em relação à loucura. O termo foi utilizado pela primeira vez nos Estados Unidos na década de 1960 para indicar o decurso de alta da internação no sentido de desospitalização (Barros, 1994, Amarante & Guljor, 2005). No contexto norte-americano, o que mobilizou a desospitalização foram os altos custos da internação, bem como, a má qualidade da assistência psiquiátrica. O que ocorreu, no entanto, em diversos casos foram as altas apressadas e sem oferta de suporte assistencial adequado às necessidades dos egressos das internações (Amarante & Guljor, 2005).

Foi apenas em decorrência da perspectiva italiana de Franco Basaglia que o processo de desinstitucionalização começa a colocar em xeque o paradigma psiquiátrico tradicional, suas instituições, seus saberes, promovendo significativas transformações nas práticas em relação à loucura. O movimento de mudança pôs como ponto central,

“A recusa à aceitação do saber psiquiátrico sobre o fenômeno da loucura e sobre a experiência do sofrimento. Colocar a doença mental entre parênteses não é sinônimo da negação da existência de uma determinada experiência psíquica, mas sim na competência do saber psiquiátrico para explicá-lo. Trata-se, enfim, de um princípio filosófico-epistemológico que considera que o fenômeno só existe na inter-relação com o observador, que o fenômeno é construído pelo observador” (Basaglia, 2005, p. 87 *apud* Amarante & Guljor, 2005, p.67)

É importante salientar que tal mudança está diretamente relacionada com a estruturação e desenvolvimento do Estado de Bem-Estar social no qual a assistência à saúde – e ao transtorno mental – é reorganizada e compreendida como agente impulsionador do desenvolvimento social. A desinstitucionalização da loucura é, portanto, um complexo processo social, político e econômico, imbricado na

reestruturação social e institucional das sociedades europeias e norte americana da segunda metade do século XX. Veremos como gradualmente as experiências e os questionamentos acerca das práticas sociais com relação à loucura foram sendo mais frequentes e ganhando força.

A mudança paradigmática trazida pela inclusão social das pessoas acometidas pelos transtornos mentais traz uma série de questões para a sociedade como um todo, especialmente no que se refere à superação da cultura do isolamento para tratar o transtorno mental e à desmistificação da violência e/ou da agressividade entre tantos estigmas que segregam e descuidam. Vale ressaltar que, além disso, a transformação pretendida requer o reconhecimento não só do direito em decidir sua própria vida ao paciente de saúde mental, mas também, a necessidade de respeitar suas escolhas no sofrimento psíquico.

As Reformas Psiquiátricas

As transformações pelas quais passou a instituição asilar ocorreram em função de um conjunto significativo de eventos sociais, políticos, econômicos e humanitários. Discorreremos brevemente sobre alguns desses processos de mudanças apontando as consequências relacionadas tanto para a modificação da instituição asilar enquanto *lócus* da loucura quanto das práticas produzidas em diferentes perspectivas.

Historicamente, as transformações ocorridas nos EUA e na Europa com relação ao asilo e suas abordagens com relação à loucura são as que mais influenciam as práticas e as formas de compreender a loucura no Brasil (Tenório, 2002). Daí a importância de vislumbrá-las atribuindo-lhes significado em nosso processo histórico.

As reformas psiquiátricas ocorridas com o fim da II Guerra Mundial (1939-1945), em especial nos Estados Unidos, França e Inglaterra tiveram um caráter social ampliado, tendo em vista o grande número de pessoas que, durante ou após a guerra, buscavam tratamento mental para danos psicológicos advindos da mesma. O contexto de abalo econômico do pós-guerra evidenciava uma psiquiatria asilar demasiadamente onerosa, considerando o incremento das demandas por tratamento mental e a inadequação dos espaços e das práticas terapêuticas necessárias para lidar com as novas “patologias” advindas da experiência da guerra, o que por si só punha em xeque o funcionamento dos modelos asilares ali instaurados.

Por outro lado, mesmo durante o conflito, em 1942, o Estado inglês se assume como garantidor das condições políticas e assistenciais do país e modula a noção do *direito do homem à vida* para o *direito à boa saúde*, processo este considerado como um marco do começo da história da medicina atual (Birman & Costa, 2010). Isso ampliava sua responsabilidade frente à população em promover as condições gerais no âmbito da saúde e do bem-estar social, o que, por sua vez, também trazia uma reformulação assistencial em relação ao doente mental.

A esta altura, já havia na Inglaterra a percepção do asilo como responsável pela degradação dos pacientes e desperdício da força de trabalho e então, em decorrência disso, criaram-se as Comunidades Terapêuticas, cuja ideia central era a de que as pessoas que lá convivessem, doentes e funcionários, executassem juntos as tarefas para o funcionamento e manutenção dos hospitais, constituindo assim uma “terapêutica ativa”, centrada na noção da superação da doença pelo trabalho (Amarante, 1998, p. 28).

Adicionalmente, do ponto de vista das práticas, as experiências nos hospitais militares durante a guerra também apontavam para mudanças nos espaços asilares. Intensificam-se as experiências grupais terapêuticas, em diferentes contextos e perspectivas, a fim de promover a melhora dos pacientes e até mesmo a sua reincorporação aos esforços de guerra. E tal como diversas outras experiências surgidas no contexto do conflito, esse processo se amplia para educação da vida social. No pós-guerra, os efeitos dessas práticas transformam a perspectiva da psiquiatria, cujo intuito “não mais se trata de curar o doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais” (Ibid., 1994, p.52).

Em pouco tempos a psiquiatria norte-americana preventiva e comunitária se tornará referência para todo o mundo. Com ela desenvolve-se a ideia e práticas de prevenção em três níveis, cujo espaço de realização é a comunidade. Os três níveis são:

“(...) a prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e (ou) do meio; prevenção secundária: intervenção que busca a readaptação de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental; prevenção terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após sua melhora” (Ibid., 1994, p. 54).

O cerne da proposta, logo adotada como política oficial de Saúde Mental naquele país, era o deslocamento da visão da doença no sentido da prevenção de adoecimentos. As práticas da psiquiatria preventivista norte-americana consagraram-se como referência para a América Latina por meio das indicações da Organização dos Estados Americanos e da Organização Mundial de Saúde (Ribeiro, 2006).

Além disso, como apontado, dada da década de 1950 o início do uso dos neurolépticos, medicamentos antipsicóticos utilizados como tranquilizantes que contribuem para o controle dos comportamentos, incrementando as práticas comunitárias¹⁷ (Moreira & Guimarães, 2007).

A função social da Psiquiatria, portanto, continuou sendo a de garantir a readaptação social dos membros da sociedade. Neste contexto, os momentos de crise ou a agudização das sensações trazidas pelo transtorno mental, são entendidos como,

“(...) grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a sua saúde mental, já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise” (Birman & Costa, 2010, p.57)

Reforçava-se assim a ideia do “normal” e do “anormal” num enfoque adaptativo e a compreensão de que a crise é fruto do desequilíbrio ou de sua possibilidade. Este enfoque causa, contudo, “uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social”, pois qualquer ameaça ou crise é entendida como desadaptação social que requer a intervenção (Ibid., 1994, 59). Interessa-nos frisar o contexto em que foram desenvolvidas as práticas comunitárias norte-americanas. Os programas desenvolvidos visavam controlar a instabilidade social decorrente das minorias segregadas na perspectiva da “inadaptação política e econômica dos indivíduos, ao comportamento eventualmente desviante dos doentes mentais” (Ibid., 1994, 64). A noção de adaptação social relaciona-se, mais uma vez, à crença de que é na loucura que se expressa a inadequação do indivíduo na sociedade, deixando de considerar os efeitos que as relações sociais e outras forças macrossociais têm sobre os sujeitos.

De maneira um pouco distinta, a Psiquiatria de Setor Francesa é uma experiência igualmente iniciada no período pós-guerra por meio de esforços de vários psiquiatras progressistas que tinha como proposta a criação de equipes multiprofissionais (compostas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) para atuar em determinada área geográfica, sob a orientação preventiva e de tratamento das doenças mentais junto à

¹⁷ Contudo, Boudreau (1984, p. 117, tradução nossa), pondera que “em nossos dias ainda, é corrente a opinião que associa a desinstitucionalização a descoberta dos neurolépticos. Contudo não há relação de causa e efeito entre os dois fenômenos”. A autora enfatiza que, embora alguns efeitos das medicações possam, em um primeiro momento, proporcionar uma melhor qualidade de vida para aqueles que delas fazem uso, com o tempo os efeitos sedativos prejudicam consideravelmente a vida social restringindo a interação comunitária.

comunidade. A designação *setor* relaciona-se a divisão por áreas do hospital na qual os pacientes conviveriam,

“(...) de forma a possibilitar uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região e dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital” (Amarante, 1995, p. 35).

Apresentada como esforço de revisão da instituição asilar, e elevada à política oficial a partir dos anos 1960, essa proposta ressaltava a internação no hospital psiquiátrico apenas como uma fase do tratamento. A Psiquiatria de Setor fazia, portanto, uma crítica ao modelo asilar, mas não conseguia romper com a cultura e práticas tradicionais ligadas a psiquiatria. Transformava a ação sem modificar, entretanto, a função de controle social. Nas palavras de Rotelli (1990, p. 150),

“(...) a experiência francesa de setor não apenas não pôde ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos ‘normais’ e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura”.

Outra experiência de destaque no sentido de contestação da instituição asilar vem do caso italiano, que teve grande influência sobre o contexto brasileiro. O conjunto de experiências de desinstitucionalização ocorrido na Itália a partir de 1961, representou um traço significativo em relação as práticas europeias e norte-americanas, pois inaugura a transformação da instituição asilar via sua desconstrução¹⁸. O significado de sua proposta pressupõe a desconstrução de todo aparato asilar por meio da decomposição de um

“(...) agir institucional, isto é, quando se compõe um feixe de estratégias que desmonta e desconstrói as soluções para compreender os problemas, usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, decompondo os sistemas de ações, de interações e de justificação no qual cada elemento se insere” (Barros, 2010, p.192).

Diferentemente das experiências comunitárias e das novas dinâmicas associadas aos processos de internação que de alguma maneira mantinham forte a tradição hospitalar, a proposta italiana ressalta a superação do modelo de internação e das práticas dele decorrentes, pelo qual

“(...) procurava-se abandonar a violência como recurso, eliminando-se do cotidiano institucional práticas repressivas como a proibição do uso de roupas próprias, sistemas de punições, banhos coletivos, eletrochoques, impregnação

¹⁸ O conceito de desinstitucionalização como desconstrução é originário dos movimentos contracultura burguesa surgidos na Inglaterra na década de 1960. Enquanto proposta de combater as estruturas hospitalares, considera a loucura como “(...) um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento” (Amarante, 1998, p.44)

provocada pelo excesso de psicofármacos e os quartos forte” (Id., 1994, p. 174).

A antipsiquiatria ali surgida preconizava “um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles” (Ibid., p.44), desenvolvendo práticas grupais, sem repressão química as crises, a utilização da abordagem psicodramática e a regressão no cuidado com a pessoa com transtorno mental. Como explica Amarante (2010), a experiência italiana de desinstitucionalização trazia algo significativamente inovador: o cuidado das questões de saúde mental realizado em liberdade e na convivência social com destaque para a participação dos sujeitos. De acordo com Basaglia et al. (1994, p.12),

“Uma psiquiatria (...) que não quer somente negar-se enquanto não-ciência, mas quer afirmar-se como anticiência (se por ciência se entende uma ideologia que se encontra sempre a confirmar os valores da classe dominante) através da passagem necessária de uma posição simplesmente contra-transferencial para uma dialética. Somente na crise e na crítica permanente será, talvez, possível encontrar a garantia ao seu não colocar-se como ciência resolutive”.

Consolidada nos anos setenta, com a fundação da Psiquiatria Democrática Italiana (1973), a experiência italiana traz o posicionamento crítico frente ao modelo de comunidade terapêutica inglesa e a psiquiatria de setor francesa, embora tenha guardado dessas experiências os princípios da democratização e da territorialidade.

A ideia de desconstrução do manicômio trazida e efetivada em especial, em Gorizia e em Trieste, residiu no reconhecimento desse espaço como lócus de um tipo de psiquiatria que recria a doença mental associando-a às noções de periculosidade, miséria e improdutividade. Ademais, como destacado, esta estrutura manicomial fora criada antes mesmo de ser elaborada a noção de doença mental, revelando sua vocação predominante de controle social. O movimento de transformação vai se constituir então, na revisão das práticas asilares, buscando verificar, antes de mais nada, quem eram as pessoas que viviam nos manicômios sob o prisma sociológico, deflagrando, com isso, toda a incoerência de uma definição abstrata da doença mental em relação as necessidades das pessoas (Barros, 1994).

Podemos dizer ainda que a experiência italiana de desinstitucionalização trouxe mais dois elementos fundamentais para a desconstrução da instituição que materializa a exclusão social: a ampliação da responsabilidade pelo que ocorre na instituição manicomial para toda a sociedade e, também, a extensão de competências para além dos técnicos, no trato com a saúde mental, incluindo forças sociais, tais como, sindicatos, aparatos políticos e sociais (Ibid., p.48).

Outro movimento de reforma psiquiátrica que tem influência em um período mais recente no Brasil é o ocorrido no Canadá, em particular, na província de Québec. O que recebe destaque nesta experiência é o percurso pioneiro e significativo de avanço com relação à cidadania das pessoas com transtorno mental, aspecto este dos mais caros à saúde mental no contexto brasileiro.

O movimento de desinstitucionalização no Québec teve início na década de 1950, ganhando mais força na década de 1960 com o objetivo de reorganizar a assistência as pessoas com transtorno mental. Os motivos que levaram a esse processo relacionam-se a causa humanitária dada as características do modelo asilar e disciplinar aplicados em detrimento do tratamento; as constatações de que as internações prolongadas agravavam as condições psíquicas do paciente e não as curava; por fatores econômicos devido à crise do Estado-Providência; assim como pela tendência dos psiquiatras de acreditar na cura possível para vários tipos de doença mental, em especial pelo advento dos medicamentos neurolépticos (Dorvil et al., 1997). As práticas encerradas nos locais de asilamento não diferem daquelas já conhecidas por serem igualmente praticadas nos casos europeus, norte americanos e no Brasil:

“(...) longos períodos de asilamento, condições de vida deploráveis, regime autoritário dos agentes, tratamento inadequado aos pacientes, controle rigoroso das atividades diárias, abusos, exploração da força de trabalho, lobotomia, eletrochoque, medicação” (Ibid., p. 116 tradução nossa).

A filosofia da desinstitucionalização quebequense baseava-se construção de direitos e liberdades dos indivíduos, buscando humanizar os cuidados em saúde mental. Do ponto de vista das práticas, o processo intenta o abandono progressivo do asilo como modelo de intervenção e sua caracterização como recurso limitado na hospitalização. O processo, segundo Dorvil et al. (1997) é da desospitalização, a não institucionalização e a reorganização do sistema de cuidados.

Nos anos 1960 algumas reformas nas práticas psiquiátricas foram postas em marcha por meio da psiquiatria comunitária, enfatizando-se a acessibilidade, a individualização e a continuidade dos cuidados sob a responsabilidade de equipes multiprofissionais (Grenier & Fleury, 2009). Entre 1965 e 1975 registra-se assim o fechamento de 28% dos leitos em hospitais psiquiátricos no Québec.

Ainda neste mesmo período, a partir da ebulição de um conjunto de outros movimentos sociais – com destaque para a ampla transformação social e processual trazida pela chamada “Revolução Tranquila” (1960-1968), que envolveu vários setores da sociedade –, emergiu a luta pela constituição de um sistema único de saúde, instaurado

em meados de 1970 sob os preceitos federais de equidade, territorialidade e universalidade (Santos, 2014).

Finalmente, com a expansão dos serviços de saúde mental na província entre as décadas de 1980, que se deu a partir de políticas neoliberais vigentes e suas as lógicas de menor custo e de “busca” eficiência, as significativas transformações nas relações dos trabalhadores com os serviços de saúde afetaram sobremaneira a assistência para as pessoas com transtorno mental. A precarização dos serviços e da assistência neste momento, frente ao quadro ainda grave de maus tratos nos hospitais, impulsiona um movimento comunitário de saúde que identifica essa situação e passa a exigir uma maior participação dos usuários em instâncias decisórias em relação aos serviços e assistência. Destaca-se que não o foi exigido somente que a assistência ao transtorno mental fosse ofertada de outras formas, mas que essas formas fossem elaboradas, discutidas, planejadas e efetivadas *com* a participação da população destinatária da assistência. Parece-nos ser este um dos diferenciais significativos para o avanço da cidadania nos processos de gestão e planejamento da saúde mental do Québec.

Constitui-se a partir daí, em 1983, o *Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec* (RRASMQ) como organização provincial sem fins lucrativos, reagrupamento que reúne, atualmente, mais de cem organismos em todo Québec. Cada organismo é considerado um grupo comunitário que se identifica e adere a uma filosofia alternativa em saúde mental¹⁹. Os organismos comunitários são criados para a promoção e a defesa de direitos das pessoas com transtorno mental oferecendo assistência para tal finalidade. Destinados ao segmento de adultos com transtornos mentais, passam a oferecer acolhimento, acompanhamento individual para determinadas situações como, por exemplo, questões ligadas a moradia, alimentação, lazer, inserção no mercado de trabalho, além de atividades grupais de cunho terapêutico, artístico e cultural. Ademais, são voltados para o reconhecimento do estatuto de cidadão e cidadã através de atividades de empoderamento político e social, pelo incremento das organizações não governamentais de defesa de direitos, movimentos organizados de enfrentamento ao

¹⁹ O modelo da saúde mental no Québec é composto de serviços governamentais de saúde gerenciados pelo Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais (MSSS) e, paralelamente, pelos organismos comunitários de saúde mental alternativos, tendo sua origem nos movimentos comunitários da sociedade civil. Somente na década de 2000 o Estado reconheceu o papel dos organismos comunitários autônomos dentro das políticas sociais. A Província do Québec é composta por 17 regiões administrativas e os organismos comunitários em saúde mental estão distribuídos em 16 destas regiões, totalizando cento e nove organismos.

estigma e ao preconceito, valorização da experiência pessoal e singular vivida pelas pessoas com transtorno mental.

Em 1989, a Política de Saúde Mental do Québec é aprovada com o intuito de assegurar a primazia da pessoa, o aumento da qualidade dos cuidados e serviços, favorecer a equidade, a procurar soluções no meio de vida das pessoas e consolidar parcerias. A rede de serviços disponibilizados para a população com transtorno mental inclui o hospital psiquiátrico, uma vez que a reforma não incluiu o fechamento dessas instituições. No plano organizacional, foi proposto que a distribuição de recursos financeiros aos serviços considerados “internos” e “externos” fosse de 60% e 40%, respectivamente (Rodriguez, et al. 2008).

Outro destaque da experiência quebequense se refere à valorização da experiência pessoal e singular dos usuários. O enfoque desta estratégia de empoderamento é o de que a própria pessoa que vive com o transtorno mental fale por ela mesma sobre sua experiência, de modo que essa possa ser singularizada, reconhecida e compreendida, tendo reduzido a estigmatização e a discriminação. De acordo com Rodriguez (2008 et al., p.90-91 tradução nossa),

“Esta perspectiva constitui atualmente o paradigma dominante das representações e das práticas em saúde mental. [...] Trata-se (...) de acordar sobre a importância, a legitimidade e a visibilidade dessa experiência; trata-se de aceitar e de ficar à escuta das palavras empregadas pelas pessoas para se exprimir e comunicar além do vocabulário desenvolvido pelos experts. Trata-se de avaliar a qualidade das práticas e dos serviços a partir de sua capacidade de se articular as estratégias pessoais e dela fazer face mais do que impor modelos profissionais; trata-se finalmente de compreender o sofrimento tal como ele é expressado pela pessoa concernente (...) respeitar a diferença mais do que a normalizar”.

Um exemplo emblemático de práticas de empoderamento nesta linha de compreensão é desenvolvida na Gestão Autônoma da Medicação da Alma (*Gestion autonome de la médication le l'âme* – GAM). Iniciada no Québec em 1990 trata-se de uma estratégia para maior clareza das pessoas com transtorno mental em relação a sua própria medicação, por meio do conhecimento dos efeitos das medicações, da autoconsciência corporal e mental e, da possibilidade de negociação do uso feito diretamente com o psiquiatra e/ou equipe cuidadora. De tal modo, a estratégia leva ao conhecimento sobre o direito de aceitar ou recusar determinados tipos de tratamentos. De acordo com o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (traduzido e adaptado para a

realidade brasileira²⁰), dois princípios são fundantes para a GAM: o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar os tratamentos; (...) a participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos”²¹.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira

O processo de transformação social promovido pela reforma psiquiátrica prevê a mudança de paradigma com relação à loucura ao propor o deslocamento da visão estrita sobre a ‘doença mental’ para um olhar sobre a pessoa, o sujeito, o cidadão. A Reforma Psiquiátrica surge, portanto, no sentido de transformar o paradigma psiquiátrico clássico, já que o mesmo colocou o transtorno mental como um tipo de anormalidade psíquica e social e objeto quase exclusivo de estudo e intervenção da área médica.

O processo denominado desinstitucionalização representou no país o rompimento de um paradigma por séculos sedimentado social e culturalmente. Ao mergulharmos nestes fenômenos percebemos significativa inflexão das práticas e das tensões sociais que eles revelam, trazendo uma nova possibilidade, centrada em um lugar social (mesmo que ainda seja brecha) para a expressão do que difere.

O movimento pela desinstitucionalização da loucura no Brasil toma corpo na segunda metade do século XX e foi gradualmente impulsionado pelo envolvimento e a exigência de uma parcela da sociedade pela transformação das instituições psiquiátricas e suas práticas. A experiência italiana de desinstitucionalização psiquiátrica, como já mencionamos, influencia fortemente a reforma psiquiátrica em curso no Brasil. Um de seus precursores, Franco Basaglia, visita o país em 1979 e, numa coletiva de imprensa, afirma ter estado em um campo de concentração nazista ao visitar o hospício Colônia em Barbacena, Minas Gerais o que amplifica a visibilidade da situação à época, além de atribuir maior responsabilidade ao Estado exigindo mudanças (Brum, 2015 *apud* Arbex, 2015).

No entanto, nos chama atenção a resistência da sociedade brasileira para a manutenção da dinâmica de invisibilização que sustentou o confinamento e a tragédia

²⁰ GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 17 de julho de 2016

²¹ Durante mais de 23 anos, pesquisadores, usuários e familiares se envolveram em estudos e pesquisas sobre o uso das medicações, seus efeitos e maneiras de conviver, de ganhar maior consciência e dominar aquilo que diz respeito a quem ingere as medicações. Estas orientações constituíram-se em resistência às imposições científicas médicas, avançando no caminho para a autonomia e reconhecimento humano do cidadão no controle das medicações e de suas próprias vida.

humana nos asilos. É revelador, neste sentido que, mesmo diante dos acontecimentos e da influência internacional acerca da humanização da psiquiatria do final da década de 1970, os efeitos das denúncias jornalísticas e reportagens acerca do que acontecia no interior dessas instituições tenha sido, em certos casos, o oposto do esperado

“Ao invés de se conscientizar daquela realidade próxima e desumana, e exigir das autoridades uma solução imediata, a população brasileira se viu chocada. Por incrível que pareça, vários setores importantes da sociedade manifestaram-se contrários à continuidade das reportagens [que denunciavam a situação das pessoas no interior das instituições psiquiátricas]” (Firmino, 1982, p.76)

Além disso, muitas pessoas que tentavam denunciar as violações ocorridas no interior dos hospícios – violações que aliais eram *modus operandi* do regime político da época – eram punidas sendo demitidas de seus cargos institucionais. Ronaldo Simões, psiquiatra que denunciou e reivindicou o fechamento do hospício de Barbacena no final da década de 1970, declara,

“O que acontece no Colônia é desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja sua forma” (Brum, 2015 *apud* Arbex, 2015)

Assim, com grande dificuldade e caminhando em um ritmo aquém do que espera a dignidade e o direito à liberdade humana, a consistência dos relatos da situação nos hospícios e manicômios associado ao momento político de “abertura democrática” e de transformação social sustentaram o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro.

A sucessão de denúncias alcançou instâncias políticas, a exemplo do caso do comércio de cadáveres entre o Hospício de Barbacena e as faculdades de medicina de todo país (entre os anos 1969 e 1980), para a qual deputados se posicionaram em defesa da população asilada. A própria psiquiatria tem um importante papel relacionado a transformação teórico-prática nos asilos devido a transformação de seu próprio objeto de intervenção que deixa de ser a *doença mental* para configurar a *promoção de saúde mental*. Nesta circunstância, ficava claro que o propósito do asilo havia sido deturpado em sua primordial missão como instituição de cura (Amarante, 1995).

Tal como em outras experiências internacionais, as formas encontradas para lidar com a loucura e o “desajuste social” materializado no hospício, advém de um conjunto de valores ligados a visão de determinada classe social. A história mostra como a participação popular organizada e legítima de pessoas com transtorno mental, seus

familiares e dos trabalhadores ligados à área, durante o processo inicial da reforma, é capaz de contrapor um determinado conjunto de valores sociais hegemônicos.

Destacamos, neste contexto, a estratégia de articulação política, a partir de 1978, do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) perfazendo todo o processo de transformação social em relação à loucura. A crítica ao regime político da época também fortalecia os movimentos de transformação social envolvendo diferentes segmentos que trabalhavam pela transformação da saúde mental no Brasil: Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Movimento de Renovação Médica (REME), Centro Brasileiro de estudos da Saúde (CEBES), Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), entre outros (Amarante, 1998).

Outro marco do início das transformações no país se dá pela crise institucional da Divisão Nacional de Saúde Mental²² (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, também ocorrida em 1978. A crise é deflagrada pela greve de profissionais devido a precariedade das condições de trabalho e ao “clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes” (Amarante, 1998, p.52). Na ocasião foram feitas denúncias com relação as precárias condições do internamento e outras irregularidades ligadas à situação degradante na qual as pessoas eram mantidas, mas, diferentemente de outros momentos em que as denúncias caíam no esquecimento, houve significativas repercussões que mobilizaram outros profissionais e organizações sociais.

Vale ressaltar que, como desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, também ocorre em 1987 a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), na cidade do Rio de Janeiro. Os temas abordados refletem o momento político do país em sua efervescência construtiva de importantes marcos democráticos²³. A Conferência revela o caráter revolucionário das reformas sanitárias e psiquiátricas, uma

²² DINSAM – órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. O departamento geria as unidades: Centro Psiquiátrico Dom Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira, e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho

²³ Destacam-se aqui três temáticas abordadas na Conferência: i) Economia, sociedade e estado: discussão que buscava a ampliação do conceito de saúde considerando os determinantes sociais dos processos de adoecimento, situando a saúde mental no bojo da luta de classes e relacionando a identidade do trabalhador da saúde mental a um posicionamento ético-político às causas dos trabalhadores; ii) Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental: baseado nas teses do Movimento Sanitário, incluía a saúde mental no contexto de seus princípios e diretrizes na construção de um Sistema Único de Saúde com ativa participação popular. Além disso, com relação a assistência direta à população, direcionava o debate sobre a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e propunha criação de serviços extra-hospitalares; iii) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação. Abordava questões relativas ao direito constitucional à saúde e apresentava propostas de revisão da legislação no que tange ao Código Civil, Código Penal, legislação sanitária e legislação trabalhista.

vez que se tratava da transformação social da relação Estado e sociedade, amparada na criação e reconhecimento dos direitos sociais e do exercício da participação social. São horizontes centrais deste evento de debate e mobilização, alçar a pessoa com transtorno mental como sujeito (esvaziando a relação sujeito-objeto marcadamente presente no modelo de atenção médica, positiva), produzir a horizontalização das relações profissionais como pressuposto básico das relações com os usuários e intraprofissionais, e garantir a integralidade das ações no território.

Um terceiro marco do processo de reforma é o surgimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, no decorrer do Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental de 1987, em Bauru. Tratava-se de um movimento social heterogêneo, mas com um importante consenso entre seus integrantes de que não era mais aceitável que o infortúnio do acometimento de um transtorno mental levasse qualquer indivíduo ao encarceramento num manicômio por décadas de sua vida, muitas vezes sem cuidados integrais a sua saúde e com desrespeito a seus direitos humanos e civis.

A proposta de reforma psiquiátrica no Brasil consolida-se, finalmente, com a proclamação da Constituição Cidadã de 1988. No campo legislativo e normativo, cria-se no ano seguinte o projeto de Lei 3657/1989, do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), a chamada Lei Antimanicomial, dispondo “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Delgado, 1989, *on-line*²⁴). Na sequência, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), via Lei 8.080 de 1990, torna possível a viabilização dos principais pressupostos e diretrizes do movimento antimanicomial. Além disso, destaca-se a Declaração de Caracas marcando a atenção à saúde mental nas Américas e influenciando o decurso das transformações:

“1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio

²⁴ DELGADO, P. Projeto de Lei 3657 - Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 30 de junho de 2016.

comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais”.

Desta feita, o objetivo maior do modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica é promover transformações culturais, éticas e sociais em relação as formas de convivência e cuidado de saúde mental eliminando, gradualmente, a internação como forma de exclusão social substituindo-a por formas de atendimento que privilegiem a livre circulação dos usuários pelos serviços, pela comunidade, pela cidade, assim como, a participação efetiva dos mesmos em legitimados processos de exercício de cidadania (Pitta, 1996).

A reestruturação assistencial para substituição dos hospitais psiquiátricos

A dimensão social trazida pela desinstitucionalização preconiza a construção de diferentes suportes sociais, assistências e espaciais em substituição ao aparato oferecido pelo hospital psiquiátrico para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico em liberdade. Inaugura-se com isso um campo de atuação técnico e social do cuidado em sociedade. O social circunscreve-se em uma ampla proposta de transformação estrutural da sociedade por meio do redirecionamento ético, político e jurídico com relação às expressões humanas, tal como é a loucura, tendo como horizonte a emancipação e a liberdade humana.

Neste sentido, a desinstitucionalização não é meramente a desospitalização de pessoas com transtorno mental. Ela envolve experiências de criação de novos serviços de saúde e de uma rede de atenção comunitária destinado às pessoas com transtorno mental e seus familiares, em substituição ao hospital psiquiátrico.

Esta transformação de práticas e da rede de cuidados se inicia, a partir dos anos de 1980, com o fechamento de alguns hospícios, animadas pelo embate epistemológico,

político e técnico em prol de “uma sociedade sem manicômios”. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país é inaugurado na cidade de São Paulo em 1987 e, em 1989, ocorre em Santos a primeira intervenção antimanicomial no hospital psiquiátrico (a Casa de Saúde Anchieta), que é seguida depois pela construção, neste município, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – residências para egressos do manicômio – e pela constituição de uma associação de usuários de familiares usuários dos serviços de saúde mental. Atingindo repercussão nacional, estes eventos tornam-se mais um dos marcos no processo de reforma psiquiátrica brasileira ao provar “de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico” (Brasil, 2005, p.2).

As experiências inovadoras e a referida intervenção realizada em Santos impulsionaram, no início dos anos 1990, processos de implementação do modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico e iniciativas, em alguns estados, de elaborar e aprovar leis condizentes com a proposta de reestruturação assistencial em saúde mental (Amarante, 2013). Decorre ainda, outras experiências no campo como a ocorrida na cidade de São Paulo com a criação da assistência jurídica e política aos egressos de hospitais psiquiátricos, além da realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, em Brasília, que embora, não tenha acompanhado as decisões da primeira conferência, ocorreu com a participação de mais de vinte mil pessoas (Ibid., 2013).

No entanto, a despeito desses avanços, nos anos seguintes depara-se com a baixa qualidade dos serviços prestados e com a lentidão do processo de mudança das práticas manicomiais. A implantação dos novos serviços entra em descontinuidade devido ao não estabelecimento de linhas de financiamento específicos para tais serviços, o que ocorrerá somente em 2003.

Face a estas e outras questões é que, passada uma década, outro avanço substancial é obtido com a Lei 10.216, de 2001, que cria a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Nesta lei são reconhecidos claramente os direitos da pessoa com transtorno mental e determina-se o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental em âmbito nacional. Da mesma forma, ainda em 2001, destaca-se a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, reconhecida como um marco de consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo no país (Brasil, 2005).

Logo depois, em 2002, consubstanciados pela Portaria Ministerial nº 336, institui-se o CAPS – ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) – como serviço,

“(...) de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) (...) um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. 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).

A normativa estabelece distintas modalidades de CAPS: os CAPS I, CAPS II, CAPS III para atendimento de adultos; os CAPS II e III Álcool e Drogas (CAPS AD); e os CAPS II e III Infante Juvenil (CAPS i), distribuídos em todo território nacional segundo o número de habitantes de determinada região/município. Cabe a cada modalidade cumprir a mesma função no atendimento público em saúde mental, em regime de tratamento que poderá ser mais ou menos frequente (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) e que também poderá se organizar em processos de trabalho distintos, desde de que guardada alguma similaridade entre si.

Destinados ao cuidado e acolhimento de pessoas com transtorno mental severo e persistente, tais serviços substitutivos atendem a um modelo de atenção à saúde mental comunitário, tendo em vista a construção de projetos de inserção social. Respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania, os projetos devem minimizar o estigma social e promover uma melhor qualidade de vida, com base na oferta de recursos territoriais (Brasil, 2012). Para tanto os CAPS precisam estar localizados de forma regionalizada, descentralizada e permeável às condições e necessidades do local e de seus usuários. Vale lembrar que o conceito de território é estrutural nas formas de organização preconizada pelo SUS para disposição dos serviços públicos de saúde, caracterizando-se não meramente de forma administrativa, mas como um espaço de/para relações sociais, vivência dos processos saúde/doença e de interação entre profissionais das unidades e usuários.

Quadro 1: As modalidades dos CAPS²⁵ e seus contextos de implementação.

Modalidade	Atendimento prioritário	População
CAPS I	Destina-se ao atendimento de pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Municípios acima de 15.000 habitantes
CAPS II	Destina-se ao atendimento prioritário de pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Municípios acima de 70.000 habitantes
CAPS III	Destina-se ao atendimento de pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. 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.	Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 habitantes
CAPS ad	Destina-se ao atendimento de pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 habitantes
CAPS ad III	Destina-se ao atendimento de pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.	Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 habitantes
CAPS i	Destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes

²⁵ Fonte: Diário Oficial da União, nº26, sessão 1, de 21 de maio de 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/05/2013&jornal=1&pagina=38&totalArquivos=176>. Acesso em: 10 de abril de 2017.

Foi a partir dos anos 2000 que, portanto, o processo de reforma da assistência psiquiátrica ganhou ritmo na implementação dos serviços substitutivos e na composição da Rede de Atenção Psicossocial (enfocada a seguir). Ao longo dos últimos 15 anos os CAPS têm apresentado gradual e contínua expansão pois de acordo com a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 2001 haviam sido implantados apenas 295 CAPS e, por outro lado, até dezembro de 2014, esse número havia atingido o total de 2.568 equipamentos (Brasil, 2015).

Assim como estes dispositivos, a Política de Saúde Mental prevê outros instrumentos para a mudança pretendida. Concomitantemente a implementação e implantação dos CAPS espera-se a redução progressiva dos leitos psiquiátricos; a qualificação, expansão e o fortalecimento do cuidado em saúde mental na rede extra-hospitalar; a implementação de uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; a implantação do Programa “De Volta para Casa²⁶”; a inclusão de ações relativas à saúde mental no sistema de atenção básica; a promoção da formação permanente de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; a promoção dos direitos de usuários e familiares, com incentivo à participação nas ações de cuidado; a inserção de medidas para garantir tratamento digno e de qualidade no âmbito Judiciário e; a avaliação continua todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria.

Foram criados ainda, pelo Ministério da Saúde, meios de financiamento específicos para a área e novos mecanismos de fiscalização e de gestão das ações. Neste sentido, um estudo recente acerca dos investimentos em saúde mental, apontava um crescimento real, entre 2009 e 2014, do financiamento na área destinado a abertura de serviços comunitários, concomitantemente à redução do financiamento para leitos hospitalares (Trapé & Onocko-Campos, 2017).

Deve-se ressaltar, no entanto, que o ponto de vista dos investimentos, em 2001 menos de 1% dos recursos de saúde haviam sido investidos em ações de saúde mental (OMS, 2001 *apud* Santos & Siqueira, 2010). E, atualmente, em decorrência do impacto e da prevalência dos transtornos mentais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o investimento no setor seja de pelo menos 5% do orçamento da saúde. No Brasil, em 2014, dispúnhamos de somente de 2,3% do orçamento total em saúde, o que não chegava a metade do preconizado (Trapé & Onocko-Campos, 2017). Além disso,

²⁶ Programa de Volta Para Casa, consiste em um programa de subvenção financeira destinado às pessoas egressas de longas internações psiquiátricas para que possam custear, inicialmente, a reintegração social.

deve-se ter em conta que, mesmo o crescimento relativo do orçamento para o setor nos últimos anos é limitado pois,

“Esse dado mostra que o crescimento real não reflete o percentual, que está estagnado e precisa ser revisto para consolidação do modelo. A saúde mental é subfinanciada dentro de um sistema subfinanciado (Ibid., p.5)

Outra dimensão crucial do desenvolvimento da reforma psiquiátrica é o papel das redes de cuidado na área e assim, uma nova orientação para a organização dos serviços também surge através da Portaria Ministerial nº3.088/2011 que cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A rede de serviços de saúde mental passa a ser composta então pelos serviços da Atenção Básica (como os Centros de Saúde, Programa Estratégia Saúde da Família, etc.), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ambulatórios de saúde mental e geral, Centros de Convivência e Cultura (CECO), clubes de lazer, entre outros, que articulados entre si devem promover o cuidado e acolhimento das pessoas com transtorno mental.

Definindo-a como estratégica para o aprimoramento do modelo de tratamento territorial aos usuários, a RAPS está organizada para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, estabelecendo sete *pontos de atenção* (Brasil, 2011). Tais pontos são os seguintes:

Quadro 2: Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde:
 - 1. Equipes de Atenção Básica;
 - 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas:
 - 2.1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

- b) Centros de Convivência e Cultura;

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Acolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Leitos de psiquiatria em hospital geral
- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial:

- a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Segundo a normativa, tais pontos de atenção devem atuar de forma integrada, articulada e sinérgica em espaços geográficos contínuos (agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação, infraestrutura de transporte compartilhado), com objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

No conjunto de serviços assistenciais que tornam viável a concretização da Reforma Psiquiátrica, merece destaque os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) os quais, segundo o Ministério da Saúde,

“(...) são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um” (Brasil, 2014 *on-line*²⁷)

As SRTs, ou moradias, são vinculados aos CAPS e seus moradores e moradoras acompanhados pelo mesmo. As equipes atuam oferecendo o suporte necessário ao processo de reabilitação psicossocial, priorizando a inserção dos usuários na comunidade, na rede de serviços presentes nos territórios para que ocorra a ampliação de sua autonomia e emancipação. Dado que muitas pessoas asiladas por longos períodos perderam o contato com suas famílias de origem e não teriam para onde voltar após a saída dos hospitais, este é um recurso considerado fundamental para a continuação da desinstitucionalização.

O modelo de assistência à saúde mental, portanto, mantém o foco na atenção comunitária, na participação social e na atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas, proporcionando a melhoria do acesso da população que busca atendimento em saúde mental na medida em que cria várias portas de entrada de demandas (Trapé & Onocko-Campos, 2017).

Do ponto de vista da qualidade da participação da população em relação à saúde mental, ressalta-se ainda, ao longo dos anos, o esforço na realização de conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde mental, reconhecidas como imprescindíveis à consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo (Brasil, 2005). Estes eventos de caráter político contam com a presença ativa de milhares de usuários, familiares, representantes de movimentos sociais e profissionais de saúde criando “substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil” (Ibid., p. 5).

A reestruturação assistencial e o trabalho nos CAPS

Além da rede que de serviços constituída, ressaltamos que as equipes multiprofissionais que compõe os CAPS também constroem processos de trabalho, práticas e estratégias guiadas pelas necessidades heterogêneas do segmento populacional atendido, sejam elas demandas psíquicas ou sociais, o que por sua vez, amplia enormemente a necessidade das interações entre as áreas do saber, incluindo nesta, o conhecimento dos usuários dos serviços. Os CAPS oferecem atendimentos médico,

²⁷ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12611-srt>. Acesso em: 11 de julho de 2016.

psicológico e social e para isso contam com equipes multiprofissionais compostas por assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, técnicos e, além da equipe de apoio (guardas, copeiras, auxiliares de limpeza).

Ademais, de acordo com as normativas do Ministério, as equipes podem variar conforme a modalidade do serviço e, para além das profissões mais tradicionais ligadas à área, podem contar com pedagogos ou outro profissional de nível superior que se faça necessário, como educadores físicos, músicos, artesãos e outros. Há a indicação de que as equipes multiprofissionais dos CAPS sejam ampliadas no que tange a variedade das profissões, de acordo com “as especificidades e necessidades regionais e/ou populacionais, considerando, como critério, os fatores epidemiológicos e sociais em saúde mental, e não apenas o índice populacional (...); e definindo critérios para a atuação no território” (Sistema Único de Saúde, 2010, p. 24).

Aponta-se para a constituição diferentes práticas profissionais alinhadas e comprometidas com rupturas de *ordem ética, política e epistemológica* em relação a ideologia da psiquiatria tradicional até então baseada em referenciais e conceitos de um paradigma institucionalizador, tutelar, isolador, estigmatizador e sob os princípios do tratamento moral (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

A noção de território e os outros princípios localizam as ações das equipes multiprofissionais da saúde mental e da atenção básica, ancoradas no SUS e na Reforma Psiquiátrica: a organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial; a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; a desinstitucionalização; a clínica; a promoção da cidadania dos usuários e participação social e a construção da autonomia possível de usuários e familiares.

As interações entre áreas do saber, bem como, as ações resultantes desse processo, afetam e são impactadas por elementos sociais, psíquicos, individuais, políticos, econômicos e culturais. Isso quer dizer que as ações em qualquer área de atuação compreendem efeitos sociais uma vez que podem ora transformar ou reproduzir, complexificar ou desvelar o status quo. Portanto, pressupõe-se que todos os profissionais dos serviços de saúde mental ao agirem sobre as “situações de saúde mental” afetam, de forma direta ou indireta, a dimensão social da vida dos usuários.

O trabalho desenvolvido no CAPS é orientado pela perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, na elaboração e acompanhamento de Projetos Terapêuticos Individuais ou Singulares, no estabelecimento de vínculos e acolhimento, na responsabilização em

relação a produção de saúde e clínica ampliada²⁸, bem como, no trabalho de referência – todos eles baseados em uma proposta de construção coletiva, demonstrando novas atitudes da sociedade em relação às pessoas acometidas por transtornos mentais (Capistrano Filho, 1991).

Deste modo, os CAPS constituem um lugar de confluência de múltiplos saberes e áreas de conhecimento tornando-o, como afirma Onocko-Campos & Furtado (2006, p. 1056) “espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico de maneira diferente da tradicional”.

Em síntese, a reforma psiquiátrica em curso é um processo contínuo, revelador das contradições sociais e políticas de nosso tempo e representa, do ponto de vista das práticas sociais, uma tensão social devido ao seu caráter transformador. Ao trazer luz ao sujeito em sofrimento psíquico em seu contexto social coloca um importantíssimo avanço em relação aos direitos humanos e sociais, marcadamente preterido às pessoas com transtorno mental. O processo de desinstitucionalização e a transformação nas práticas manicomialis pretendiam (e ainda pretendem) mudar, paulatinamente, a visão da sociedade sobre a loucura, enfocando o cidadão em seus direitos sociais e humanos. A ampliação do olhar sobre as diferentes expressões humanas se faz necessária neste campo para que se possa envolver o sujeito na transformação social proposta pela reforma, potencializando sua autonomia e desconstruindo o poder dos saberes especializados.

Pudemos acompanhar alguns aspectos da mudança paradigmática em relação à loucura, particularmente através de duas abordagens sociais – a institucionalização e a desinstitucionalização da loucura – que estruturam a assistência em saúde mental. Nos interessou destacar os processos dessa transformação em suas complexas estruturas e práticas de modo que fosse possível verificarmos como a Reforma Psiquiátrica em curso configura o cenário para o trabalho social no campo da saúde mental.

Seus preceitos ancoram-se na promoção da cidadania, da liberdade, da autonomia, dos direitos sociais e da participação social projetando o cuidado em saúde mental para fora dos limites institucionais, ou seja, para o social. Mas do que se trata o “social”? O

²⁸ O que é Clínica Ampliada – A Clínica Ampliada é uma estratégia organizacional de gestão democrática na área da saúde destinada a operacionalizar a reconstrução ampliada do objeto de trabalho da clínica do modelo biomédico, ampliando a responsabilidade dos profissionais médicos e não médicos que cuidam de pessoas. É também conhecida como a clínica do sujeito. Considera do mesmo modo o aumento da autonomia dos usuários dos serviços de saúde, creditando aos aspectos sociais, subjetivas e biológicas o mesmo grau de importância, devendo os profissionais analisar os problemas de saúde contextualizando-os ao meio de vida dos sujeitos. A Clínica Ampliada reorganiza o poder e dos saberes criando dispositivos para tal, tais como, as equipes de referência, o apoio matricial e o responsável pelo caso (Campos & Amaral, 2007).

que são as práticas sociais e para quem são dirigidas na atualidade? Quais os dispositivos institucionais e profissionais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica? Abordaremos estes questionamentos no próximo capítulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (1995) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap. 2, p. 51-85, 1998.

_____. GULJOR, A.P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re)construção da Demanda no Corpo Social. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (org.). *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*, Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 65-76, 2005.

_____. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica* (1994). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 73-84, 2010.

BARROS, S.; BICHAFF, R. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo* / Sônia Barros, Regina Bichaff (orgs.); autoras Ana Luisa Aranha e Silva ... [et al.]. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008. 170 p.

BARROS, D.D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994.

_____. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. AMARANTE, P. (org.), Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994, 171-195.

BIRMAN, J., COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária, 41-71 in *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. AMARANTE, P. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

BOUDREAU, F. *De l'asile a la sante mentale*. Les soins psychiatriques : Histoire et Institutions. Éditions Saint-Martin, Montréal, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental. *Legislação em saúde mental: 1990-2004* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5.ed.ampl. – Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério de Saúde. *Portaria nº3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 de julho de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios.* - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015.* Brasília, 2015.

BARROS, D.D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P.D.C. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (1994). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 4ª reimpressão, 2010, p. 171-195.

BRUM, E. Prefácio in: ARBEX, D. *Holocausto brasileiro genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil* (2013). São Paulo, Geração editorial, 13ª edição, 2015.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. *Unidades destinadas ao atendimento especializado.* Acesso em: 24 de julho de 2015. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/>

_____, AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc. Saúde coletiva*, vol. 12, nº4, Rio de Janeiro, jul/ago, 2007.

CAPISTRANO FILHO, D. *Santos: mil dias de governo popular.* São Paulo. Editora Brasil Urgente, 1991.

DELGADO, P.G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil.* Rio de Janeiro, Te-Corá, 1992.

DORVIL, H. *Histoire de la folie dans la communauté - 1962-1987*, Montréal, Éditions Emile-Nelligan, 1988.

_____, H. *Les inégalités sociales em santé.* Les cas spécifique de la santé mentale. In: *Problèmes sociaux. Tome 3: Theories et méthodologies de la recherche*, cap.6, p169-

202. Québec: PUQ, 2007. 526 p. Disponível em: http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/inegalites_soc_en_sante/inegalites_soc_en_sante.html. Acesso em: 04 de abril de 2014.

_____, H., GUTTMAN, H. RICARD, N., VILLENEUVE. *Défis de la réconfiguration des services de santé mentale pour une réforme efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 264p., 1997
Disponível em: http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155a1.pdf. Acesso em: 24 de junho de 2016.

FIRMINO, H. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Editora CODECRI, 1982.

FLEURY, M.J.; GRENIER, G. Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale. *Santé mentale en première ligne* Volume 34, numéro 1, printemps 2009. Disponível em: <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2009-v34-n1-smq2905/029761ar.pdf> Acesso em: 25 de julho de 2016.

FONTE, E.M.M. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE*, v1, n18, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/issue/view/6>. Acesso em: 30 de junho de 2017.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*: na Idade Clássica (1972), [tradução José Teixeira Coelho Neto]. – São Paulo: Perspectiva, 9ed. Estudos 61, 2010.

_____, M. *O nascimento da Clínica*. 1980. Trad. Roberto Machado. – 7ªed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011

GOFFMAN, E. *Estigma* notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1963.

GONÇALVES, L.M.R. *Saúde Mental e Trabalho Social*. São Paulo: Cortez Editora, 1983.

LUZ, M.T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, P.D.C. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, 4ª reimpressão, p.85-95, 2010.

MOREIRA, F., GUIMARÃES, F.S. Mecanismos de ação dos antipsicóticos: hipóteses dopaminérgicas. *Medicina*, Ribeirão Preto, 40 (1): 63-71, jan./mar. 2007.

MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dezembro 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. *Saúde Mental*: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.S.W. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos et al (org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, p. 669-88

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, maio, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; FERRER, A.L., MIRANDA, L.; GAMA, C.A.P. Avaliação da rede de serviços de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*. 43(Supl. 1):16-22, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PASSOS, I. C. F. *Loucura e Sociedade*: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte, Argymentvm Editora, 2009.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol.11(2):241-58, mai-ago, 2004.

PITTA, A.M.F. *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?* In Reabilitação Psicossocial no Brasil, SaúdeLoucura (Textos) 10, Editora Hucitec, São Paulo, p.19-26, 1996.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Ed. Vozes, 2007.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):1011-1022, 2006.

RODRIGUEZ, L.; BOURGEOIS, L; LANDRY, Y.; GUAY, L.; PINARD, J.L. *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : changer de perspective*. Presses de l'Université du Québec. 2008.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica* (1994). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 149-169, 2010

SANTOS, D.V.D. A Gestão Autônoma da Medicação: da prescrição à escuta. Tese Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas (FCM) Unicamp, Campinas, 2014.

SANTOS, E.G; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59(3):238-246.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

TELLES, V.S. *Pobreza e Cidadania*. São Paulo: USP Curso de Pós-Graduação em Sociologia: Editora 34, 2001.

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

TRAPÉ, T.L., ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de Atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*, 51-19, 2017.

CAPÍTULO II

A dimensão e a prática social

Construída paulatinamente ao longo da história, a dimensão social no campo da saúde mental culmina na materialização da Política Nacional de Saúde Mental através de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Seus preceitos ancoram-se na promoção da cidadania, da liberdade, da autonomia, dos direitos sociais e da participação social projetando o cuidado em saúde mental para fora dos limites institucionais, ou seja, para o social. Mas do que se trata o “social”? O que são as práticas sociais e para quem são dirigidas na atualidade? Quais os dispositivos institucionais e profissionais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica? Nosso objetivo neste capítulo é explorar a dimensão social na reforma psiquiátrica e o conceito de prática social, priorizando as formas como estes conceitos podem ser compreendidos no campo da Saúde Mental.

A dimensão social na Reforma Psiquiátrica

“Na medida em que o ser humano não é essencialmente visto na síntese de suas muitas determinações (econômicas, políticas, sociais), o conhecimento que lhe é imposto é um conhecimento fragmentado, um conhecimento produzido à sua revelia, alheio à sua verdade” (Gonçalves, 1983, p.64-65)

Como vimos, as mudanças ocorridas no campo da saúde mental ao longo do tempo proporcionaram novas formas de compreensão sobre a loucura e, por conseguinte, das abordagens a ela dirigida. Podemos acompanhar por meio do processo desinstitucionalização o surgimento de distintas práticas sociais, jurídicas e políticas, amparadas na ética para a liberdade, no respeito à diferença e na cidadania. Tratam-se de mudanças paradigmáticas em relação à loucura, isto é, fases de transição hegemônica de uma certa ordem social e científica a partir do aprofundamento do conhecimento que permite verificar “a fragilidade dos pilares em que se funda” (Santos, 2008, p.41).

A transformação da hegemonia dominante resulta da interação de uma pluralidade de condições identificadas como os limites estruturais do paradigma científico moderno.

Na saúde mental observa-se a saturação do modelo hospitalar como resposta ao sofrimento humano quando colocado em questão a pluralidade de elementos teóricos, sociais, humanitários, culturais e jurídicos decorrentes desse modelo.

Porém, a transição em curso carrega em si sua própria contradição, isto é, aquilo que se apresenta como novo contém, muitas vezes, as velhas estruturas do passado. Dito de outra forma, embora, tenhamos transitado do ponto de vista histórico, ideológico e prático em diferentes perspectivas em relação à loucura, a “sombra” de um passado manicomial nos acompanha. O estudo das práticas insere-se neste domínio, de modo que, ao dedicarmo-nos a elas analiticamente, é possível nos deparar com as expressões de um tempo ancestral. De certo modo, temos a impressão, ao olhar para o passado, que nos encontramos, em alguma medida, mais a frente daquilo que éramos. Contudo,

“(...) ao debruçar-se sobre si próprio descobre que os seus pés são um cruzamento de sombras, sombras que vêm do passado que ora pensamos já não sermos, ora pensamos não termos ainda deixado de ser, sombras que vêm do futuro que ora pensamos já sermos, ora pensamos nunca virmos a ser” (Ibid., 1988, p.46)

Ainda longe de ser hegemônico, o movimento ao colocar em questão a estrutura dos conhecimentos e práticas institucionalizadoras, tendo comprovadas sua ineficácia e desumanização, cria novas respostas e perspectivas sociais de convivência com o transtorno mental, orientadas em um paradigma desinstitucionalizador. Por seu turno, as práticas sociais refletirão os sinais da transição em curso.

Evocar a dimensão social na saúde mental é reconhecer que a população lotada nas instituições psiquiátricas historicamente foram – e são – as pessoas com menor poder contratual, advindas dos estratos empobrecidos da sociedade. Sua integração social dependerá de certa conjuntura social favorável a mesma. Na medida em que a Reforma Psiquiátrica no Brasil projeta uma ruptura com os saberes e as práticas psiquiátricas tradicionais –focalizada na doença em detrimento do sujeito em sofrimento, na apartação social, na tutela invisibilizadora e assistencialista– pressupõe-se um movimento constante de ressignificação e transformação da dimensão social em que se insere o transtorno mental e, por consequência, das práticas sociais e de cuidado.

Para isso, faz-se necessário um olhar sobre os significados atribuídos à pobreza, na forma que propõe Paugam (2001, p. 68) entendendo-a como um fenômeno processual, diretamente ligado aos modos como as sociedades lhe atribuem sentido, características e destinação do que um “estado perpétuo e imutável”. Por outro lado, a própria dimensão

do cuidado em saúde mental na perspectiva trazida pela Reforma Psiquiátrica, contempla um ocupar-se

“(...) de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se **transforme sua vida concreta e cotidiana** que alimenta este sofrimento” (Rotelli, et al., 1990, p. 33, grifo nosso)

A transformação da vida concreta, no entanto, não dependerá certamente de uma política ou de um setor específico, mas sim, de um conjunto articulado de ações e intercâmbios setoriais orientados pela ética da inclusão e do Direito Social. E, ainda, dependerá do reconhecimento de um status de cidadania para o sujeito com transtorno mental que concretize, de fato, o que já é reconhecido jurídica e politicamente.

As questões sociais advindas das condições de vida das pessoas com transtorno mental se apresentam mais fortemente entrelaçadas às dinâmicas próprias de uma sociedade seletiva e excludente de modo que compreendê-las significa transcender o espaço restrito institucional para galgar novas esferas sociais que permitam o avanço da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, o social e suas questões fazem parte das práticas desenvolvidas nos serviços que se propõe a substituir a instituição total sob pena de ao,

“(...) censurar o debate ou realizá-lo superficialmente permite que permaneçamos fechados numa ideologia terapêutica ou numa vocação terapêutica de tratar e de fazer muito bem o que se faz sem nos inquietarmos com o lugar e o contexto onde estamos inseridos” (Barros, 2010, p. 172)

Entretanto, o trabalho realizado em nome do social está sujeito, muitas vezes, ora a indefinição, ora a uma variedade de significados, como se a forma que se apresenta o social pudesse ser compreendida “como algo consensual e validado por todos, o que independeria das orientações teóricas e posições-ideológicas de quem se apresenta” (Wanderley, 2013, p. 174). A compreensão superficial que possamos ter acerca do social pode ser uma armadilha, pois “se o social universal é a base de sustentação da vida em sociedade, alguém poderá dizer que se o social está em tudo, qualquer aplicação de recursos tem finalidade social”, deixando de considerar a dialética que lhe é inerente em substância e ideologia. Convém, portanto, considerar o porquê, o para quem e para que se destinam as ações sociais (Ibid., 2013).

Uma abordagem simplista poderia aumentar o risco de ações sociais reduzidas ao assistencialismo ou à reprodução e manutenção do status quo. Definir o conceito ajuda a não se equivocar, a identificar os problemas que requerem solução e a “não pedir” ao trabalho social o que de nenhuma maneira ele pode fazer. Ademais, um “conceito errôneo

intensifica as dificuldades da prática e as desorientações do profissional”, este, por sua vez agente da prática social (Karsz, 2007, p. 23).

As demandas sociais postas ao campo da saúde mental emergem de modo significativo, o que torna impossível isolá-las, quer seja por sua intensidade, quer seja pelos efeitos sobre a saúde da população. Evidência disso é expressa em uma das recomendações do relatório final da IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental referente a inserção social pelo trabalho, na qual se colocava que

“(...) as unidades de atenção integral à saúde mental incluam em seus projetos terapêuticos mecanismos de acompanhamento dos usuários em sua inserção no mercado de trabalho, de acordo com o disposto no programa federal de saúde mental e economia solidária” (Sistema Único de Saúde, 2010, p. 113).

Isto é, o conjunto de usuários e usuárias dos serviços de saúde mental identificam a necessidade de ampliação e/ou qualificação das práticas relacionadas a construção de estratégias que garantam a melhoria dos meios de vida, no caso, através da atividade laboral remunerada. Ao mesmo tempo, podemos dizer que há um limite de efeitos sociais para práticas que somente levam em consideração a dimensão psíquica do sofrimento mental e social.

O desafio que se coloca para o social, portanto, é o de articular para que os sujeitos deixem de ser simples objeto da intervenção do conhecimento científico psiquiátrico, para tornar-se ‘agente de transformação’, de sua própria realidade. Este é um dos principais delineadores do cenário que se pretende para a loucura em sociedade. Neste sentido, no âmbito social destaca-se o reconhecimento da **cidadania do sujeito** em sofrimento enquanto agente da transformação de sua vida e o protagonismo social e associativo sem necessidade de porta-vozes. Passa-se a vislumbrar tipos complexos de ações e articulação em vários níveis de saúde, de proteção social e de gestão para criação de novas formas de inserção social e não somente o controle de sintomas, a adequação dos comportamentos e a apartação social.

Vale ressaltar que, embora se tenha avançado para a integração da experiência da loucura na sociedade, há ainda um longo caminho a ser percorrido do ponto de vista social, cultural e político, por tratar-se de uma transformação profunda de conceitos elaborados e validados pela humanidade com relação ao transtorno mental (Luzio, 2011). Do ponto de vista cultural, o lugar social da desrazão é marcado pela exclusão e pela negação como uma dimensão essencial, podendo ser traduzida pelos sentimentos de “estranheza, ameaça, alteridade radical, tudo aquilo que a civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (Pelbart, 1993, p.105).

Diante disso, o que chamamos de dimensão social na saúde mental se refere as condições de vida das pessoas com transtorno mental e as relações sociais estabelecidas com as mesmas pelo conjunto da sociedade (Paugam, 2001). A interação social dinâmica que tanto pode reintegrar à sociedade, pelo processo de desinstitucionalização e pela busca do reconhecimento do status de cidadania, é a mesma que, ao invés disso, proporciona às pessoas com transtorno mental a experiência da exclusão social pela falta de acesso aos recursos sociais, pela pobreza, pelo abandono e a segregação.

Tal como aponta Wanderley (2013, p.211), o *social* pode ser entendido como,

“(...) o conjunto das ações e relações, quer de cooperação quer de ruptura, que se estabelecem entre indivíduos, grupos, associações, instituições, nações, em todos os campos societários. Diz respeito aos vínculos que cimentam o tecido de uma sociedade e que, ao mesmo tempo, gestam os conflitos e contradições que levam as rupturas. Esses vínculos comparecem, em todas as sociedades, para atender essencialmente a três necessidades: os materiais, as de relacionamento interpessoal e as espirituais”.

Queremos chamar atenção aqui para a particularidade da dimensão social configurada a partir da experiência do sofrimento psíquico em sociedade. Embora compreendamos que a exclusão social e as adversidades produzidas pelo avanço do modo de vida capitalista acometam a sociedade como um todo, o estigma e o preconceito atribuídos ao transtorno mental influi, sobremaneira, nas possibilidades de participação social deste segmento. De acordo com o conceito de social acima citado, os vínculos sociais estabelecidos, quer seja no nível individual ou coletivo, pressupõem o poder de contratualidade na gestão das necessidades sociais dos sujeitos. Contudo, no caso das pessoas com transtorno mental, o imaginário a elas vinculado têm se restringido a periculosidade e a incapacidade de escolher/decidir sobre sua vida, limitando e até impossibilitando o exercício da cidadania.

O alto grau de estigma, preconceito e violência relacionados à periculosidade e à “desrazão” daqueles acometidos por transtornos mentais revelam fronteiras quase intransponíveis para esta população, consideradas de tal modo incapacitadas para a vida civil e social. De acordo com Wanderley (2013, p.181) são os excluídos sociais aqueles “que foram atingidos pela precarização do trabalho, pelo desemprego e pelo subemprego, pela pobreza absoluta e relativa”. Destacamos que, em muitos casos, as pessoas com transtorno mental sequer conseguiram inserir-se no mercado de trabalho, sobrevivendo com recursos escassos, na dependência dos grupos familiares ou como beneficiários dos recursos assistenciais (Ballarin, et al., 2011, Costa et al., 2011). Mas há que se considerar que a exclusão não se restringe à dimensão da produção da vida (trabalho, classe social)

e propagam-se também pelo preconceito, medo e ignorância com que são tratados por parcela importante da sociedade. Estas questões subjetivas corroboram significativamente para a exclusão e abandono.

O social, que está posto como amparo político e jurídico para o transtorno mental, ainda está longe de ser alcançado. As questões sociais afetam a saúde das pessoas com transtorno mental, ao mesmo tempo em que atingem a vida em sociedade; a ruptura dos vínculos sociais e a falta de suporte social vulnerabiliza demasiadamente esta população. O processo de empobrecimento estrutural, dado por determinantes econômicos, políticos e culturais, o acirramento do desemprego e da exclusão social atinge, sobretudo, os segmentos sociais postos à margem. A assustadora e profunda desigualdade social estrutural construída política e economicamente tornou-se, a partir da década de 1980, desvelada por força de lutas sociais,

“(...) a pobreza é trazida para o lugar em que a linguagem elabora promessas de futuro e a ação se faz visível na sua capacidade de (...) interromper o ciclo da natureza e dar início a um novo começo” (Telles, 2001, p.14)

A partir daí a questão social ganha um caráter reconhecidamente público, enquanto “dívida social” (Ibid., p.14) e culmina, com o fim do regime militar, na promessa de construção de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. As questões sociais se referem a um complexo e dinâmico conjunto de relações macro e microsociais que se expressam quando,

“(...) esta realidade se torna evidente para parcelas significativas de uma população, mesmo minoritárias, é tornada pública de algum modo, e se buscam medidas para equacioná-la gerando conflitos, convergências e divergências, ela se transforma numa questão social” (Wanderley, 2013, p.181)

Nesta conjuntura, a pobreza como questão social se coloca como um enigma a ser desvendado, pois perdura a despeito dos regimes políticos, planos econômicos e das reestruturações (tímidas) sociais. A temática social ganha notoriedade, apresentando-se por meio de abordagens mais amplas e tradicionais, por vezes mais diretas no sentido de criar saídas para uma crise²⁹ que se instalou e só faz avançar (Ibid., 2013).

Loucura e pobreza, como já vimos, permanecem relacionadas historicamente no ocaso do século XIX, transformada em questão social. Aos pobres e aos loucos, figuras clássicas da destituição, era “reservado o espaço da assistência social, cujo objetivo não é elevar condições de vida, mas minorar a desgraça e ajudar a sobreviver na miséria”

²⁹ Entendemos “crise” conforme Wanderley (2013, p. 182), “como acirramento de contradições, conjunturas de rupturas fortes, desafios a serem enfrentados e momentos para reformas estruturais ou revoluções”.

(Sposati, 1988 *apud* Telles, 2001, p. 26). Desse modo, a “pobreza nunca foi (...) enfrentada no horizonte da **cidadania**. (...) sabemos o quanto pesa na história brasileira a tradição tutelar que transfigurou direitos no registro da proteção de um Estado benevolente” (Telles, 2001, p.19).

O reconhecimento da pobreza enquanto cerne da questão social evidencia uma perspectiva nunca antes lhe atribuída. Para (Telles, 2001, p.21), a

“Incivilidade que se ancora em um imaginário persistente que fixa a pobreza como marca da inferioridade, modo de ser que descredencia indivíduos para o exercício dos direitos, já que percebidos em uma diferença incomensurável, aquém das regras da equivalência que a formalidade da lei supõe e o exercício dos direitos deveria concretizar, do que é prova evidente a violência policial que declara publicamente que nem todos são iguais perante a lei e que os mais elementares direitos civis só valem para os que detêm os atributos de respeitabilidade, percebidos como monopólio das “classes superiores”, reservando as “classes baixas” a imposição autoritária da ordem. O enigma da pobreza está inteiramente implicado no modo como direitos são negados na trama das relações sociais”.

Assim como para a loucura, a imagem da pobreza esteve associada a *desqualificação social* (Paugam, 2001), ao reduzir o sujeito a ‘desprovido de razão’ ou como aquele de moralidade duvidosa, sem autonomia e contratualmente incapaz. Observa-se historicamente na saúde mental uma profunda relação entre o transtorno mental e a pobreza. Para Barros (2010, p.172)

“(...) o caráter privado da miséria, pobreza e marginalidade, que vinham sendo compreendidos como culpa, passaram a constituir um problema público que deveria ser administrado, levando à necessidade de controle do próprio tecido social que o gera. Os desviantes saem de sua anomia e começam a entrar num circuito de dependência no qual devem entrar pobreza e desvio”.

Pobreza e desvio serão caracterizados pelo “status social dos pobres socorridos pela assistência” já que a estrutura socioeconômica e cultural assim lhes impõe. Com ideia de desqualificação social, Paugam (2001, p. 68) reforça esta noção como,

“(...) movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosas da população – e as experiências vividas na relação de assistência, ocorridas durante as diferentes fases desse processo. [...] o conceito de desqualificação social valoriza o caráter multidimensional, dinâmico e evolutivo da pobreza e o status social dos pobres socorridos pela assistência”.

No caso da saúde mental, as condições sociais dos sujeitos se apresentam ainda atreladas às questões psíquicas e chegam aos serviços de saúde mental como demandas sociais frutos de um *processo social complexo* (Rotelli, 2010), abarcando os efeitos multidimensionais do sofrimento psíquico, retroalimentado nos obstáculos (objetivos e subjetivos) culturais, econômicos para a inserção social.

Desta forma, os preceitos estabelecidos pela reforma psiquiátrica amparadas, fundamentalmente na saúde como direito e no exercício da cidadania, podem ampliar significativamente as possibilidades de criação de práticas a fim de modificar a compreensão corrente sobre o sofrimento psíquico como doença, bem como, transformar a concepção do fenômeno da pobreza como um fato da natureza.

As estratégias de abordagem do social na saúde mental

Como já vimos, a perspectiva de transformação social da Reforma Psiquiátrica ao preconizar o reconhecimento dos direitos sociais, em especial, àqueles relacionados ao exercício da cidadania, a autonomia e a emancipação das pessoas com transtornos mentais, cria um conjunto de dispositivos operacionais e assistenciais em saúde mental específicos. Extrapolando os muros institucionais por via da estruturação do trabalho em rede, as equipes desenvolvem práticas sociais *com e nos* serviços ampliando sua atuação social. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e pesquisadores do *Movement for Global Mental Health* (MGMH)³⁰ identificam que, do ponto de vista econômico e da efetividade da atenção em saúde mental, somente os serviços especializados em saúde mental não garantirão a integralidade da assistência. Neste sentido,

“A ideia fundamental (...) é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2005 *on-line*)

O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010, aponta dentre seus princípios e diretrizes gerais, a garantia de realização de “ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça e o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva” por meio do fomento de articulações e reuniões intra e intersetoriais sistemáticas (Sistema Único de Saúde, 2010, p. 21). Igualmente, é reconhecida a necessidade da interlocução entre as equipes profissionais da saúde mental e as da rede intersetorial em nível municipal.

³⁰ Global Mental Health: The Lancet Series. London; 2007. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61243-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61243-4.pdf). Acesso em: 15 de julho de 2016.

O compromisso com uma nova inserção social da loucura na sociedade por meio de uma rede de assistência ativa e articulada é condição fundamental para o avanço da reforma psiquiátrica em curso. Recorrentemente mencionada na legislação sobre saúde mental, a reinserção social pode ser entendida como o “retorno físico e concreto de alguém que foi inicialmente retirado de onde vive e isolado” em uma instituição psiquiátrica (Frazatto & Sawaia, 2016, p. 411). Considerada um dos maiores desafios postos à Reforma Psiquiátrica, a reinserção social é um dos fatores que mais afetam negativamente os planos de cuidado em saúde mental (Sartorius, 2007). A esse propósito, o trabalho intersetorial pode contribuir para atuar de forma positiva em favor da desconstrução do estigma e do preconceito com relação ao transtorno mental, por meio da atuação *na* e *com* a comunidade e seus recursos, além da veiculação de informações e práticas correspondentes às suas singulares necessidades sociais.

A rede de atenção psicossocial deve ser entendida então como sendo formada pelos serviços da RAPS (já descritos anteriormente), mas também, pelos serviços de outras políticas públicas, tais como da área da assistência social (com destaque para os Centros de Referência da Assistência Social - CRAS, os Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS), da justiça (Centro Integrado da Cidadania - CIC), programas voltados à infância e à adolescência, políticas para idosos, jovens, programas habitacionais, dentre outros.

Frazatto e Sawaia (2016, p.16), asseveram que o trabalho com a dimensão social é marcado “por poucas práticas e repetitivas (...) além de serem limitadas aos espaços do CAPS”, fazendo com que os usuários permaneçam restritos aos serviços. Sugerem, neste sentido o envolvimento dos profissionais em ações promotoras da transformação social do contexto social onde se insere a população, para que não se restrinjam a discussão técnica centrada em diagnósticos e nos recursos medicamentosos. Em outras palavras, a reinserção social da pessoa pressupõe uma sociedade que a aceite, o que não ocorre de fato. Tratar o social como um lugar idealizado deixa de criar e/ou ampliar o espaço para aquilo que difere. Isso exige cuidados e não ser simplesmente controlado. Desta feita, a loucura exige tanto o cuidado com relação ao sofrimento psíquico quanto a transformação da sociedade que a produz.

O conceito de “reinserção social” é questionado pelas autoras à medida que seu caráter restrito pode limitar a compreensão que se possa ter da loucura em sociedade. Propõem, assim, o reconhecimento da reinserção social como um movimento dialético entre inclusão-exclusão social. Diferentemente de uma lógica linear, excluído-reinserido,

a dialética entre inclusão-exclusão pode nos trazer maior reflexão e embasamento teórico e político para as práticas por conter em si uma lógica de dinâmica, de história, de conflito social, ou seja, a expressão da materialidade dos desafios sociais do viver com intenso sofrimento psíquico numa sociedade cuja tendência aponta para sua não aceitação.

Considerando as características da população atendida com relação aos obstáculos da histórica relação inclusão/exclusão, destacamos as práticas de articulação das demandas sociais das pessoas com transtorno mental com a Assistência Social enquanto política pública destinada a garantia dos direitos sociais da população em geral. Consubstanciada pela Lei Orgânica da Assistência Social de 1993, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), criada e normatizada em 2004, tem sua operacionalização pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS)³¹.

Deste modo, a política contempla os segmentos populacionais mais vulneráveis com objetivo de garantir, de forma articulada a outras políticas do campo social, a proteção social. No âmbito da referida política, a Proteção Social é entendida a partir do conceito proposto por Di Giovanni (1998, p.10 *apud* Brasil, 2005, p. 31), como

“(...) formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações. (...). Neste conceito, também, tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas de vida social. Ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades”.

A PNAS deve garantir ‘seguranças’ à população, sendo elas, a “segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar” (Brasil, 2005, p. 31). Essas, por sua vez, referem-se a garantia de mínimos sociais (forma monetária, abrigo, provisão de abrigo para situações momentâneas e circunstanciais de vida) e um destaque para a segurança do convívio familiar ou de convívio que contempla um conjunto de situações sociais de caráter relacional.

A referida política também faz alusão à população ‘com deficiência’, incluindo “pessoas com alguma dificuldade, grande dificuldade e incapacidade de ouvir, enxergar e andar, bem como as pessoas com limitações mentais e físicas” (Brasil, 2005, p. 24). Isto é, contempla em alguma medida o segmento populacional acometido pelos transtornos mentais graves atendido pela saúde mental. Queremos com isso articular a dimensão

³¹ A assistência social é “(...) direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (Brasil, 2005, p.31)

social da saúde mental no que diz respeito a rede de proteção social. A assistência social pode ser mais um importante dispositivo de ampliação do cuidado e das práticas sociais destinadas as pessoas com transtorno mental no que tange suas condições de vida, marcadas pela pobreza e vulnerabilidade.

Por fim, além da proteção social, o exercício da cidadania é trazido para o campo social como um dos eixos mais enfatizados na Reforma Psiquiátrica e, também, como um dos mais difíceis de serem desenvolvidos. A cidadania depende de diferentes fatores pessoais, jurídicos, políticos, culturais e sociais, ou seja, de um caráter individual e coletivo. Cabe, a este propósito, fazer uma contextualização com relação aos processos de muitos anos e poucos avanços no caso da cidadania no Brasil.

Para José Murilo de Carvalho (2009) a construção da democracia no país somente ganhou força após o fim da ditadura, em 1985, tendo sua principal referência na Constituição de 1988, na qual a cidadania ganha status e retórica política. O autor considera o fenômeno da cidadania como um processo complexo e determinado historicamente. Analiticamente, a cidadania pode ser desmembrada em direitos civis, políticos e sociais. Os direitos civis são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, a propriedade, à igualdade perante a lei, cuja ideia central é a liberdade individual. Os direitos políticos referem-se à participação do cidadão no governo da sociedade, especialmente o direito ao voto. Já os direitos sociais garantem a participação na riqueza coletiva, permitindo às sociedades reduzir os excessos de desigualdade e garantir o mínimo de bem-estar para todos, pondo à tona a ideia de justiça social (Carvalho, 2009).

O desenvolvimento da cidadania está, portanto, atrelado a formação dos Estados-nação e sua relação com a população e vice-versa. Não há um percurso a ser seguido para a construção da cidadania, de modo que cada local ou país vai criar e inaugurar um percurso próprio, dependendo das dinâmicas sociais e da participação social de seus povos. Em nosso caso, o modo patriarcal, desigual e autoritário com a qual o país adentra a modernidade capitalista, produz uma certa concepção,

“(...) que traduz diferenças e desigualdades no registro de hierarquias (...) que criam a figura do inferior que tem o dever da obediência, que merece o favor e proteção, mas jamais os direitos” (Chauí, 1987 *apud* Telles, 2001, p. 22).

Trazendo esta discussão para o campo da saúde mental, verifica-se a quase ausência das pessoas com transtorno mental dos processos de cidadania, dentro de um contexto em que direitos existem, mas não se concretizam para este grupo. Quer pelo isolamento, pela segregação social, pelo estigma, pela não inserção produtiva ou pelo

preconceito, garantiu-se o status de não-cidadão a este segmento (Carvalho, 2009). Sobre este prisma, a loucura divide o mesmo lugar social da “indiferenciação” do pobre:

“(...) os pobres são aqueles que não têm nome, não têm rosto, não têm identidade, não têm interioridade, não têm vontade e **são desprovidos de razão**. Nessa (des)configuração, é definido também o seu lugar na ordem natural das coisas: são as classes baixas, as classes inferiores, os ignorantes, que só podem esperar a proteção benevolente dos superiores ou então a caridade da filantropia privada” (Telles, 2001, p.42 Grifo nosso)

Refletimos até aqui, de maneira breve, sobre as expressões do social na saúde mental já articuladas com alguns dos principais elementos que, ao nosso ver, poderiam transformar as práticas dirigidas ao cuidado em saúde mental pelas equipes em práticas sociais. Lidamos, portanto, com aspectos relacionados a pobreza em associação à loucura, com o desafio da cidadania e com o papel da assistência social como proteção social possível de ser articulada no nível das práticas cotidianas.

Nosso caminho a partir daqui será explorar o conceito de prática social, combinado com a dimensão social, enfocando de que modo estes conceitos podem ser compreendidos no campo da Saúde Mental.

AS PRÁTICAS SOCIAIS

No campo da Saúde, identificamos um conjunto de práticas sociais a ela relacionadas que carregam em si significados, conceitos e um conjunto de ações fecundos para a transformação social pretendida. Podemos citar a prática social da Integralidade, da Equidade, da Universalidade, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde; Participação Social, Institucionalização e Desinstitucionalização, dentre outras.

A importância da definição do que venha a ser a prática social enquanto *processo* constituído social e historicamente está em aclarar a problemática que se coloca em relevo. De todo modo, “qualquer que seja sua extensão, toda definição resulta sempre excessivamente curta, inacabada e inacabável, e necessita ser completada e retificada sem cessar” (Karsz, 2007, p. 25).

O conceito de prática social pode ser encontrado em diferentes autores³² sob ângulos distintos, mas que guardam entre si alguns pressupostos em comum. Isso permite a construção de uma compreensão que, se aplicada ao campo da saúde mental, pode contribuir para a mudança de paradigma em relação à loucura.

Um primeiro pressuposto ou eixo comum acerca da prática social é o de que ela se revela nas formas *do fazer* ou *do agir* sobre uma determinada realidade e/ou objetos, em determinados contextos sociais. A prática social é *ação*, *atividade* direcionada a certa realidade. Sua análise demonstra características, significados, direções e dinâmicas e a intencionalidade intrínseca expressa nos valores morais, éticos e políticos subjacentes ao agente, que é aquele que age sobre a matéria (Rodrigues, 2003).

Para Vázquez (1977, p.186), a *ação é sinônimo de atividade* e a atividade, entendida de maneira geral, é “um conjunto de atos em virtude do qual um sujeito ativo (agente) modifica uma determinada matéria-prima”. A ação ou atividade possui uma *intenção* norteadas tanto pelas influências do contexto social e pelas características daquilo que se apresenta para ser transformado, quanto pelo olhar do agente que definirá o objeto, à medida que “não existe um olhar neutro e despretensioso sobre uma realidade...” (Karsz, 2007, p.46). O “olhar” do agente, portanto, é definidor do objeto.

De modo semelhante, o conceito proposto por Vázquez (1977, p. 202) ao tratar da práxis, define-a como “(...) uma atividade prática material, adequada a finalidades, que

³² Para uma compreensão das práticas sociais do ponto de vista da ação profissional em Serviço Social ver RODRIGUES (2003); para o debate sobre o trabalho social enquanto prática social ver KARSZ (2007); para o entendimento de prática social enquanto práxis ver VÁZQUEZ (1977).

transforma o mundo” – natural e humano”. A práxis é concebida como matéria produzida através da ação sobre os objetos e/ou fenômenos não se restringindo (e, até se diferenciando) à prática teórica, uma vez que, a teoria e os conhecimentos somente *por si* não transformam a realidade, mas sim a ação. Entretanto, considera que ambas estão mutuamente relacionadas pela dependência que estabelecem entre si, de modo que teoria e prática estão presentes e articulam-se do ponto de vista das intervenções de determinada área ao exercer sua função social.

Todo fenômeno que se apresenta no campo da saúde mental, particularmente nos serviços destinados à esta atenção, é multidimensional, por envolver aspectos de diferentes naturezas (econômicas, sexuais, educacionais, jurídicas, psíquicas, sociais, etc.). Sua dinâmica contempla a incidência direta sobre o contexto ao qual se insere, ao mesmo tempo que é expressão do mesmo. Uma prática pressupõe, invariavelmente, um contexto que lhe atribuirá certas características e não outras.

Assim, os fenômenos que se apresentam para os serviços de saúde mental são expressão de processos preconfigurados. A este fenômeno denomina-se **matéria-prima** da prática social (Vázquez, 1977; Karsz, 2007). Trata-se de um “material, uma substância, uma coisa, dotada de uma realidade consistente” resultante de processos e dinâmicas anteriores. No caso dos serviços de saúde mental abordados, a matéria-prima seriam os fenômenos compostos por elementos biopsicossociais trazidos por indivíduos, famílias e/ou instituições para serem atendidos nos CAPS que, por sua vez, foram construídos e significados em processos anteriores como situações desta natureza. Para Vázquez (1977), a matéria-prima pode ser tanto um corpo físico, um ser vivo, uma vivência psíquica, um grupo, uma relação ou instituição social, da mesma forma como os atos sobre ela podem ser físicos, psíquicos e sociais.

A matéria-prima é assim, a substância de determinado fenômeno que se apresenta em sua essência, ‘material bruto’ para, em seguida, ser reconfigurada como demanda social. Ao adentrar em um espaço da saúde mental orientado pelos preceitos de determinada política social, em território sócio-político específico, e colocado sob o olhar de saberes profissionais igualmente não neutros, a matéria-prima será submetida ao processo de significação caracterizada como situação ou caso. Uma situação é resultado do que a intervenção social produz a partir de um “conjunto de dados, elementos, datas, atitudes, comportamentos...”. Segundo Karsz (2007, p. 43),

“Tratando-se de uma matéria, esta pode ser caracterizada com alguma objetividade. É possível saber quais são os problemas com os quais a intervenção social se confronta, enumerar seus riscos, sua lógica, seus desafios:

e é possível saber e não meramente opinar, limitar-se a um ponto de vista ou uma impressão”.

Em outras palavras, o caso e/ou a situação somente se define após o profissional elencar, analisar e selecionar, além de denominar, determinado fenômeno como passível de sua intervenção. Antes disso não existe caso, nem situação. São os profissionais que dão existência aos casos e seus encaminhamentos. A caracterização de uma situação é, por conseguinte, uma leitura da realidade que se apresenta e que resultará em práticas a ela destinadas. Vale destacar que as práticas profissionais abarcam de uma maneira ou de outra uma dimensão pragmática, em especial no que tange àquelas dirigidas às necessidades sociais objetivas. Isto significa que,

“É importante ter em conta que toda prática social, profissional, é marcada por uma dimensão pragmática e que esta dimensão não provoca, necessariamente, uma ação descolada de uma análise crítica da realidade, desentranhada do contexto social mais amplo; ela pode, também expressar uma forma de conhecimento, um modo de acionar as mudanças, que permite o trânsito entre conhecimento racional e aquele conhecimento mais intuitivo e prático, orientado pelas ações do quotidiano, ou seja, do senso comum” (Rodrigues, 2003, p. 36)

O senso comum faz,

“(...) coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e da responsabilidade individuais. O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirmar fiável e secularizante” (Santos, 2008, p. 89).

Saber, verdade e significados

As equipes de saúde mental condensam na definição de uma situação a ser atendida seus saberes e valores e, no caso das demandas sociais, aquilo que consideram uma demanda social. Os saberes direcionam o olhar sobre a matéria-prima, transformando o fenômeno em demanda de saúde mental e, a partir daí, produzem ações/intervenções em relação as referidas demandas. Para Muchail (2004, p.74), a partir dos estudos de Michael Foucault, os saberes são a ocupação que se possa ter com a verdade e esta, por sua vez, é entendida em sua produção,

“(...) no decurso da história, constituindo-se na formação de saberes reconhecidos como verdadeiros, portanto historicamente múltiplos e diversificados; numa palavra, trata-se de verdades em seus diferentes modos de produção em diferentes sociedades”.

As equipes, consideradas um dos principais agentes operacionalizadores da Reforma Psiquiátrica devido ao contato direto e cotidiano com as possibilidades de

promoção de uma nova forma de lidar com o sofrimento psíquico, criam ‘verdades’ sobre as demandas postas. Ao imprimir seus olhares –constituídos na especificidade de sua área de saber, pelas características pessoais, pelos consensos gestados no âmbito da equipe e pela infraestrutura disponível– constroem situações para as quais serão elaboradas práticas sociais. Isto é, está no âmbito das ‘verdades’ das equipes o que será sustentado como demanda de saúde mental, incluindo ou não a dimensão social. A delimitação das demandas e das práticas sociais são exercício e o lugar do poder, “não enquanto dominação central e unitária, mas de poderes ou de múltiplos modos de exercício do poder que permeiam as diferentes sociedades em diferentes momentos históricos” (Ibid., p. 74). Definir a demanda pode significar

“Dizer que nela se expressa um potencial de transformação da realidade, a partir da *experimentação* fecundante dos sujeitos em suas práticas cotidianas em diversos territórios, constituindo novos espaços e ampliando o sentido da vida” (Pinheiro & Mattos, 2005, p.6)

A multidimensionalidade das demandas sociais exige a delimitação de um certo modo de fazer e avaliar os determinantes de um fenômeno que se apresenta. Definir prioridades, selecionar e refinar a escuta. Contudo, esse processo,

“(...) é relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica, cada método é uma linguagem e a **realidade responde na língua em que é perguntada**” (Santos, 2008, p.77 Grifo nosso)

Além disso, há que se considerar a natureza interdisciplinar da demanda. Assumir as contradições das práticas, dos modos de agir, garantindo um lugar de reflexão acerca do que se rejeita nelas – o que é diferente de negá-las – “conduz a um reconhecimento mais efetivo das diferenças, das divergências e das múltiplas modalidades do agir profissional” criando uma “brecha” para a troca de saberes e a construção dos novos (Rodrigues, 2003, p. 19). A atitude interdisciplinar pode ser assim “compreendida como princípio constituinte da diferença e da criação”, como postura profissional que,

“(...) se permite pôr a transitar ‘o espaço da diferença’ com sentido de busca, de desvelamento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer” (Rodrigues, 1995, p. 156)

Neste sentido, a *construção social da demanda* ganha um sentido amplo e complexo na perspectiva da Reforma Psiquiátrica por tornar-se necessária a ampliação do escopo das intervenções, implicando, por sua vez, a dimensão moral e de valores que manteve a loucura sob o signo da reclusão. A perspectiva da integralidade, o acesso e a

equidade em saúde ampliam o espectro de necessidade dos sujeitos preceituando das equipes de profissionais o olhar sobre o social. A ação social resulta,

“(…) da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes, e assume como tarefa e objetivo garantir a vida no seu sentido mais amplo” (Pinheiro et al, 2005, p. 27)

A mudança na compreensão do que venha a ser o sofrimento psíquico está profundamente ligada às práticas sociais construídas por aqueles que a ele se dedicam. As práticas sociais podem ser operadoras da resignificação do transtorno mental na sociedade na medida de seu alcance e influencia sob uma cultura local. Portanto, os campos de conhecimento pertinentes à saúde mental devem extrapolar os limites biomédicos e os psíquicos que a conceberam inicialmente para alcançar o espaço social.

Prática como abordagem social

“(…) todo o tempo se pressupõe, se presume, se subentende. Sua natureza, sua força, seu poder, seus limites ficam sistematicamente na sombra. Como se daquilo que se ocupa o trabalho social e os mecanismos que mobiliza fossem algo óbvio. Como se o que ele produz e o que em nenhum caso poderá produzir fossem evidências. Como se já se soubesse, e de uma maneira relativamente exata, o que o trabalho social pode e não pode, deve e não deve, é e não é”. (Karsz, 2007, p. 20, tradução nossa)

As práticas sociais *atendem a uma lógica processual*, enquanto o trabalho social *é o processo* composto de um conjunto de práticas. Os processos evidenciam uma série de componentes que emergem e singularizam a prática por meio da revelação das habilidades e estratégias de articulação entre os determinantes institucionais, os conhecimentos, as interações inter-áreas, dentre outros elementos (Rodrigues, 2003). Nesta direção, para Karsz (2007, p.24),

“Empenhar-se em definir o trabalho social não constitui uma operação politicamente correta. Esta operação, que é uma construção, implica em interrogar os projetos institucionais, os objetivos declarados, as justificativas fornecidas, as práticas realizadas nos serviços, as intervenções desenvolvidas pelos trabalhadores sociais, os problemas que se supõe padecer os indivíduos e os grupos apontados pelo trabalho social”.

Ações isoladas ou pontuais e descontextualizadas podem caracterizar uma postura assistencialista. Ao contrário, práticas articuladas podem criar respostas sociais mais abrangentes e potencialmente transformadoras da realidade social.

O trabalho social é uma prática social. Estamos diante de um processo regido por uma lógica de conjunto. Não nos bastaria neste estudo conhecer as demandas dos

usuários, as perspectivas dos profissionais, a operacionalidade das políticas envolvidas na temática sem considera-las em suas dinâmicas de todo. O trabalho social é operado por *dinâmicas de ação* pela quais se efetuam e/ou concretizam os resultados por elas intencionados, no meio social. A dinâmica da ação pode ser caracterizada por um *movimento* de construção e desconstrução dos modos de agir,

“(...) provocado pelo enfrentamento da realidade social; refere-se ao modo de produzir o fazer profissional e às implicações dele decorrentes (...). A dinâmica expõe os conflitos, os movimentos de negação identificados pelo controle, pelas imposições e pelo autoritarismo; expõe as alternativas, os encaminhamentos; expressa os modos de pensar e agir profissionais, revelando assim, as *metodologias de ação* em que se desdobram o exercício da prática e o *fazer* profissionais” (Rodrigues, 2003, p. 17 Destaque da autora)

Nesta perspectiva, a dinâmica da ação revela certa organização no sentido processual, em um trabalho social. A referida lógica de conjunto processual inerente ao trabalho social é composta por, pelo menos, quatro elementos: a matéria-prima, os meios de trabalho, a força de trabalho e o produto (Karsz, 2007, p. 42). O quadro a seguir elucida, segundo o autor, o processo de produção do trabalho social, sendo que seus elementos estão interconectados, se influenciam mutuamente e constantemente.

Quadro 3 - Lógica processual do trabalho social

Matéria-prima	Meios de trabalho	Força de trabalho	Produto
Produto de um processo de trabalho precedente, reestruturado em função de uma dominante...	Ferramentas, técnicas, metodologias, culturas profissionais, habilidade	Agentes dotados de um conjunto de competências físicas e intelectuais	Emprego sobre a matéria-prima de meios de trabalho qualificados
Situação escolar, de emprego, de moradia, saúde de um ou vários sujeitos... Significada em função de uma dominante ideológica	Capacitação, modalidade de intervenção, avaliações. Conhecimento, Normas, valores...	Qualificação socioprofissional dos agentes do trabalho social: trabalhadores sociais e quadros diretivos	Confirmação ou questionamento tendenciais da matéria-prima significada ao domínio ideológico
Políticas Sociais...			

Fonte: KARSZ (2007, p. 42)

Para o autor,

“Se cada uma [das partes do conjunto] expõe uma dimensão exclusiva, um registro particular, é necessário juntar essas dimensões e articular esses registros para tentar explicar o trabalho social. Porque em nenhum caso ele se reduz as representações de seus agentes, as demandas de seus destinatários, aos projetos de seus coordenadores administrativos e políticos” (Karsz, 2007, p. 42)

O trabalho social é uma intervenção na realidade “quando os problemas já se encontram presentes ou quando cabe supô-los”. Isto é, sobre uma matéria-prima que

seguirá por um processo de refinamento, portanto, de produção e reprodução das relações sociais empreendido pelas equipes de saúde mental. Para transformar a matéria-prima é preciso que os atos se articulem de modo que seja possível conferir nesta atividade as relações entre as partes e o todo, os traços de uma totalidade concreta (Vázquez, 1977, p. 186).

Conjunto articulado de práticas sociais heterogêneas – esta é a característica do trabalho social na saúde mental. A heterogeneidade refere-se tanto as múltiplas áreas envolvidas, assim como, a flexibilidade inerente ao trabalho com a loucura – ou com uma outra ordem de pensamento e presença no mundo, sob distintas regras sociais. O trabalho social abarca a atuação das equipes com relação a dimensão psíquica das pessoas com transtorno mental inseridas em sociedade e que, por seu turno, fará com que emergjam questões sociais de todas as ordens.

Cada componente das práticas sociais, tais como, os significados do social para as equipes, a identificação das demandas e composição das situações atendidas e suas dinâmicas foram abordados durante a pesquisa de campo e retomadas nas análises dos dados coletados. Veremos a seguir como se deu a construção da metodologia do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLARIN, M.L.G.S, MIRANDA, I.M.S., CARVALHO, C.M. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Rev.Ciê.Méd.*, Campinas, 20 (3-4), 59-67, maio/ago, 2011.

BARROS, D.D. *Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber*. In: AMARANTE, P.D.C. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (1994). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 4ª reimpressão, 2010, p. 171-195.

BRASIL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 25 de julho de 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. *Secretaria Nacional de Assistência Social*. Política Nacional de Assistência Social – PNAS, 2004. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em 20 de julho de 2015.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho* (2001). 12ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

COSTA, T.C.R., CARNEIRO, T.S., SILVA, Y.C.G., SILVA, V.F. Inclusão social e saúde mental – o perfil do usuário do CAPS III Reviver, Campina Grande/PB. *X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação* – Universidade do Vale do Paraíba, 3161-3164, 2011.

FRAZATTO, C.F., SAWAIA, B.B. A critical view of the ‘social reinsertion’ concept and its implications for the area of mental health in the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde). *Journal of Health Psychology*, vol. 21 (3), 409-418, 2016.

GONÇALVES, L.M.R. *Saúde Mental e Trabalho Social*. São Paulo: Cortez Editora, 1983.

KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social* (2004). Definición, figuras, clínica. Gedisa Editorial, 1ª Edição, Barcelona (Espanha). Tradução: Irene Agoff e Saül Karsz. Título original: Pourquoi le travail social? Définition, figures, clinique. Dunod, Paris, 2007.

LUZIO, C.A. Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In: Boarini ML (Org) *Desafios na atenção à saúde mental*. 2ª ed. Maringá, PR: Eduem, pp. 145-174, 2011.

MUCHAIL, S.T. De práticas sociais à produção de saberes in *Foucault, simplesmente*. Textos reunidos. Edições Loyola. São Paulo, SP, 2004, p.73-83.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*, 3ª edição, Editora Vozes, Petrópolis, 2001, p.67-86.

PELBART, P.P. *A Nau do Tempo Rei: Sete Ensaios sobre o Tempo da Loucura*. Rio de Janeiro: IMAGO, 1993.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Construção Social da Demanda em Saúde e a Integralidade: Emancipação, Necessidade e Poder. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L.; MACHADO, F. R. S. & GOMES, R. S. Demanda em Saúde e Direto a Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. p.11-31. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

RODRIGUES, M.L. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M.L., RODRIGUES, M.L., MUCHAIL, S.T. (organizadoras). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*, São Paulo, Cortez, 1995.

RODRIGUES, M.L. (1999). *Ações e interlocuções: estudo sobre a prática profissional do assistente social*, 2ª Edição corr., São Paulo, Série Núcleos de Pesquisa, Veras Editora, 2003.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica* (1994). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 149-169, 2010.

SANTOS, B.S. *UM DISCURSO SOBRE AS CIÊNCIAS NA TRANSIÇÃO PARA UMA CIÊNCIA PÓS-MODERNA* (1987), 5ª EDIÇÃO, SÃO PAULO, EDITORA CORTEZ, 2008.

SARTORIUS, N. Stigma and mental health. *The Lancet*, vol. 370, nº9590, p.810-811, sep, 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, p. 210.

TELLES, V.S. *Pobreza e Cidadania*. São Paulo: USP Curso de Pós-Graduação em Sociologia: Editora 34, 2001.

VÁZQUEZ, A.S. *Filosofia da Práxis*. Trad. Luiz Fernando Cardoso, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2ª edição, 454p., 1977.

WANDERLEY, L.E. Enigmas do Social. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L. & YAZBEK, M.C. (Orgs.). *Desigualdade e a Questão Social*. 4ª Ed. São Paulo: EDUC, 2013.

C APÍTULO III

Percurso Metodológico

No presente trabalho realizamos uma pesquisa de cunho qualitativo que teve como objetivo estudar e analisar as práticas sociais desenvolvidas em relação às demandas dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da modalidade III, no município de Campinas, estado de São Paulo. A natureza qualitativa implicou considerar o espectro mais amplo do contexto e dos sujeitos que integraram o estudo, no campo das complexas e contraditórias práticas em Saúde, focando ‘o fazer das equipes multiprofissionais’ na variedade de situações sociais que lhes são apresentadas.

Portanto, toda problemática aqui abordada tem como espaço privilegiado de interrogação as práticas sociais, compreendendo-as como expressão dos conhecimentos, das intenções, dos valores e devires dos complexos processos sociais engajados na transformação social no campo da saúde em sociedade. Consideramos na pesquisa qualitativa a ambiência dos sujeitos e a atribuição dos significados manifestados pelos participantes, a partir de uma análise descritiva, interpretativa, de perspectiva indutiva e que considera *o processo* na busca dos resultados (Bogdan & Biklen, 1994).

A dimensão social é uma temática bastante ampla cujos significados abarcam diferentes áreas de conhecimento e de ação. Tratamos aqui do social inscrito no campo da saúde mental amparado pela perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira a partir de seu marco de criação³³, articulado aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Psiquiátrica orienta-se para a inserção social das pessoas com transtorno mental por meio do atendimento de suas necessidades em meio comunitário e familiar, direcionado, majoritariamente, à população segregada historicamente e que apresenta alto nível de vulnerabilidade social na díade loucura-pobreza.

Neste estudo as práticas delineiam-se através dos significados atribuídos ao social, da identificação das demandas e das dinâmicas de atuação das equipes no campo da saúde mental. Portanto, como um sistema aberto e interdependente, a prática foi estudada e analisada por meio da reconstrução de alguns de seus aspectos sistêmicos, quais sejam,

³³ No ano de 2001 institui-se a Lei 10.216, marco regulatório da Política Nacional de Saúde Mental que embasa juridicamente a transformação social proposta pela Reforma Psiquiátrica.

os significados atribuídos ao social pelas equipes multiprofissionais; a caracterização das demandas que exigem resposta social; e as dinâmicas do trabalho social criadas pelas práticas das equipes.

Ao abrir os portões dos manicômios uma série de desafios são colocados para a assistência e cuidados em saúde mental de modo geral. Podemos citar o reordenamento das políticas sociais para a atenção a esta população e a viabilização da inserção social e econômica da mesma. Sobreviventes das marcas da invisibilidade e da rejeição social, esta população convive com o desemprego, a fome, o isolamento social, o abandono familiar, a itinerância, alimentadas pelo estigma e o preconceito (Silva & Rosa, 2014). Do mesmo modo, as famílias pertencentes, em sua maioria, a segmentos mais empobrecidos da população têm dificuldades em assumir os cuidados de uma pessoa economicamente improdutiva, que requer atenção especializada e outros cuidados alheios a estes núcleos sociais até então.

O contexto social em que se dão as relações com a loucura impõe profunda reflexão e consideração de alguns fatores, tais como, a expansão e a capacidade de abrangência dos serviços substitutivos aos manicômios, os CAPS e toda a rede de serviços destinados ao atendimento desta população. É possível verificarmos o retraimento do Estado enquanto promotor e provedor da proteção social empreendido pela lógica neoliberal de corresponsabilização entre entidades privadas de função pública; a transmissão iníqua da responsabilidade às famílias pelo cuidado integral do ente com transtorno mental sem, contudo, proporcionar suporte social para este encargo; a rejeição do mercado formal de trabalho na inserção produtiva de pessoas com transtorno mental e; o árduo exercício da cidadania e acesso aos direitos sociais estendidos para a sociedade como um todo.

Trata-se de um social impulsionador de práticas alinhadas para o fomento do exercício da cidadania e garantia de direitos sociais, contudo, em um contexto onde diferentes paradigmas em relação ao sofrimento psíquico coexistem. Práticas vinculadas aos modos assistencialistas e tutelares de lidar com o transtorno mental perduram ao mesmo tempo em que se criam novas abordagens resistentes a estes mesmos modos. As práticas sociais, neste panorama, revelam-se plurais e baseadas em distintas formas de compreensão. Neste contexto complexo e em movimento é que se insere nosso objeto de estudo, exigindo a adoção de diferentes instrumentos de pesquisa e progressiva aproximação dos fenômenos em tela, em um percurso metodológico multivariado.

Entendidas como fenômeno interdisciplinar por sua natureza transversal dentro das áreas de conhecimento, as práticas dirigidas ao social não são estritas do ponto de vista epistemológico. Segundo Vasconcelos (2011, p. 217),

“(...) os fenômenos sociais são interligados com fenômenos naturais e subjetivos, a pesquisa em ciências humanas e sociais são de natureza eminentemente interdisciplinar e, portanto, podem também integrar os diferentes instrumentos específicos de pesquisa das mais diferentes ciências, quando relevantes para apreender a complexidade do fenômeno”.

A multidimensionalidade das práticas liga-se a complexidade intrínseca dos fenômenos emergentes da realidade social. Nessa perspectiva as práticas sociais não estão isoladas, fruto da perspectiva unívoca, mas sim interconectadas em um sistema aberto que nos permitiu “isolar relativamente o objeto do estudo e ao mesmo tempo salvaguardar a sua ligação ecossistêmica” (Morin, 1998, p. 163).

Perspectiva multidimensional do objeto

As variadas formas de compreensão acerca do que venha a ser o social, assim como, as práticas dela decorrentes, convivendo em um ambiente composto por diferentes áreas de conhecimento e lidando com um fenômeno humano proporcionalmente exigente e complexo – o transtorno mental –, demandou um olhar multidimensional para os fenômenos estudados.

A natureza diversa e, por vezes, polissêmica faz com que a prática social esteja contida em várias disciplinas e nosso esforço consistiu em encontrar instrumentos estratégicos de investigação condizentes com a complexidade dessa expressão. Morin (1998, p. 165) assevera, que na perspectiva multidimensional é possível “assimilar as aquisições de todas as disciplinas e de todos os métodos” com o objetivo de articulá-los segundo sua emergência, preservando suas características afluentes.

A inteireza do fenômeno expressa na interconexão entre significados, ações e dinâmicas nos permitiu visualizar o processo de construção das intervenções das equipes sobre o social. As práticas sociais exercidas pelas diferentes áreas mantem certa dinâmica de *religação* entre as áreas de conhecimento, relacionamento e ação, o que tornou possível conferir ao *trabalho social* um processo regido por uma *lógica de conjunto* na saúde mental. O entendimento de religação nos remete à,

“(...) qualidade de ligar conhecimentos e informações dispersos que possam ampliar os horizontes da investigação. Condensa um duplo desafio – da *reliance*, no sentido de conjugar a ligação entre fatos, fenômenos, acontecimentos, e da *incertitude*, ou seja, a disposição de viver as incertezas sem escamoteá-las no decorrer de todo o processo”. (Rodrigues, 2006, p. 29 Grifo da autora)

O campo pesquisado envolve, portanto, diferentes áreas do saber que, de inúmeras formas, compreendem o que são e como atuar com demandas não específicas da saúde mental tradicional, mas que são inseparáveis e de grande influência sobre os estados psíquicos das pessoas que procuram os serviços substitutivos de saúde mental.

Acreditamos no avanço do conhecimento, como nos explica Morin (2000, p.15-16), “não tanto por sofisticação, formalização e abstração, mas, principalmente, pela capacidade de contextualizar e englobar”. Buscamos assim, a abertura da mentalidade, como propõe Rodrigues (2006, p.30): “ao mesmo tempo, mais exigente, capaz de realinhar o rigor científico, a originalidade e a pluralidade na construção dos conhecimentos e em suas aplicações”.

Campo de pesquisa

Nosso universo de investigação foi constituído por dois dos seis Centros de Atenção Psicossocial III de Campinas-SP. Os CAPS III são serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, destinados à assistência de pessoas com transtorno mental graves e persistentes, em meio comunitário.

Organizados territorialmente de forma descentralizada, os CAPS III oferecem atendimento durante 24 horas diariamente, incluindo finais de semana e feriados, dispondo de leitos para acolhimento noturno sob a gestão da equipe do serviço. Sua principal missão é cuidar do transtorno mental em meio aberto, garantir o exercício da cidadania e a inclusão social das pessoas com transtorno mental através da assistência direta aos usuários, apoio aos familiares e articulação da atenção com a rede de serviços setoriais e intersetoriais (Brasil, 2016).

Se usualmente os serviços não estão disponíveis o tempo todo para a atenção em saúde mental, os CAPS com funcionamento 24 horas são estrategicamente operados pelo dispositivo denominado “portas abertas”³⁴, de modo a oferecer apoio a comunidade a

³⁴ Portas abertas é um dispositivo operacional dos serviços de saúde mental que garante a abertura para o território e para as demandas no sentido literal e simbólico, ou seja, cria relações e espaços igualmente abertos e disponíveis (Brasil, 2015).

qualquer tempo, potencializando diferentes práticas para lidar com o transtorno mental e sua dimensão social. Ademais, os CAPS III têm sido fundamentais para a promoção da mudança paradigmática da loucura na sociedade brasileira, por sua capacidade de articulação com o território, com a comunidade e por oferecer o atendimento para as diversas situações de crise, substituindo a tradicional função do hospital psiquiátrico. Por isso a opção em estudar as práticas sociais vinculadas a esta modalidade de serviço.

Os CAPS estão articulados por uma rede de serviços sob a lógica da organização territorial e operacional para o atendimento as pessoas com transtorno mental. A especificidade de sua operacionalidade e sua complexidade aporta tipos de ações, práticas, funções peculiares a cada modalidade. No âmbito desta rede de atenção, estes serviços são considerados núcleos estratégicos da reforma psiquiátrica posto que compõem a estrutura de substituição dos hospitais psiquiátricos, por privilegiarem práticas comprometidas com a reabilitação psicossocial e a inserção social da população acometida pelos transtornos mentais graves e persistentes (Barros & Bichaff, 2008).

Os CAPS são considerados serviços cruciais tanto por sua atenção direta as pessoas com transtorno mental como pelo papel de ordenamento do cuidado nos territórios. De acordo com o Ministério da Saúde³⁵ (2015), a federação paulista possuía 353 Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades. A tabela abaixo mostra a distribuição de CAPS por modalidade no Estado de São Paulo.

Tabela 1: Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no estado de São Paulo, segundo a modalidade do serviço, Brasil, 2015

Modalidades de CAPS	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS Infante Juvenil	CAPS Álcool e Drogas	CAPS III Álcool e Drogas	Total
Estado de São Paulo	80	90	35	58	76	14	353

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12, 2015.

Na modalidade CAPS III, o Estado possuía 49 serviços, sendo 14 destinados ao atendimento exclusivo de adultos usuários de álcool e outras drogas e 35 voltados ao atendimento prioritário de adultos com transtornos mentais graves. Segundo informações disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo³⁶, os municípios que

³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf Acesso em: 09 de abril de 2017.

³⁶ SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-

possuíam CAPS III eram Barretos, Campinas, Casa Branca, Diadema, Jundiaí, Lins, Ribeirão Preto, Rio Claro, Santa Rita do Passa Quatro, Santo André, Santos, São Paulo e São Vicente. No conjunto de tais municípios, escolhemos para o local da pesquisa a cidade de Campinas, que se destaca do ponto de vista da experiência da desinstitucionalização e da implementação da rede substitutiva de saúde mental, assim como, pela existência de graves questões sociais em seu território.

Em primeiro lugar, de acordo com Queiroz e Delamuta (2011) o município pode ser caracterizado como pioneiro tanto pelo processo de municipalização da gestão de saúde, como pelo desenvolvimento de abordagens alternativas de tratamento de doenças no campo da saúde mental. Historicamente, algumas iniciativas no município evidenciam o empenho em criar novas formas de lidar com o transtorno mental durante a década de 1970 e 1980, tais como, a criação de espaços de lazer e eventos que permitiam o intercâmbio entre pessoas da comunidade, incluindo aquelas acometidas por transtornos mentais e a atenção ao direito à sexualidade das mulheres internadas (Delamuta, 2009). Já na década de 1990, é criado um convênio de cogestão entre a administração do então hospital psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira, que era a principal instituição local para o atendimento de transtorno mentais, e o poder público municipal. Tal arranjo administrativo permitiu a destinação de recursos necessários para a construção da rede substitutiva e a reordenação da atenção em saúde mental na cidade. Além disso, Queiroz e Delamuta (2011, p.3605) colocam que o serviço,

“(...) apresenta certa independência financeira, administrativa e gerencial (...), o que lhe permite implementar algumas experiências terapêuticas e inovações gerenciais. Em 1993, a instituição foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como referência e modelo no Brasil para a abertura manicomial e inclusão do paciente no processo de cidadania”.

Sob o segundo aspecto, o município também se destaca pela ampla rede substitutiva de saúde mental, em especial, pelo número de serviços na modalidade 24 horas, seis unidades CAPS III e duas CAPS ad III, localizados em todas as regiões administrativas de saúde da cidade, de modo que todos os serviços destinados aos usuários adultos do município são de atendimento pleno. Ademais, a RAPS do município é composta por diversas Unidades Básicas de Saúde; pelos Hospitais Gerais, Maternidades e Prontos Socorros (com destaque para os ambulatórios, enfermarias e prontos-socorros da Universidade Estadual da Campinas e da PUC-Campinas); por nove

Centros de Convivência e Cultura (CECO); por cinco Centros de Atenção Psicossocial, nas modalidades II, III, Álcool e outras drogas, e Infanto Juvenil³⁷; por uma Unidade de Acolhimento Transitório; pelos vinte Serviços Residenciais Terapêuticos e; pelo serviço de atendimento móvel de urgência e emergência (SAMU) que conta com atendimento de médicos psiquiatras (Campinas, 2015; Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2015).

Finalmente, buscamos observar as questões sociais do município, partindo do pressuposto de que as demandas sociais dos usuários que chegam às equipes de saúde estão relacionadas com suas condições de vida e níveis de vulnerabilidade social.

Neste sentido, ressalta-se que, de acordo com os dados do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), elaborado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) a partir do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Campinas concentrava, em 2010, aproximadamente 13% de sua população em áreas de alta e muito alta vulnerabilidade (correspondente ao Grupos 5 e 6 do índice)³⁸, ou seja, 142.562 habitantes de um total de 1.080.113. O número de pessoas residindo em setores urbanos de alta vulnerabilidade era de 57,5 mil e o total daqueles em áreas de muito alta vulnerabilidade chegava a 83,5 mil pessoas, sendo que este número correspondia a 91% da população residente nesse tipo de área, dentro da Região Metropolitana de Campinas (SEADE, 2013; Campinas, 2014).

Os territórios dos serviços escolhidos, as regiões noroeste e sudoeste da cidade, são marcados por expressiva população de baixa renda e em situação de vulnerabilidade, além da forte concentração das áreas de favelas e ocupações do município. Segundo os últimos dados disponíveis (referentes a 2006), nas áreas em questão, que compõem a

³⁷ CAPS III Estação (região Norte), CAPS ad III Independência (região Sul), CAPS III “Antonio da Costa Santos” (região Sul), CAPS III Esperança (região Leste), CAPS ad III Reviver (região Leste), CAPS III Novo Tempo (região Sudoeste), CAPS III David Capistrano da Costa Filho (região Sudoeste), CAPS III Integração (região Noroeste), CAPS ad II “Antonio Orlando” (região Noroeste), CAPS ij II Espaço Criativo e CAPS ij II Centro de Vivência Infantil (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2015).

³⁸ Com base em fatores socioeconômicos e demográficos, IPVS classifica sete grupos distintos de vulnerabilidade, enfocando o ciclo de vida familiar, a forma de ocupação territorial, localização rural ou urbana e a condição socioeconômica dos distritos censitários. Em relação à Campinas, o Grupo 5 (de vulnerabilidade alta - setores urbanos) abrangia 57.577 pessoas e o rendimento nominal médio dos domicílios era de R\$1.484. Em 27,9% dos domicílios deste grupo a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita. A idade média era de 42 anos para os responsáveis pelos domicílios e aqueles com menos de 30 anos respondiam por 20,3%. Um total de 20,1% das mulheres chefes de domicílios tinham até 30 anos e o percentual de crianças com menos de seis anos era de 10,7% do total da população no grupo. Quanto ao Grupo 6 (vulnerabilidade muito alta - aglomerados subnormais), a população era de 83.507 pessoas, com o rendimento nominal médio dos domicílios de R\$1.320. Em 31,8% a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita. A idade média dos responsáveis pelos domicílios era de 41 anos e os responsáveis com menos de 30 anos representavam 22,3%. As mulheres chefes de domicílios que tinham até 30 anos eram 21,7%, e as crianças com menos de seis anos equivaliam a 11,0% do total da população do grupo (SEADE, 2013).

macrozona 5, a população favelada representava 23,1% da população urbana da macrozona e 35,6% da população favelada do município, sendo 21.132 o total de domicílios situados em favelas, ocupações e loteamentos irregulares e clandestinos (Campinas, 2006). Notam-se, portanto, problemas com saneamento básico, falta de infraestrutura urbana (asfalto, iluminação, calçamento, etc.) e acesso a serviços públicos. Ademais, constata-se alto índice de violência urbana e tráfico de drogas. Em termos do IPVS, por sua vez, a região sudoeste possuía 27.155 pessoas vivendo em áreas de alta e muito alta vulnerabilidade, respondendo por 19% da população desse grupo no município. Já a região noroeste abrigava 19.074 habitantes em áreas de grupos 5 e 6 do IPVS, com 13,3% das pessoas nestes grupos (Campinas, 2014).

Vale destacar aqui ainda, a caracterização das duas áreas, elaborada pela Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, para o ano de 2015,

“A região SUDOESTE é a segunda mais populosa do município, apresenta elevado número de moradores que se declararam “sem renda ou com baixa renda” (Censo 2010). A população é prioritariamente formada por jovens e adultos. Apesar dos idosos serem minoria na região, é a primeira com maior número de BPC/ Idoso, em virtude da baixa renda per capita da população local. Historicamente, desde o século passado, a área rural abriga famílias descendentes de imigrantes suíços, italianos e alemães que vieram para substituir a mão de obra dos escravos nas lavouras” (Campinas, 2016, p. 14-15). [...] A região NOROESTE possui a menor população entre as cinco regiões do município, sendo que a maior concentração de sua população está entre 20 e 59 anos de idade e em sua maioria, mulheres. Apresenta o maior número de unidades habitacionais do programa Minha Casa, Minha Vida, com 5.362 unidades, valor equivalente a 50,53% do total de unidades, que é de 10.611 (PMH, 2011 / RIS 2014). Segundo análise da equipe técnica, a região apresenta quatro microterritórios que se destacam pela condição de alta vulnerabilidade social e risco: Território Bassoli com maior incidência de jovens em drogadição e tráfico, alto índice de famílias numerosas e chefiadas por mulheres; Território Lisa com grande número de famílias residindo em áreas de risco (ocupações), cenário de drogadição e tráfico e maior índice de BPC na escola; Território Rossin / Monte Alto; Território Vila Castelo Branco e adjacências com aumento de idosos em situação de violência doméstica.

Tais condições socioterritoriais observadas nas duas regiões foram amplamente relatadas pelos participantes da pesquisa por influenciar de modo significativo as demandas e as práticas sociais desenvolvidas. Na sequência, em função do contato com os serviços e da disponibilidade das equipes, foi possível realizar a pesquisa em dois CAPS, localizados em duas regiões distintas do município.

Destacamos assim que a compreensão acerca das condições sociais e de vida das pessoas com transtorno mental não se restringiu ao acesso ou não acesso às formas de rendimento via mercado de trabalho ou programa assistencial, embora este seja um elemento crucial. É preciso considerar também a vulnerabilidade e as dificuldades de

acesso aos direitos sociais básicos, atreladas às condições sociais dos territórios que habitam, bem como, as enormes dificuldades relacionadas a alta carga de estigma a que este segmento populacional está submetido, pela gravidade e cronicidade de seus processos de sofrimento psíquico.

Sujeitos do Estudo

Os sujeitos desse estudo são profissionais das equipes multidisciplinares de dois CAPS III do município de Campinas. As equipes são agentes fundamentais da reforma psiquiátrica pelo fato de atuarem cotidianamente no âmbito comunitário em busca da desconstrução do modelo de assistência manicomial e das formas tradicionais de compreensão e convivência com o transtorno mental. Para a escolha deste segmento, baseamo-nos em três pressupostos. O primeiro deles é o de que não somente o assistente social desenvolve práticas com relação às demandas sociais dos usuários, mas muitos e diferentes profissionais, independentemente da área de formação. Isso ocorre devido a função de *referência* assumida pelos profissionais.

A função de *referência* caracteriza-se como dispositivo central no cuidado em saúde mental dentro dos CAPS, pois articula as necessidades dos usuários com as ofertas do serviço e do território de acordo com o projeto terapêutico individual³⁹ ou singular elaborado em colaboração com o usuário. De modo geral, as equipes se organizam em duplas ou trios de referência, compostas por um ou dois profissionais de nível universitário e um de nível médio. Os únicos profissionais que não assumem a *referência* direta nesses moldes são os médicos. Eles atuam junto às equipes de referência ou as miniequipes. O trabalho consiste, portanto, no acompanhamento de determinado número de usuários, orientado pelas relações de vínculo, acolhimento e responsabilização. Os usuários explicam que

“(...) o profissional de referência é pessoa com quem conversam e tomam decisões. Foi quem os recebeu no CAPS, percebe quando não estão bem ou não vão ao serviço, faz visitas em casa, conversa com a família, indica leito noite, visita-lhes nas internações hospitalares, ajuda a conseguir benefícios, procurar trabalho e lugar para viver” (Miranda & Onocko-Campos, 2010, p.1158)

³⁹ Projeto Terapêutico Individual ou Singular: é um plano de cuidado elaborado para cada usuário a fim de nortear os cuidados necessários, projetos de vida e necessidades sociais.

O segundo pressuposto é o de que os processos de trabalho em equipe de perspectiva interdisciplinar podem propiciar, em alguma medida, compartilhamentos entre as áreas de conhecimento contribuindo para a elaboração conjunta das práticas sociais. Processos de trabalho em equipe em CAPS III envolvem grande número de reuniões diárias (uma em cada período do dia e noite, denominadas “passagem de plantão”), nas quais são feitas discussões de casos, planejamento das intervenções e definições de ações territoriais; reuniões gerais uma vez por semana; supervisões clínico-institucionais, geralmente realizadas quinzenalmente; reuniões de miniequipe – pequena equipe multiprofissional, organizada segundo a lógica territorial da rede básica de saúde; grupos e atendimento com mais de um profissional, dentre outros.

O terceiro pressuposto refere-se a dimensão social dada pela Reforma Psiquiátrica que prevê intervenções profissionais ligadas ao meio social em que vivem as pessoas com transtorno mental. As ações seriam voltadas para a reabilitação psicossocial e para a mudança de inserção social via o fomento ao exercício da cidadania e acesso aos direitos sociais.

As equipes de saúde mental são as principais articuladoras dos processos de cuidado em saúde mental, portanto, executoras centrais das práticas sociais. As equipes pesquisadas têm em média, 65 trabalhadores, entre técnicos, pessoal administrativo, auxiliares gerais e profissionais na função de gestão.

A Portaria MS 336/2002 regulamenta e define as modalidades de CAPS e as equipes técnicas para atenção em saúde mental. Segundo a normativa, os CAPS III devem contar com profissionais médicos (psiquiatras e/ou de outras especialidades); enfermeiros (as); profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, técnico educacional e artesão; profissionais de nível superior podendo ser psicólogos (as), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos (as) ou outros profissionais a depender dos projetos terapêuticos⁴⁰.

O município de Campinas, de acordo com dados do Ministério da Saúde, contava até 2015 com 396 profissionais de diferentes categorias atuando nos CAPS. A tabela abaixo mostra a distribuição de profissionais segundo suas áreas:

⁴⁰ A Portaria que define as profissões que compõem as equipes multiprofissionais permite que a gestão dos serviços e/ou as equipes definam quais categorias de profissionais de nível técnico estarão presentes em sua composição. O Projeto Terapêutico, enquanto plano individual de ação e cuidado em saúde mental, balizará as escolhas das áreas.

Tabela 2: Distribuição do número de profissionais das equipes dos CAPS do município de Campinas, segundo a formação, Ministério da Saúde, dezembro 2015.

Município	Assist. Soc	Farmac.	Médicos	Psiqu.	Enferm.	Fono	Psico	Tec.Enf	Total*
Campinas	8	11	23	20	65	4	69	196	396
	2%	2,8%	5,8%	5,1%	16,4%	1%	17,4%	49,5%	100%

Fonte: DATASUS/MS/BRASIL, 2015.

* O DATASUS não especifica a categoria de Terapeuta Ocupacional, embora se identifique no campo a presença deste profissional em número aproximado ao dos psicólogos.

De acordo com os dados, mais da metade dos profissionais atuantes no CAPS do município (65,9%) são da área da enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros), seguidos dos psicólogos (17,4%), dos médicos (10,9%) e 2% de profissionais do Serviço Social. Desta configuração verificamos o predomínio, respectivamente, das áreas de conhecimentos biológicos e da saúde, seguido da área de humanas e sociais. De todo modo se apresenta um conjunto relativamente amplo de profissões atuando nos serviços, ainda que com pesos bastante distintos em sua composição.

Participaram do estudo trinta profissionais⁴¹ das seguintes áreas: Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Medicina, Residentes de Medicina, Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, Monitores e Gestores. Quase a metade (47,4%) dos participantes são especializados em saúde mental. A maior parte dos profissionais (57,9%) atuam no CAPS há cinco anos e 31,6% a mais de 10 anos. Somente dois profissionais referiram atuar a menos de um ano. Podemos dizer que são equipes experientes na área e que, além disso, com relação aos processos de trabalho, são capazes de analisar e descrever suas práticas sociais.

Dentre as funções de gestão dos processos do trabalho das equipes destacam-se os plantões diários e noturnos, as escalas de trabalho e folga, o funcionamento com equipe reduzida nos finais de semana e feriados, atenção integral aos usuários em acolhimento intensivo (atenção à crise), trabalho de inserção psicossocial no território, a gestão do cuidado coerente com os combinados entre equipe e usuários, a função de técnico de

⁴¹ Número de profissionais por CAPS III pesquisado: psicólogos – 5/4, assistentes sociais – 1/1, terapeutas ocupacionais – 4/5, enfermeiros – 6/6, técnicos de enfermagem – 21/21, monitores – 1/1, médicos – 1 Clínico Geral e 1/4 psiquiatras, vigias – 5/4, higiene – 5/5, auxiliares de moradia – 11/4.

referência e a elaboração de projetos terapêuticos singulares. Estas funções e processos possibilitam as dinâmicas interdisciplinares do trabalho em equipe.

A interdisciplinaridade é uma normativa para o trabalho em equipe nos CAPS, estabelecida pela Portaria 3.088 de 2011. O trabalho em equipe deve ser desenvolvido para o estabelecimento de processos e relações entre áreas de conhecimento que primam pelo compartilhamento de decisões e desenvolvimento de práticas conjuntas (Brasil, 2017; Severo & Seminotti, 2010).

Na perspectiva interdisciplinar, os diferentes saberes contribuem para aquilo que é tecido junto, em equipe, como um saber da saúde mental e que, por seu turno, concebem as práticas sociais com características e finalidades específicas. A horizontalidade dos saberes, outra tendência da atuação interdisciplinar, atribui igual importância aos diferentes conhecimentos, incluindo o das pessoas com transtorno mental e suas famílias, implicando em fazer prevalecer a criação de novos conhecimentos, para desconstruir a hegemonia de uma única área do saber.

Como prevê a mesma Portaria, as atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos, os grupos e atividades externas nos Centros de Convivência (CECO), nos Serviços Residenciais Terapêuticos, realizando o matriciamento ⁴² dentre outras intervenções como a chamada busca-ativa ⁴³, acompanhamento de situações nos hospitais gerais, maternidades, judiciário dentre outros setores. De modo geral, as equipes desempenham atividades dentro e fora dos serviços. A depender das necessidades identificadas, as equipes elaboram ações e cuidados específicos.

Estratégias de investigação

Utilizamos como estratégias de abordagem para o conhecimento da realidade a aproximação das equipes, resguardando o ritmo desses grupos e suas dinâmicas, uma postura de abertura e disponibilidade permitindo ser levada aos espaços e atividades eleitos pelas equipes como relevantes para a apreciação das práticas sociais. Em um

⁴² O apoio matricial ou matriciamento é um espaço privilegiado de interlocução entre distintas áreas do saber. Trata-se de uma estratégia institucional em que profissionais de diferentes serviços (por exemplo, CAPS, Unidades Básicas de Saúde) se articulam com o objetivo de organizar processos de trabalho e assistência integral à população.

⁴³ Busca-ativa é uma estratégia institucional de identificação e aproximação de situações de vulnerabilidade social como prática de proteção social. No campo da saúde, este dispositivo tem o objetivo de evitar agravos, socorrer pessoas em risco de vida, dentre outras situações de violação.

segundo momento, realizamos entrevistas aprofundadas e grupo de discussão com profissionais. A nosso ver, a escolha dos instrumentos de pesquisa possibilitou que olhássemos para diferentes ângulos do fenômeno, a processualidade das práticas, a ambiência dos serviços e os depoimentos propriamente.

Nossa preocupação com o trabalho de campo e a forma de realizá-lo teve como pressuposto a não neutralidade do pesquisador e dos sujeitos participantes. De acordo com Minayo (2004, p.107),

“Esse cuidado faz-nos lembrar mais uma vez que o campo social não é transparente e tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade”

O período da coleta de dados junto aos serviços e às equipes ocorreu entre 19 de fevereiro e 12 de abril de 2016, totalizando 128 horas de trabalho de campo. De posse das autorizações formais para a realização da pesquisa, entramos em contato com as coordenadoras dos CAPS III para verificar a disponibilidade das equipes destes serviços em participar da pesquisa. Todas as equipes convidadas aceitaram o convite e fizemos, em reunião de equipe geral, uma apresentação da pesquisa, trazendo informações sobre a duração e os instrumentos que seriam utilizados para coleta de dados.

Ressaltamos que pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, assim como pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, órgão que faz a gestão dos serviços de saúde mental junto a Prefeitura Municipal de Campinas.

Fases metodológicas

1) Pesquisa exploratória

A primeira etapa do percurso metodológico ocorreu para a definição do objeto de estudo no decorrer dos primeiros anos do curso de doutoramento. Esta fase compreendeu a realização de entrevistas informais com profissionais da área social no campo da saúde mental, com o intuito de apurar o objeto de estudo articulando diferentes pontos de vista com as experiências e inquietações da autora decorrentes de exercício anterior como assistente social de CAPS.

Minayo (2004) avalia esta fase da pesquisa de pesquisa exploratória como seja um “lugar” por onde os pesquisadores invariavelmente irão passar na busca pelo objeto de

estudo, destacando a sua importância como uma “baliza onde se processam os conhecimentos”,

“O conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. É um processo de tentativas (...)” (Minayo, 2004, p. 89)

Esta sondagem gerou pistas e algumas definições conceituais fundamentais para a construção do caminho metodológico percorrido na pesquisa. Concomitantemente, foram desenvolvidas discussões sucessivas sobre a temática do estudo no espaço de reflexão do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social da PUC/SP (NEMESS). Também decorreu deste conjunto, a reflexão sobre um possível estágio em Québec/Canadá, local que realiza estudos aprofundados sobre a temática e que viemos a concretizar em 2016.

2) Pesquisa de Campo

A segunda etapa da pesquisa correspondeu a coleta de dados nos CAPS III propriamente, transcorrida em cerca de três meses. As abordagens de pesquisa utilizadas nesta fase foram as seguintes: *a observação cursiva; as entrevistas aprofundadas; e o grupo de discussão com profissionais.*

a) Observação cursiva

A observação cursiva é uma estratégia de pesquisa de “*in loco*”, ou seja, um instrumento de pesquisa que permite acompanhar de maneira processual o cotidiano das práticas desenvolvidas nos serviços, bem como suas dinâmicas. Trata-se de uma estratégia que permite

“(...) o acompanhamento direto do assistente social no processo de desenvolvimento de suas atividades cotidianas, em um período mínimo de 6 (seis) dias, visando captar através das atividades por ele desenvolvidas, a dinâmica da ação profissional no contexto institucional.

[...] requer a presença do pesquisador em todos os tipos de atividades que envolvam o exercício profissional do sujeito na organização, favorecendo a obtenção de dados, informações, reconhecimento das dinâmicas, desenrolar de fatos correlatos ao objeto investigado. Possibilita, assim, a configuração processual do contexto e do foco priorizado na pesquisa” (Rodrigues, 1999, p.24)

Acompanhamos, portanto, durante quatro semanas, cada uma das equipes dos dois CAPS III pesquisados. As informações foram registradas em diário de campo e, em algumas ocasiões, em áudio. O material coletado em áudio foi tratado como registro das informações e memória da pesquisadora. A dinâmica da observação cursiva contou com nossa presença nos serviços em diferentes horários do dia acompanhando os profissionais e usuários em diferentes atividades. Mantivemos uma espécie de espera-ativa por momentos em que pudéssemos estar presentes e acompanhar as atividades. Gradualmente, os profissionais ofereciam a oportunidade do acompanhamento das oficinas, grupos e/ou outras atividades por eles desenvolvidos.

Nosso objetivo consistia identificar as dinâmicas de trabalho em equipe com relação às demandas sociais dos usuários e o exercício das práticas sociais. Estivemos atentas a distribuição dos espaços e ambiência, as formas de circulação das pessoas e as interações entre os profissionais e usuários naquilo que se referiu as práticas relacionadas a dimensão social. Na primeira semana da coleta de dados, realizamos a observação dos espaços e ambientes dos serviços e a programação das atividades que viriam a seguir. As entrevistas com as gestoras dos CAPS contribuíram para a organização dessas atividades e a compreensão da estrutura dos serviços.

A observação cursiva como instrumento de pesquisa para esta experiência se mostrou fundamental para a “entrada” da pesquisadora na equipe e para compreender melhor a dinâmica das práticas envolvidas. Os CAPS são serviços muito dinâmicos, com grande fluxo de pessoas e a intensidade das demandas para as equipes pode, muitas vezes, dificultar a participação dos profissionais em pesquisas.

Identificamos durante a pesquisa junto às equipes que o compartilhamento mais refinado dos casos, das trocas mais elaboradas das ações ocorrem durante as reuniões de mini equipe, observação esta corroborada por alguns profissionais durante a entrevista aprofundada. Entendemos ser este um espaço privilegiado para a constatação da elaboração das práticas sociais, contudo, não foi possível acompanhar essas reuniões. Percebemos que os momentos decisórios não estavam acessíveis para alguém considerado “de fora”. Os momentos onde se privilegiam a troca de informações e discussões gerais foram mais permeáveis à participação. Acreditamos que isso se dê por dois motivos principais: o sigilo em relação aos usuários e a exposição dos profissionais em uma situação que pode se configurar como “avaliativa”.

Após a coleta das informações, os dados foram tratados a partir da elaboração de relatórios das observações e dos processos para posteriormente realizarmos a análise dos

serviços pesquisados. Finalizada a pesquisa nos dois CAPS, elaboramos um relatório preliminar e, posteriormente, um texto de análise único cujos resultados seguem apresentados no capítulo seguinte.

b) Entrevista aprofundada

A entrevista aprofundada objetivou obter o depoimento dos sujeitos acerca dos significados atribuídos ao social, assim como a descrição das práticas relacionadas às demandas sociais dos usuários. A interação direta e intencional com os sujeitos do estudo mediada por um roteiro de questões semiestruturadas, proporcionou uma visão mais ampla sobre estas questões.

Durante a primeira semana da observação cursiva e do convívio com a equipe alguns profissionais ofereceram-se para participar da entrevista individual; outros foram convidados. Nosso critério para seleção dos entrevistados privilegiou a diversidade de formação profissional e a disponibilidade para participação na pesquisa. Entrevistamos 26 profissionais de todas as profissões existentes nos serviços e selecionamos, dentre as entrevistas, 18 para análise. Nossos critérios para escolha das entrevistas a serem transcritas integralmente e analisadas foram o grau de aprofundamento na temática abordada e a tentativa de equiparação do número de entrevistas para cada CAPS em relação ao tipo de profissional de cada um dos serviços⁴⁴.

Um pré-teste das questões para o refinamento do instrumento também foi realizado antes da fase de campo. Após esta etapa definimos um roteiro (ANEXO I) de questões sem, contudo, manter rigidez na aplicação destas. Para as etapas de coleta de dados foram lidos e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) segundo os termos definidos para a área da saúde pela PUC/SP.

c) Grupo de Discussão

O campo da saúde mental, como já mencionamos, convoca os profissionais para uma postura interdisciplinar, polivalente e de compartilhamento de saberes e práticas. As temáticas abordadas durante as primeiras fases da investigação revelaram uma tensão nas

⁴⁴ As entrevistas das seguintes áreas foram analisadas: Serviço Social (2), Psicologia (4), Terapia Ocupacional (3), Medicina (2), Enfermagem (2), Técnicos de Enfermagem (2), Monitores (1) e Gestores (2).

equipes sobre o mandato social das profissões relacionado às práticas na saúde mental, tanto as específicas quanto as genéricas. Neste sentido, para compreender e aprofundar os significados e as dinâmicas das equipes na construção das práticas sociais realizamos um *grupo de discussão* com objetivo de refletir as especificidades dos saberes profissionais e suas dinâmicas de trabalho em equipe, comparando-o posteriormente com os achados da observação cursiva.

O grupo foi formado por trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento: psicologia, serviço social, medicina, terapia ocupacional e enfermagem, com o propósito de criar uma atmosfera menos formal para a reflexão partilhada através de estratégia dinâmica articulando a dimensão verbal e a artística dos componentes. Convidamos todos os participantes a criarem uma imagem representativa da especificidade de sua área de formação (individual) e uma imagem coletiva do trabalho em equipe. A sessão foi gravada em áudio e posteriormente transcrita e analisada. As imagens foram utilizadas como memória analítica.

3) Estágio de Pesquisa no Exterior

A terceira etapa metodológica envolveu a realização de um Estágio de Pesquisa no Exterior na École de Service Social da Université de Montréal, no período compreendido entre maio e agosto de 2016, cidade de Montréal, Canadá, sob a supervisão da Profa. Ph.D. Lourdes Rodriguez Del Barrio.

A profa. Del Barrio de origem espanhola, é trabalhadora social, pesquisadora especialista na área de saúde mental e uma das principais referências nas áreas de estudo e pesquisa sobre participação social e da cidadania de pessoas com transtorno mental; é também diretora da Alliance Internationale de Recherche Universités-Communautés (ARUCI) que mantém Campos de Ação destinados ao avanço do conhecimento, da formação e da inovação social no âmbito da saúde mental comunitária.

No campo da pesquisa e do aprimoramento profissional interessou-nos conhecer e estudar as práticas sociais realizadas na cidade de Montreal em saúde mental, especialmente aquelas relacionadas às condições sociais dos usuários atendidos pelos organismos comunitários alternativos de saúde mental. Nossos objetivos com o estágio foram: a) conhecer os serviços alternativos de saúde mental inseridos nas comunidades; b) conhecer as equipes de saúde mental e suas dinâmicas de trabalho; c) conhecer o

trabalho realizado pelas equipes junto aos usuários com relação a sua inserção social e, especialmente, d) ampliar os conhecimentos na área em termos de cultura e de reflexão.

Tratamento e análises dos dados

A complexidade dos dados levantados no estudo exigiu um processo analítico composto por fases. A riqueza e a quantidade de informações coletadas, além das diferentes formas de abordagem, permitiu a reflexão sobre sua natureza heterogênea e interconectada. No intuito de preservar estas características optamos pelo percurso analítico proposto pela Teoria Fundamentada, segundo Kathy Charmaz (2009)⁴⁵.

Segundo a autora, os métodos da teoria fundamentada “favorecem a percepção dos dados sob uma nova perspectiva e a exploração das ideias sobre os dados por meio de uma redação analítica já na fase inicial” (Ibid., 2009, p.15). Seus métodos se baseiam em diretrizes sistemáticas para coletar e analisar os dados visando a construção de teorias fundamentadas nos próprios dados, de modo que, os dados formam a base da teoria e a nossa análise origina os conceitos que construímos.

Este tipo de análise invoca à atenção, às intuições e ideias analíticas, bem como, a questionamentos acerca da compreensão que podemos ter sobre elas. Nossa análise buscou comparar os dados entre si, as semelhanças de compreensão dos sujeitos acerca do social, as sutilezas das percepções e, ainda, as discrepâncias e as divergências de opiniões da equipe em relação ao social e suas práticas.

Dessa maneira, as informações coletadas nas variadas fases do percurso metodológico (observação cursiva, no grupo de discussão e entrevistas aprofundadas) foram tecendo um cenário no qual ocorrem e são construídas as práticas sociais. A triangulação dos diferentes instrumentos nos permitiu a complementação das ideias, a contraposição dos conceitos e, por fim, o embasamento para o que nos propusemos. As contribuições do estágio de pesquisa no exterior ampliaram o olhar sobre as práticas sociais, em especial, por seu contraste, o que também contribuiu para o desenvolvimento dos processos de análise. Essa articulação ficará mais evidente no capítulo destinado as considerações finais do trabalho.

⁴⁵ Professora Emérita de Sociologia, Ph.D., University of Califórnia, San Francisco, especialista na área de pesquisa qualitativa, Sonoma State University.

Primeira etapa analítica

A primeira etapa analítica foi organizada em dois momentos. O primeiro momento foi o de transcrição dos áudios coletados durante o grupo de discussão e as entrevistas individuais; a sistematização das observações cursivas por temática observada, a partir do diário de campo em relatórios descritivos e; a leitura do material na íntegra. No segundo momento, para as entrevistas individuais empregamos outros processos iniciais de análise devido a quantidade de informações coletadas e a riqueza de temáticas abordadas. Reorganizamos em tópicos nucleadores as perguntas do questionário semiestruturado utilizado para entrevistas, segundo a temática abordada e suas respectivas respostas, da seguinte forma:

- 1- *Tipos de situações que chegam no CAPS*
- 2- *Casos sociais*
- 3- *Como trabalha com o social – Práticas Sociais*
- 4- *Práticas Sociais específicas*
- 5- *Redes e relações - dinâmicas*
- 6- *Avanços e desafios do CAPS – (propostas, provocações)*
- 7- *Áreas de conhecimento pertinentes ao trabalho do CAPS*

Segunda etapa analítica

Na segunda etapa foi possível iniciar a codificação de todos os dados, construindo uma organização geral dos dados obtidos de diferentes fontes. Na perspectiva da teoria fundamentada, segundo Charmaz (2009, p. 69), codificar significa,

“(...) categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que, simultaneamente, resume e representa cada parte dos dados. Os seus códigos revelam a forma como você seleciona, separa e classifica os dados para iniciar uma interpretação analítica sobre eles”.

Codificar nos permite o estudo da ação e dos processos (Charmaz, 2009, p.70). A lógica da codificação da teoria fundamentada diferencia-se da lógica quantitativa que aplica categorias ou códigos preconcebidos. De outra forma, a teoria fundamentada propõe a criação de códigos a partir daquilo que observamos nos dados. A codificação nos estimula a problematizar a linguagem de nossos participantes para que possamos apresentar uma análise. Nos inspira a examinar os pressupostos ocultos em nossa própria linguagem, bem como o uso que nossos participantes fazem dela.

Esta etapa consistiu em questionar de modo analítico os dados que foram coletados, para isso, procedemos a leitura das entrevistas individuais, do grupo de discussão e dos relatórios de observação cursiva, destacando dados essenciais de cada temática abordada pelos participantes. Para cada instrumento de coleta foi elaborado um relatório contendo o material codificado.

No caso das entrevistas, realizamos uma codificação para cada profissional pesquisado. Este momento significou a leitura de todo o material associando marcadores a segmentos de dados emergentes, para então separá-los, classificá-los e sintetizá-los. Em seguida, empregamos a estratégia de *codificação focalizada* para reagrupamos em um único e extenso quadro os códigos analíticos criados. A codificação focalizada, por seu turno, consistiu na seleção do material que nos pareceu representar os códigos iniciais mais vantajosos e permitiu que os testássemos em contraste com os dados mais amplos (Ibid., 2009).

Embora os instrumentos possuam características distintas, eles têm como eixo comum o processo. A observação cursiva é processual em sua realização e permite vislumbrarmos, da mesma forma, *o processo em que se constroem e se apresentam as práticas sociais*; o grupo de discussão com os profissionais decorreu pela exploração e no desenvolvimento de uma atividade conjunta específica reveladora de *processos* de elaboração profissionais quanto às abordagens específicas de cada núcleo profissional, assim como, na perspectiva da produção em equipe e; por fim, as entrevistas aprofundadas que buscam no discurso de cada participante localizar *processamento da prática social no modo de fazer* de cada sujeito de pesquisa.

Terceira etapa analítica

Na terceira etapa, os textos foram analisados por meio da técnica da análise interpretativa, buscando a construção de inferências acerca de seus significados. Esta técnica tem sido considerada bastante importante no âmbito das pesquisas qualitativas por “impor um corte entre as intuições e as hipóteses que encaminham as interpretações mais definitivas” (Minayo, 2005, p. 200). Este esforço teórico buscou ultrapassar o senso comum e o “subjetivismo” que podem impregnar as análises de comunicações textuais e observações.

Quarta etapa analítica

Após o tratamento dos dados acima descritos, seguimos para a confecção do texto analítico final com a triangulação do material analisado da seguinte forma:

- Observação Cursiva: Análise das dinâmicas do trabalho em equipe com relação as demandas sociais dos usuários e de elaboração das práticas sociais;
- Entrevista aprofundada: Análise dos significados atribuídos ao social e as práticas sociais desenvolvidas;
- Grupo de atividades com profissionais: Análise do trabalho em equipe com relação ao social.

Ressaltamos que a experiência do estágio no exterior também contribuiu para o aprofundamento analítico no processo de triangulação, assim como, para as reflexões acerca das práticas sociais pelo contraste. O método da triangulação pode ser compreendido como a “combinação de perspectivas e de métodos de pesquisa adequados, que sejam apropriados para levar em conta o máximo possível de aspectos distintos de um mesmo problema” (Flik, 2009 *apud* Tuzzo & Braga, 2016, p. 147).

No presente estudo, o processo de triangulação dos dados consistiu em considerar o material obtido nos três diferentes instrumentais utilizados (observação cursiva, entrevistas e grupo de discussão) e os três diferentes prismas captados do “objeto” estudado – as práticas sociais na saúde mental –, quais sejam, o significado do social, as práticas em si e suas dinâmicas, visualizando (as partes) em sua totalidade (no todo). A triangulação assente obter os dados do processo na dinâmica da ação dos sujeitos. Este é o verdadeiro resultado da triangulação – a definição dos prismas é em si também o resultado do processo de trabalho de elaboração e análise da pesquisa.

De tal modo que, colocado o percurso metodológico e de desenvolvimento do estudo, apresentamos no capítulo a seguir os achados analíticos do trabalho de campo com as equipes profissionais dos CAPS III de Campinas pesquisados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Saúde Mental em Dados* – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 30 de outubro de 2016.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S. *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos. Coleção Ciências da Educação*, Porto Editora, Portugal, 1994.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal. *Plano Diretor 2006*. Campinas: PMC, 2006.

_____. Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. *Plano Municipal de Assistência Social do Município de Campinas PMAS – 2014/2017*. Campinas: SMCAIS, 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Unidades de Referência*. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/unidades>. Acesso em: 24 de julho de 2015.

_____. Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. *Relatório de Gestão 2015*. Campinas: SMCAIS, 2016.

CHARMAZ, K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Artmed Editora, Porto Alegre, RS, 2009.

DELAMUTA, L. A. O “Cândido Ferreira”: avaliação do trabalho realizado pela equipe interdisciplinar no contexto da atual conjuntura da Política Nacional de Saúde. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2009.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. In TUZZO, S. A. & BRAGA, C. F. *O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese*. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 4, n.5, p. 140-158, ago. 2016

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, L. & ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1153-1162, jun, 2010.

MORIN, E. *Sociologia: A sociologia do microsocial ao macrosocial*. Portugal, Publicações Europa-América, 1998. Título original : Sociologie : édition revue et augmentée par l’auteur. Tradução de Maria Gabriela de Bragança, Maria da Conceição Coelho.

_____. *A cabeça bem feita – repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2000.

QUEIROZ, M. S. & DELAMUTA, L. A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8):3603-3612, 2011.

RODRIGUES, M. L. *Metodologias Multidimensionais em Ciências Humanas*. Brasília: LiberLivro, 2006.

ROSA, L. C. S. & ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun. 2013.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS* (versão 2010). São Paulo: SEADE/ALESP, 2013. Disponível em <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/index.php>.

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. *Unidades*. Acesso em: 09 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://candido.org.br/site/unidades/>

SEVERO, S. B. & SEMIOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1):1685-1698, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/080.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2017.

SILVA, E. K. B. & ROSA, L. C. S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos e desresponsabilização do Estado? *Revista Katálisis*, Florianópolis, v.17, n.2, p. 252-260, jul.dez, 2014.

VASCONCELOS, E. M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. 5. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

CAPÍTULO IV

Análise dos Dados

“A gente é um Centro de Atenção Psicossocial. Daí o psi e tem o social. A partir do momento que a proposta é vamos fechar o manicômio, vamos trazer as pessoas para o território, trazer as pessoas para conviver em sociedade, vem outros desafios junto”.
(Psicóloga, CAPS III, 2016)

O presente capítulo apresenta as análises acerca das práticas sociais no campo da saúde mental, segundo as equipes multiprofissionais dos CAPS III. Para compreendê-las identificamos e estudamos os fenômenos que chegam para atendimento nos CAPS III para então se converterem em *situação social* ou *demandas sociais* através da avaliação realizada pelas equipes. As transformações dos fenômenos em demandas sociais são construídas em um processo dinâmico balizado pelos significados atribuídos ao social, conhecimentos específicos de cada área, dinâmicas do trabalho em equipe e serviços disponíveis pela rede socioassistencial e de saúde. Ademais, as equipes apontam para as dificuldades encontradas em relação aos investimentos públicos em recursos para o desenvolvimento do trabalho imprescindíveis para as práticas sociais.

Nosso enfoque permitiu identificar que as situações que chegam para atendimento nos CAPS III não se restringem as de natureza psíquica. O contexto social do segmento populacional que acessa o serviço e as situações decorrentes do transtorno mental como o estigma, o preconceito e as dificuldades de inserção social produtiva, compõem as complexas demandas postas às equipes. As práticas sociais são, portanto, as intervenções resultantes de processos articulados entre as dimensões psíquicas e sociais daquilo que é compreendido pelas equipes como demanda social.

A loucura em sua dimensão social revela-se uma temática bastante complexa, composta por diferentes aspectos em constante movimento. Não se trata de qualquer social. É um social que parece estar no “gerúndio”, no sentido de que vai se construindo, se fazendo, buscando, possibilitando, acreditando. Essa é a especificidade do social no campo da saúde mental. Um social que não se encaixa nem se adequa no social “pronto” da Assistência Social, que não se adapta diretamente ao social dos saberes disciplinares das profissões, mesmo os do Serviço Social. É um social que sempre precisa do Outro, de mais alguém, vivo demais para ter ponto final. Ele exige processo, tentativas, vida.

As maneiras de abordar a dimensão social são heterogêneas e múltiplas em suas formas e objetivos, devido à diversidade de saberes presentes nas equipes e a capacidade de elaborar respostas sociais conjuntamente. As equipes pesquisadas, identificam que as práticas com o social estão nas articulações intersetoriais, no território, fora do CAPS, na vida. Para alguns profissionais, o fazer relacionado a saúde mental localiza-se nos serviços culturais, sociais, nas famílias, por exemplo. São práticas que viabilizam respostas das mais variadas circunstâncias de vida da população usuária dos serviços que, de maneira geral, envolvem um alto nível de vulnerabilidade social. Para isso, as equipes ressignificam certos dispositivos institucionais tornando-os mais adaptados às necessidades da população atendida e as do próprio serviço de saúde mental.

Com o propósito de apresentar de forma compreensível o material estudado, considerando a interconectividade entre as temáticas explicitadas pelos participantes, os dados foram agrupados em três eixos:

- Os significados do social;
- As práticas sociais efetivamente;
- As dinâmicas das equipes e das redes na construção das respostas as demandas sociais dos usuários.

Entretanto, não necessariamente os eixos serão apresentados nesta sequência, uma vez que priorizamos as lógicas de explicação do social concedida pelas equipes. Utilizamos subtópicos para elucidar a temática ou problemática principal de cada item.

O significado do social

O deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas trazido pela Reforma Psiquiátrica aproxima a dimensão da vida em sociedade com campo da saúde mental. Segundo as equipes pesquisadas, as questões sociais sempre estarão presentes no âmbito de ação da saúde mental, devido a artéria social inerente a este tipo de serviço de saúde. Ademais, consideram que todos os profissionais atuam sobre elas.

“O social em todas as áreas. Trabalho, área família, área lazer, área cidadania, área obrigação e direitos. E a gente atua o tempo todo com isso”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016).

“Olho para o CAPS muito como um serviço da saúde, (...) mas que tem a sua artéria do social e que não vai estar descolado porque nós somos seres sociais, a gente se coloca no mundo dessa maneira”. (Psicóloga, CAPS III, 2016).

Pensar o sujeito em seu contexto de vida significa conhecer sua realidade local e as questões trazidas como problemáticas para então projetar intervenções que deem suporte para que a pessoa se mantenha de maneira ativa em sua vida social. Buscar maneiras de impulsionar e estimular próprios recursos, ou seja, preservando a autonomia do sujeito, é um dos objetivos das práticas sociais na saúde mental.

“A gente pensa o sujeito o tempo inteiro no social. Para mim pensar a autonomia, independência do usuário, aquisição dos seus direitos enquanto cidadão (...). Olhar para as demandas do usuário dentro de uma perspectiva de reforma e de atenção psicossocial. Todas as ações acaba se resumindo a isso porque é dar condições para ele estar cada vez melhor no seu espaço”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016).

De outra parte, as situações sociais sempre chegarão porque fazem parte do adoecimento. O que define se serão atendidas pelos CAPS, de maneira geral, é a gravidade do transtorno mental ou da intercorrência social causada pelo mesmo. A elaboração do diagnóstico do transtorno mental ocorre pela intensidade do sofrimento psíquico de maneira paralelo à identificação das necessidades sociais do usuário e dos impedimentos a sua inserção social.

“Essa demanda vai chegar, porque faz parte (...) do adoecimento, falta de renda, do trabalho, as pessoas vão adoecendo mentalmente”. (Gestora, CAPS III, 2016).

“O que define é a gravidade. A gravidade do transtorno ou das intercorrências sociais que ele provoca”. (Médico, CAPS III, 2016).

“[O] que entra em um projeto de o que está impedindo que ele esteja no social. É um benefício. É algo que é de uma intervenção na família, porque também pensar o sujeito no seu contexto é a gente também poder se deslocar para o espaço que seja mais próximo do usuário e entender que problemática é essa e que intervenção é possível fazer”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016).

A maior parte dos profissionais identifica tanto questões psíquicas quanto questões sociais nas demandas por atendimento nos CAPS, sendo a principal característica das a urgência e o contexto de fragilidade e vulnerabilidade social.

“Desde acolhimento de pessoas que estão com uma crise psicótica ou em franca mania e precisando de acolhimento. Até pessoas pedindo comida tanto não usuários como usuários”. (Psicóloga, CAPS III, 2016).

“Você vai encontrar, um número maior do CAPS, são de pessoas em situação de vulnerabilidade e fragilidade mesmo”. (Assistente Social, CAPS III, 2016).

A dimensão social engloba o convívio social dos usuários e suas problemáticas, como falta de renda e de condições básicas de sobrevivência, marcadamente precárias.

“Demandas sociais são coisas que estão mais relacionadas com o convívio social da pessoa (...). Circulação dela (...), um benefício, uma dificuldade em casa, porque está sem o que comer ou que está com um problema em casa que

quebrou uma porta, que o teto caiu. São mesmo da vida da pessoa”. (Médico, CAPS III, 2016).

Os profissionais explicam a diversidade de situações atendidas pelos CAPS III como decorrente da estratégia organizacional denominada “portas abertas”. Isto significa que o atendimento não necessita de agendamento e que as situações que chegam serão atendidas após o processo de triagem. A triagem consiste no acolhimento das pessoas que procuram o serviço, escutando suas questões e encaminhando-as de acordo com o que foi possível avaliar e/ou atender. A “porta aberta”, favorece a produção de saúde mental na comunidade pela potência em criar espaços de convívio igualmente abertos. Além disso, como um serviço territorializado que oferece, no caso da modalidade III, atendimento intensivo 24 horas todos os dias, os CAPS tornam-se um ponto de referência para diversos tipos de situações. Neste contexto, as demandas de cunho social são, muitas vezes, identificadas como sendo, em realidade, questões para a Assistência Social.

“É porta aberta, tem que acolher todo mundo (...), quem é uma questão da Assistência, mas é tudo muito misturado. Sempre tem questão de Assistência junto”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Por ser um dos CAPS que não tem agendamento acaba fazendo aparecer uma diversidade maior do que se fosse agendar (...). Questões de déficit cognitivo que não tem muito lugar na rede (...), morador de rua (...). Pela vulnerabilidade do território aparecem questões (...) sociais, não necessariamente, uma questão muito específica de saúde mental grave”. (Psicólogo, CAPS III, 2016)

O social significado pela pobreza, vulnerabilidade social e sofrimento psíquico

De acordo com os participantes da pesquisa, os usuários constituem, predominantemente, uma parcela da população de baixa renda, excluída do mercado de trabalho, negligenciada pelos serviços sociais e vítimas potenciais de várias formas de violência. Os CAPS estudados, todavia, não possuem informações precisas sobre as condições sociais da população atendida. Ambos os serviços dispunham de uma lista de usuários e usuárias com informações sociais que poderiam compor o perfil da população, contudo, os dados não estavam sistematizados para este fim. Embora parte dos dados deva estar disponível para utilização nos serviços, um maior detalhamento, de acordo com as necessidades sociais da unidade não existia. Em geral, informações socioeconômicas não são prioritárias nos processos de inserção dos usuários, embora muitas das ações sociais se pautem nessas características. Via de regra, cada caso é avaliado individualmente.

Os profissionais percebem que há forte relação entre as condições sociais de miséria e a loucura, talvez até como geradoras dos transtornos mentais, mas sobretudo como intensificadoras do sofrimento mental, à medida que vulnerabiliza os sujeitos sociais, fazendo-os, por um motivo ou por outro, procurar o CAPS. A sensação de lidar com essas questões decorrentes da pobreza e a da loucura associadas pode ser como a de “enxugar gelo”, pois são de difícil transformação para um único serviço ou política social.

“Como é que as pessoas não enlouquecem vivendo nas condições que elas vivem (...). Como é que alguém consegue (...) ter uma condição mínima emocional de suportar aquilo (...). Porque as pessoas enlouquecem para mim está claro (...). Não que a miséria leve a loucura. Não é só isso, não é simples assim. Mas que contribui em um grau bem elevado, contribui”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Dá a sensação de você estar enxugando gelo. Você está fazendo um trabalho de formiguinha perto de uma montanha de problemas que vão continuar gerando sofrimento e crises e rupturas em pessoas que vão terminar aqui (...). As vezes dá vontade de voltar as práticas anteriores e falar vamos internar, vamos resolver, vamos tirar isso da nossa frente”. (Médico, CAPS III, 2016)

“A parte social que a gente vê na região que a gente trabalha vê muito a parte da miséria. A gente lida muito com isso. (...) Você trabalha na coisa da doença mental só que você acaba invadindo muito a parte social”. (Técnico de Enfermagem, CAPS III, 2016)

“Tenho impressão de que a maioria (...) estão em condições sociais precárias. Talvez até porque esses vão sofrer um agravo maior na própria sintomatologia da doença e vão acabar aqui de uma forma ou outra”. (Médico, CAPS III, 2016)

Além do agravamento dos transtornos mentais decorrentes das precárias condições sociais dos usuários, este segmento permanece alijado, muitas vezes, do acesso às políticas públicas, agravando mais ainda sua condição.

“Já tinha a questão do transtorno, mas a piora vem pelas condições que ela está (...). Como não houve um olhar dentro das políticas para esse usuário, para este cidadão, piorou o adoecimento. Porque eu vejo que hoje as questões sociais têm adoecido muito e desencadeia muito nas questões mentais e isso tem sido um disparador”. (Assistente Social CAPS III, 2016)

O alto nível de vulnerabilidade marca as possibilidades de vida social. Por vezes, a severidade da exclusão social atinge inclusive o grau de inserção nos equipamentos e dispositivos destinados ao atendimento das pessoas com transtornos mentais, de forma que estes indivíduos sejam identificados como “sem lugar no mundo”.

“Desde criança sofreu várias privações, a mãe vendeu, deu ela com nove anos, ela sempre foi abusada. Sempre a resposta que as pessoas dão para ela é a violência. Hoje em dia ela responde tudo com violência. Se você for pensar, ela é psicótica. Ela não é psicótica. Ela não é desse tipo de gravidade, mas ela é do tipo de gravidade de vulnerabilidade. Ela é o ser sem lugar no mundo”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Se nem na oficina de geração de renda que era para incluir, ele não pode mais. Ele vai aonde. Nem aonde é o lugar do sem lugar, que é o CAPS, que é a oficina de geração de renda, o lugar dos sem lugar. Nem aí ele cabe mais”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Alguém que não consegue se inserir em lugar nenhum, também não se insere em atividades do bairro, não consegue ir e voltar para a escola que é o que ele diz que deseja (...) e nesse vazio”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

A qualidade das relações familiares também é determinante quanto aos pedidos de ajuda dos usuários. A falta de recursos – por não possuir ou não receber da família – impede a circulação, cria dependência e dificulta o convívio social. Alguns profissionais, entretanto, afirmam que estas demandas têm origem na ‘cultura do pedir’, isto é, de um “costume” de solicitar benefícios assistenciais, cestas básicas, transporte gratuito, etc.

“A maior parte chega pedindo. Porque é um pouco da cultura das pessoas mais humildes (...). Tem alguns pacientes que pelos sintomas negativos não conseguem pedir, mas tem a família. E se tem família, acho que uns noventa por cento é realmente pedido (...). Os outros é porque você vai identificando, pela demanda você consegue ofertar algumas coisas”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

A falta de suporte social, no sentido de não poder contar com ninguém, atinge a dimensão afetiva, atrelado às precárias condições de vida que por si só são devastadoras. Em contrapartida, ter rede de apoio social é transformador no sentido de propiciar melhor qualidade de vida e efetividade às práticas sociais, influenciando, sobremaneira, o nível de vulnerabilidade social a que está população está exposta.

“Me parece que é um tanto de vazio afetivo também. Você não pode contar com o seu vizinho porque você não conhece o seu vizinho (...). É difícil ver usuários em que a gente diz, mas tem uma vizinha que ajuda, mas tem um primo que mora perto. Quando a gente descobre alguém, alguma rede, isso já é revolucionário”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Entendemos ser este um dos mais significativos disparadores das práticas sociais das equipes dos CAPS. O nível de vulnerabilidade a que estão expostas as pessoas com transtorno mental, em decorrência das características do território e da vida, faz com que as equipes desenvolvam intervenções sociais de cunho protetivo.

“O jeito de ela estar no mundo é um tanto vulnerável. Ela se coloca muito em risco (...) porque ela tem uma outra ligação com o mundo. Ela sai para o meio da rua, (...) já sofreu vários abusos, apanha porque as pessoas não têm paciência com ela, come coisas do lixo, (...) fica dias e dias sem tomar banho, acumula coisas (...). Tudo isso para mim é ser vulnerável”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

O risco social advindo das situações de violência de todo tipo, precárias condições socioeconômicas e privação de direitos básicos são marcas e características das demandas sociais para os CAPS, revelando o alto nível de complexidade; este contexto vai requerer

práticas e estratégias de constante cuidado das equipes de saúde mental. A noção de risco social ou vulnerabilidade social compõe as formas de compreensão das equipes ao desenvolver as práticas de alcance social. Refere-se tanto a capacidade do sujeito de lidar com os riscos de se viver em sociedade, assim como, a imensa responsabilidade posta (ou assumida) pelas equipes de garantir algum nível de proteção social.

“O choque que eu tive vindo aqui foi de as pessoas não terem o mínimo. De elas não terem o mínimo da casa, o mínimo do esgoto (...) e viver sem esse mínimo de condição, para alguém que já tem uma estrutura psíquica que tem a ver com um outro jeito de organização, é devastador. É destruidor não ter o mínimo de condição”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“É muito frequente a gente perceber condições de abandono. Condições (...) subumanas (...). Pessoas em condição de rua, usuários que apanham em casa, usuários que são interditados e a família segura e não investe o dinheiro de forma adequada”. (Médico, CAPS III, 2016)

“Privadas de seus direitos mais primários na vida, passaram muita fome, muita violência em todo sentido. Elas nem conhecem, não sabem que tem um serviço que cuida desse tipo de situação”. (Monitora, CAPS III, 2016)

“Por ser uma região muito vulnerável as pessoas se acostumam com a situação delas. É normal não ter o alimento, morar numa casa em que tem ratos. [Os usuários] desconhecem as possibilidades de intervenção”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

As situações de risco e as demandas sociais atendidas nos CAPS, muitas vezes, são tão graves e complexas que colocam em perspectiva o cuidado dos transtornos mentais oferecidos aos usuários, seja porque obscurecem a definição dos diagnósticos, seja porque revelam as limitações do uso de medicações psiquiátricas e das ações desenvolvidas nestes serviços.

“É uma usuária soro positivo, com uma característica de saúde mental incerta (...), nem sei se tem diagnóstico, mas isso acabou ficando secundário (...). As questões da gestação dela, de como é o lar onde ela vai receber essa criança, de quais são as condições que ela tem de cuidar dessa criança. Isso tudo é muito mais importante para o caso dela do que qual patologia ela tem e qual remédio que vai tomar”. (Médico, CAPS III, 2016)

“Tem várias questões sociais permeando, tanto que a gente não tem um diagnóstico, isso está em aberto. Cuida por conta de ser um serviço vinte e quatro horas que consegue dar conta de forma mais intensa do cuidado dessas partes”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Neste sentido, as práticas sociais para lidar com os riscos sociais aos quais os usuários estariam submetidos, cria um paradoxo. De fato, a falta de suporte social expõe os usuários às dificuldades e ‘perigos’ da vida em sociedade, criando um dilema entre cuidar e tutelar. O trabalho social implicado no desenvolvimento de ações promotoras de

autonomias, na eminência do risco social, enseja ações de cunho protetivo. Oferta-se o suporte social que muitas vezes os usuários não têm das famílias ou de outras instituições.

“Estar no território, estar em sociedade é estar em contato com o risco social o tempo todo. De que a pessoa está muito delirante, (...) ela tem que estar dando conta, é um desafio por isso, de outras coisas ao seu redor. Se a gente vai privar ela do mundo, quando ela voltar para o mundo ela não vai mais se reconhecer. A gente tem que ajudar ela naquele momento dar conta de todo o mundo (...). Não vou só deixar a pessoa bem psiquicamente. Tem outras coisas que interferem no psíquico que para ela estar bem psiquicamente a outra coisa precisa estar fluindo”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Ela estava saindo (...) e passou mal na rua (...). Ela conseguiu dizer, liga no CAPS (...). As pessoas ligaram. (...) Ela está desmaiada, vomitando. E a gente vai buscar”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Não raro, as práticas com objetivo terapêutico contemplam, ao mesmo tempo objetivos de suporte social. O objetivo é dar condições para que os usuários possam estar cada vez melhor no seu espaço, por meio da ampliação do poder de circulação, da autonomia e independência dentro do que os profissionais compreendem ser a dimensão social. Os participantes procuram incitar que os usuários falem de temáticas que os estimulem para a vida e que, como consequência, influenciarão o poder de circulação.

“Poder se encontrar em outro ponto da cidade (...) e a gente vai ser estimulado a falar de várias outras coisas. Outras coisas que fazem sentido para a vida, que traz elementos para estar melhor. Que amplia o poder de circulação”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

A observação cursiva permitiu verificarmos a significativa participação dos usuários em oficinas cuja temática deslocavam-se da ‘doença’, ‘sintoma’ e ‘medicação’ para temáticas relacionadas com a vida social e de caráter ‘menos’ médico. Olhar para os aspectos da vida dos usuários, deslocando o foco do sofrimento psíquico, é o que permite o desenvolvimento das práticas sociais menos tuteladas.

De todo modo, as práticas sociais são ajustadas a partir da compreensão que se tenha do social. Fica claro que os profissionais, independentemente da formação, conseguem identificar quais são os aspectos que compõe a vida social dos usuários. Mesmo as práticas ligadas aos processos burocráticos quanto as relacionadas às atividades coletivas possuem natureza social, porém, estas terão importâncias distintas tanto para os usuários quanto para os profissionais. A dimensão social está atrelada àquilo que o profissional entende como sendo sua intervenção social. Desfrutar de atividades físicas, por exemplo, pode garantir o acesso ao lazer, porém, não se pode menosprezar, do ponto de vista dos usuários, a viabilização do direito de ir e vir pela cidade, pelo acesso ao transporte gratuito (passe).

“Não tenho muito bem definido (...) o que é o trabalho social. Eu realmente tenho dificuldade. Eu poderia responder sim, eu faço. Eu preencho todos os papéis da Transurc⁴⁶ que pedem para mim. Mas acho que é uma coisa muito mais burocrática. Ao meu ver a oficina de futebol que eu faço com os usuários é mais social para eles do que essas coisas”. (Médico, CAPS III, 2016)

As reuniões diárias das equipes são estruturadas a partir dos casos que tem no sujeito o ponto de partida para a compreensão do contexto que o envolve. Trata-se de espaço importante para o desenvolvimento das atividades pois propiciam a ampliação das trocas de saberes e as práticas, em especial, na presença de poucas pessoas, como na passagem de plantão. Verificamos nestes encontros, todavia, o predomínio da discussão de casos e apenas a menção às situações sociais, sem muito aprofundamento. A reunião geral se mostrou mais organizacional e de orientação (reorientação) clínica-institucional.

O social é um ponto de tensão para as equipes. É necessário entender as demandas sociais contextualizando-as e, ao mesmo tempo, verificando as possibilidades interventivas circunscritas ao campo da saúde mental, já que condições precárias de vida podem não ser, por si só, motivo para uma intervenção social por parte do serviço. As opiniões se dividem entre os que consideram que as questões sociais são objeto de intervenção dos CAPS na perspectiva da reabilitação psicossocial e outra parte da equipe que considera ser de responsabilidade da rede de serviços sociais esses tipos de demandas.

“Dividiu muito a equipe. A gente teve que fazer muitas discussões, ainda não é liso, não é tranquilo (...) e que isso é parte do trabalho de CAPS. Que as pessoas não são só os sintomas. Que é a parte de reabilitação”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“A grande missão do CAPS (...) de tratamento para a saúde mental é você trabalhar com a crise e você trabalhar com a reabilitação psicossocial. Não tem como você trabalhar com a reabilitação psicossocial, (...) trabalhar a qualidade de inserção do sujeito na vida, sem pensar no social”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“As situações que a gente está acostumado a vivenciar são situações de crise que demandam uma articulação (...). Demandam bastante trabalho mas que a gente tem mais know-how para fazer (...) melhor. Mas [temos] vivido essas outras situações que são de demandas sociais que nos demandam muita coisa e que nos tem feito fazer muitas discussões em reunião. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“Não dá para eu achar que a casa um horror pura e simplesmente e achar que tenho que fazer alguma intervenção. A casa dela já está assim há algum tempo”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“Teve uma época que tinha paciente em crise mesmo, esperando sair o leito social (...). Isso é problema nosso (...). Eu acho que não é problema nosso. Não sendo duro, mas eu não entendo. Um dia a gente tem uma resposta dizendo que a gente não tem que abraçar o mundo, mas no outro dia a gente tem (...) que abraçar”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

⁴⁶ Empresa de transporte urbano que disponibiliza os vales transportes gratuitos à população.

A tensão trazida pelas questões sociais pode ser reduzida à medida que não se caracterizem como pontuais e estejam contempladas nos projetos terapêuticos ⁴⁷ elaborados pelos profissionais para o atendimento das necessidades sociais dos usuários. Ademais, as demandas sociais devem constituir um pedido do usuário ao serviço, a partir do qual os profissionais avaliarão a pertinência ou não de atendimentos e/ou intervenções.

“Hoje existe uma situação de que o pai não pode voltar para casa (...). Isso nos pede uma intervenção. É por isso que a gente fez visita domiciliar. Ela nunca tinha deixado ninguém entrar na casa (...). Entendi isso como um pedido de ajuda. Acho que é essa escuta e tentar entender um pouco da demanda”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“Escuta, visita domiciliar (...) tentar entender. Acho que tem uma delicadeza que a pessoa também precisa te demandar algo”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

Neste ponto colocam-se duas questões fundamentais para a compreensão das dinâmicas de construção das práticas sociais nos CAPS. Uma delas é a de que as demandas sociais pertinentes ao campo da saúde mental pressupõem a existência de um transtorno mental para então serem atendidas nos CAPS e não puramente uma demanda advinda das condições sociais. A despeito da inseparabilidade das dimensões que envolvem o sujeito como um todo, o segundo ponto é o de que as práticas de cunho social são de natureza divergente das práticas terapêutico/psicológicas, no que tange o “disparador” das ações. Em outras palavras, os processos terapêuticos de abordagem psicológica decorrem da iniciativa do sujeito e não do profissional para desencadear ações. Ao passo que, tradicionalmente, as intervenções de caráter social podem ser acionadas a partir da constatação da violação de direitos, da desproteção social no sentido de defesa e/ou da materialização das políticas sociais de Estado. Fazemos referência aqui a natureza das ações de diferentes áreas para as quais se apresenta o mesmo “objeto” e para o qual se imprime diferentes olhares, não desconsiderando a implicação ética das profissões diante das violações dos direitos humanos, civis e sociais comuns entre as demandas do campo da saúde mental.

“O social está sempre ligado a várias subjetividades. O que eu tento fazer é através de ir ouvindo (...) a pessoa vai sempre dando o tom, quando, como, por onde e acho que tem que ser assim mesmo porque é o percurso dela e a gente

⁴⁷ Projetos Terapêuticos Individuais/Singulares (PTI/PTS) são planos estrategicamente elaborados segundo as necessidades dos usuários e suas particularidades. Compõe-se de práticas e abordagens que permitam o cuidado em saúde mental, abarcando as demandas sociais. Podem fazer parte do projeto terapêutico, além do usuário e o profissional de referência, a família, outros atores da própria equipe ou da rede, por exemplo.

ajuda com algumas coisas que a gente sabe, dando dicas”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“O Serviço Social tem uma outra forma de trabalho. A gente vai construindo um trabalho independente, junto com o usuário. Tenho a percepção que a psicologia depende de o usuário dizer, precisa esperar o tempo do usuário para conseguir construir alguma coisa (...). Consigo respeitar aquele momento do usuário, mas conseguir já entrar numa ação”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Tento respeitar o tempo também, mas quando vejo que são situações delicadas que não dá para esperar, chego na referência e falo (...) está acontecendo isso, isso e isso, posso ajudar. O que você acha de a gente estar discutindo com a família”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

A autonomia profissional das equipes é característica fundamental para a elaboração de práticas criativas, alternativas às aquelas tradicionais do campo psiquiátrico, no entanto, não garantem contemplar a integralidade do cuidado. Determinados aspectos das situações apresentadas poderão ser ou não atendidas e/ou consideradas.

“O CAPS garante (...) uma certa autonomia do processo de trabalho, do que você vai fazer com o usuário ou não. (...) Tem pessoas que vão seguir bem rigorosamente, só vamos acolher o que é nosso que é psicose e neurose grave, o resto a gente vai encaminhar”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“A gente tem diversas formações diferentes aqui no CAPS que contemplam mais ou menos a dimensão social das pessoas. As pessoas que tem uma formação mais dura ligada a parte biológica tem uma certa resistência de pensar porque que [alguns] pacientes estão neste serviço”. (Médico, CAPS III, 2016)

“Tem muitas questões que se fosse só olhar pelo lado da saúde mental, então melhorou, não tem mais sintoma, tchau. Não. Eram três pessoas que tinham questões com o mundo social e se a gente não tivesse colocado outro olhar estariam em situação de rua”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Podemos observar que embora as equipes de saúde mental identifiquem características sociais como inerentes a natureza das demandas que chegam para atendimento nos CAPS, do ponto de vista das práticas sociais, o âmbito de ação se restringe a dimensão individual. Dito de outra forma, quando se trata de demandas relacionadas as *relações sociais e pessoais* dos indivíduos as equipes possuem mais instrumentos para a intervenção. Os aspectos sociais mais amplos demandantes de análises contextuais, políticas que poderiam produzir respostas mais amplas no meio social, criando articulações que viabilizassem a ampliação das experiências cidadãs, autônomas e emancipatórias, pouco ou insuficientemente são trabalhadas pelas equipes.

“Com o social a gente trabalha o tempo todo. Pensando no social de um jeito mais amplo. Pensando do financeiro, pensando no contato social dos usuários, no contato familiar. Esse trabalho a gente faz o tempo todo (...). Eu penso um pouco entremeado com o que a gente já faz”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“A gente trabalha muito mais entremeado (...). A gente faz pouco acompanhamento terapêutico, a gente faz poucas saídas do CAPS. A gente faz poucas articulações (...) em rede, para fora da saúde. Quando a gente pensa em outras articulações. A gente é um tanto escasso nisso”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

As práticas sociais requerem saberes específicos

O social é um campo de atuação para as equipes de saúde mental, contudo, exige preparo para seu desenvolvimento. A qualificação do trabalho social implica ter acesso à informações, processos e procedimentos para o acionamento dos serviços territoriais, saber conversar em outras linguagens e articular ações intersetoriais.

“A gente poderia fazer mais, mas (...) precisa ser mais instrumentalizado para isso (...) Geralmente passa por ela [assistente social] porque a gente ainda não sabe como construir direito, quando precisa discutir um caso na Defensoria”. (Enfermeira, CAPS III, 2016)

O social ainda é um desafio as equipes. Conhecer os processos históricos dos dispositivos de fomento para a inserção social do transtorno mental na sociedade criados a partir da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) são identificados como fundamentais para alcançar outros níveis de discussão social sobre as questões sociais. Saber explicar aos usuários e às famílias as implicações de uma interdição, por exemplo, ou ainda, contribuir para a disseminação de informações sociais, são considerados como importantes para que as equipes possam desenvolver as abordagens sociais. Há o reconhecimento de que pouco se investe em informações e/ou conhecimentos sobre a dimensão social para a elaboração das práticas.

“Não só uma questão de fazer, acho que de conhecer. Conheço muito pouco (...), por exemplo, o De Volta pra Casa. Que tipo de projeto era esse quando foi pensado, que tipo de amplitude tinha isso, as intervenções na casa, no território todo, na cidade, na praça, em um jantar, em um grupo artístico. Várias coisas que a gente pouco investe e pouco conhece também da própria rede”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

O que nos fica evidente neste ponto é que os CAPS atuam desenvolvendo práticas e construindo respostas às demandas sociais, embora encontrem resistência e muitos questionamentos pertinentes das equipes.

Os profissionais identificam que realizam ações voltadas ao social cotidianamente, porém localizam o Serviço Social como a área de conhecimento encarregada das demandas mais complexas. De certa forma, relacionam certas temáticas à área de competência do assistente social, como, por exemplo, as relativas a recursos financeiros e processos para reconhecimento de direitos sociais ligados à justiça (poder

familiar, abandono, direitos trabalhistas). A atuação deste profissional ocorre de diferentes formas, seja diretamente nas situações sociais, seja orientando a equipe quanto as práticas sociais. O trabalho de orientação permite a ampliação das práticas com relação as demandas sociais dos usuários, independentemente da profissão, mas não substitui o conhecimento técnico-operativo da profissão e o olhar sensível as questões sociais.

“Essas coisas mais burocráticas, um relatório, uma perícia, esse tipo de coisa a gente não consegue. Eu não conseguiria fazer um relatório. O que a gente consegue fazer é arrumar uma cesta básica”. (Monitora, CAPS III, 2016)

“Eu consigo ver a condição psicológica, social não. Acho que isso esbarra, mas conseguir cesta básica, articular uma moradia, ir junto no INSS isso dá. Mas essa coisa mais profunda não dá. Fazer uma perícia, fazer uma visita e dar o aval, eu acho que tem condição, não tem”. (Monitora, CAPS III, 2016)

O trabalho social realizado pelo assistente social é específico, segundo alguns dos outros profissionais. As equipes enfatizam duas principais ações ligadas a área de conhecimento e habilidades do assistente social, quais sejam, o acesso ao usuário de modo transcendente às ações pontuais ou individuais e a articulação de recursos intersetoriais.

“A [assistente social] vai dizendo das condutas que ela vai tendo, do que ela vai pensando dos PTS [Projeto Terapêutico Singular] dos usuários (...) é de pensar o sujeito mais do que a gente pensa na integralidade no SUS, (...) mais nessas ações intersetoriais. Pensar o sujeito para além do CAPS, mas para dentro de uma dinâmica familiar”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“[A diferença entre] o grupo da [assistente social] (...) e dos outros grupos é de (...) que eu centrava muito mais no sujeito, muito mais no adoecimento e não no sujeito como produção de um adoecimento do território, da onde ele vive, da família, outras complexidades”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Um dos meus receios quando eu assumo o grupo da [assistente social] e ela vai passando para mim as demandas, eu penso (...) que eu nunca alcancei tanto um usuário”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“É um núcleo que fica muito aquém do que a gente precisaria. Eu acho que a prática social pode ser feita por outros atores não só o assistente social. A gente poderia ter outros aqui. A gente só tem um que não dá conta. A gente sabe disso. Que faz o possível e o impossível. E a rede dela é enorme, ela consegue fazer rede até onde a gente menos imagina”. (Enfermeira, CAPS III, 2016)

Outras ações entendidas como sociais – disponibilizar uma cesta básica, acompanhar usuários no INSS, encaminhar para uma vaga de emprego – são práticas sociais atribuídas à função do técnico de referência, realizada por todos os profissionais, com exceção dos médicos e farmacêuticos.

Por seu turno, as assistentes sociais enfatizam que a equipe tem dificuldade de compreender o que é o Serviço Social porque associa a profissão com a Assistência Social

enquanto ação Estatal provedora do bem-estar social e seus processos tidos, de maneira geral, como sendo assistencialistas e tutelares. Referem, a necessidade de explicar para as equipes o que é a profissão, distinguindo-a das práticas das políticas e programas ligados à Assistência Social. Uma das equipes opta por não ter o assistente social como membro, por um tempo determinado, sob a justificativa de que este profissional traria demandas sociais para dentro dos serviços.

“Explicar o que é o Serviço Social. Até mesmo a equipe tem dificuldade de compreender o que é o Serviço Social”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Foi uma escolha da equipe não ter assistente social, porque achava que trazia muito para cá (...) todas essas demandas sociais (...) começou a ficar muito centralizado na figura do assistente social. Depois a gente rediscutiu isso, entendendo [que] essa demanda vai chegar, porque faz parte (...) do adoecimento, falta de renda, do trabalho, as pessoas vão adoecendo mentalmente por isso, mas a gente voltou a conseguir diluir isso um pouco mais pelas referências”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Embora não seja nosso foco discutir a inserção de uma área específica de saber dentre as diversas presentes nas equipes, pensamos ser significativa a maneira como as equipes relacionam o ‘social’ com o serviço social e com a Assistência Social. O assistente social sente-se ‘parte do conjunto, porém não incluído’.

“Uma vez por mês (...) tem reunião dos núcleos. E eu sou a única (...) assistente social. Eu não participo de nenhum núcleo (...). Eu falo que lembra aquela parte de matemática, do conjunto. Faz parte do conjunto, porém não contido. É assim que eu me vejo”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

As assistentes sociais referem que o Serviço Social não tem espaço na Saúde Mental enquanto campo de atuação e que, por vezes, precisam lembrar as equipes de que podem contribuir com os casos sociais mais complexos.

“O Serviço Social não tem espaço na saúde mental (...). Quando você vai falar de um CAPS ou de uma equipe (...) eles sempre falam a equipe é formada por TO, psicólogo e enfermeiros. E assistente social. E tem CAPS que nem tem assistente social”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Às vezes, preciso pôr o pé no peito para falar, gente, eu estou aqui, eu posso ajudar (...). É mais uma prova de quanto que o Serviço Social ainda não tem o seu lugar, não tem o seu espaço. Que é uma batalha. Eu sofri muito aqui para conseguir”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Estou tentando entrar no caso (...). É um caso difícil, um caso social difícil (...). Eu tive que me colocar (...) e fui tentando pensar outras coisas. Tem outros profissionais do CAPS, muito mais a equipe de enfermagem. (...) Não sei o que fazer com este caso, me ajuda”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Coloca-se um ponto de tensão na equipe, em especial para as assistentes sociais, com relação as demandas sociais, uma vez que os profissionais se questionam se o

trabalho social é função do profissional de referência⁴⁸ ou de responsabilidade do assistente social. As opiniões se dividem.

As assistentes sociais são comumente requisitadas pelas equipes para situações relacionadas a concessão de benefícios. Mas há o reconhecimento de que embora os profissionais desenvolvam práticas com o social, algumas situações exigem o saber específico e o assistente social é o profissional mais indicado para avaliar e atuar, pois existe um olhar profissional, técnico sobre a mesma dimensão social.

“Muito mais na questão do benefício, obter informação, de pedir. Trazem para a referência. A referência demora um pouco para perceber algumas coisas (...). Algumas pessoas que já me conhecem vêm me procurar direto”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Eu não faço isso sozinha. Eu discuto não só com a referência. É importante que o usuário seja protagonista e que ele entenda também. É um benefício, mas porque a gente vai pedir o benefício (...). Trabalhar o usuário, como é que ele vai estar utilizando aquele dinheiro. O que ele pode olhar para ele, para comprar para ele”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“As relações já são por si uma questão social. Claro que deve ter um social visto de uma forma mais técnica, mais social, social”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“O social tem um olhar social para esse vínculo e a gente não consegue. A gente começa a ir para o individual ou para o simbólico, aquela coisa mais psi”. (Monitora, CAPS III, 2016)

Para outros profissionais as práticas com o social estão ligadas ao profissional de referência que pode buscar a ajuda da assistente social para tratar das demandas sociais.

“Eu sou da época que acompanhava muitos usuários em perícia. Coisas que a família tinha que fazer eu fazia. Hoje você não acompanha mais, a perícia é diferente (...). Não sei se era o papel da assistente social, mas eu ia como papel de referência”. (Técnico de Enfermagem, CAPS III, 2016)

“Acho que desde ir (...) no INSS, ir na Promotoria, sair fora do teu horário, isso acho que é do profissional de referência que é implicado nisso. Não é de CAPS, não é de nada. É de referência”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

“Não só a assistente social, mas acho que outras pessoas vão tentando cuidar”. (Técnica de Enfermagem, CAPS III, 2016)

Por outro lado, aponta-se casos em que as assistentes sociais chegam a procurar as referências para informar-lhes sobre procedimentos e estratégias ou para indicar sua percepção acerca de situações sociais, as quais, por vezes, o profissional de referência

⁴⁸ Profissional de referência é uma função atribuída a todos os profissionais para articular os cuidados em saúde mental nos CAPS III pesquisados. Estes, acompanham um determinado número de usuários e elaboram os Projetos Terapêuticos Singulares contendo o plano de tratamento.

não constatou. Assim, algumas questões sociais mais complexas que demandem um conhecimento profissional mais específico, por vezes, ficam “retidas” com as referências.

Isto posto, fica evidente que a intermediação dos profissionais de referência com relação as demandas sociais dos usuários e as assistentes sociais enfrentam dificuldades e/ou constrangimentos, sobretudo no que diz respeito à autonomia e “domínio” do projeto do usuário exercido pelos profissionais de referência. Embora, considerem que outros profissionais possam desenvolver o trabalho social para que este não fique centralizado em um só profissional e para que a equipe se capacite qualificando a atenção aos usuários.

“Fica um pouco difícil, quando eu entro, quando eu não entro. Porque (...) a gente trabalha por profissional de referência. (...) Estou tentando entrar no caso, mas não é [porque] é um caso social difícil e [solicitem minha] ajuda”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“[Com o social] eles trabalham muito pouco (...), às vezes, acabo me metendo. Tento respeitar o tempo, mas quando vejo que são situações um pouco delicadas que não dá para esperar, chego na referência e falo”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Não dá para as coisas serem centralizadas. Algumas coisas precisam a referência saber. Eu explico o que que é auxílio doença, os benefícios, eu explico as questões da COHAB (...). Não precisa esperar que a assistente social faça, enquanto a referência dá conta”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Tento articular um pouco a rede e peço ajuda das referências para fazer os relatórios e seguir com os encaminhamentos. É a forma que eu tenho pensado que seria possível atuar nos casos”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Compreendemos que ao referirem-se ao assistente social, a equipe, de alguma forma, nos diz algo sobre suas compreensões acerca do social e as estratégias de intervenção para esta complexa e multifacetada questão. O assistente social se vê excluído dos processos de construção das práticas de seu núcleo de conhecimento, ao mesmo tempo, em que reconhece ser possível que profissionais de outras áreas construam respostas sociais às situações sociais.

Por outro lado, as equipes reconhecem a importância desta área de conhecimento, mas a convocam, em geral, para o suporte técnico ou para obter informações da área social, o que é significativamente diferente de construir conjuntamente conhecimentos e práticas numa perspectiva interdisciplinar. Avançar nesta construção coletiva, nos parece fundamental para a criação de práticas condizentes com as condições sociais dos usuários, uma vez que o olhar múltiplo sobre o mesmo “objeto” permite manter as contradições inerentes a realidade social apurando a gestão de práticas alternativas.

Práticas intersetoriais

Para as equipes, a prática realizada fora dos serviços é considerada ‘prática comunitária’ –atuação/reabilitação no território – e as ‘sociais’ – direcionadas as questões financeiras, relacionais e familiares – ligadas aos aspectos da vida cotidiana dos usuários. Identificam que fazem muita coisa social e poucas comunitárias.

“[Atua-se] com o social muito, com o comunitário pouco (...). Nossa atuação no território é muito frágil (...). Não entendo que o trabalho que eu faço é um trabalho na comunidade, no território. Eu não entendo que é um trabalho de reabilitação no território (...). Meu trabalho por um tempo [foi] dentro do CAPS, (...) essa saída, estar no mundo também, ficou um tanto mais restrito”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

As práticas comunitárias estariam associadas ao convívio social dos usuários com o objetivo de criar condições para que estas pessoas conquistem mais qualidade em “seus espaços” sociais. A prática de acompanhá-los nos territórios de vida, além de intermediar as decisões e relações sociais pode, segundo as equipes, ampliar o poder de escolha individual, entendido como fundamental para a inserção social. Contudo, revelam, também aqui, a linha tênue entre a tutela e a autonomia. Alguns profissionais nomeiam essas práticas como sendo de reabilitação e/ou inserção social com o imperativo de serem desenvolvidas no território, na comunidade, atribuindo-lhe sentido de intermediação.

“Sair com eles para sacarem onde é o lugar que cortava cabelo (...) para eles terem escolha (...) e além disso, o encontro que fez no espaço físico do salão com a pessoa que atendeu. Perguntar onde é que vende cigarro (...) mais barato. Olha aqui tem academia, tem um Centro de Convivência (...). Como é que são as atividades do Centro de Convivência, como é que pega ônibus no bairro. Como é que acessa o Centro de Saúde (...). Tem muitas ações em relação ao social”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“O grupo de jovens me dá essa dimensão de novo de um trabalho de inserção, de estar com os usuários em outros lugares, de um trabalho de reabilitação. Isso quando eu penso em território, comunidade”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Os CAPS dispõem de poucos recursos próprios, humanos e dos insumos de saúde, para atender as demandas sociais dos usuários diante de graves questões sociais. Projetados para atuarem no nível comunitário e *com* a rede de serviços, os recursos para o desenvolvimento das práticas sociais dependem da qualidade das parcerias e compartilhamentos estabelecidos. Os entrevistados consideram que a saúde mental como serviço e proposta de transformação paradigmática frente à loucura, deve estar próximo às redes territoriais para criar espaços qualificados de discussão sobre saúde mental. Isto põe em evidência a ação intersetorial e o apoio matricial como uma prática social articuladora dos

cuidados. Se realizado por todos os profissionais da rede, desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), este dispositivo estratégico proporcionaria a articulação e troca de saberes entre áreas e entre instituições.

“Fazer com que a equipe toda também se sinta responsável por esse usuário da saúde mental (...). É um trabalho árduo e contínuo. Não é só delas que estão lá dentro do Centro de Saúde, no matriciamento e tem que levar isso para dentro da equipe, é do CAPS estar mais lá”. (Enfermeira, CAPS III, 2016)

“O CAPS tem que estar no território (...) Qualquer outro serviço de saúde mental, tem que estar próximo. Seja um CECO (Centro de Convivência), seja (...) uma oficina de geração de renda (...). A gente tem que estar próximo da comunidade e dos outros serviços”. (Enfermeira, CAPS III, 2016)

As práticas intersetoriais enfrentam, no entanto, enormes desafios e são bastante heterogêneas a depender das áreas envolvidas – aparentemente com um melhor resultado nos setores de habitação e acesso à justiça e mais desarticuladas quanto à assistência social e educação, como destacaremos mais a frente.

Os profissionais consideram que um dos obstáculos ao desenvolvimento do cuidado intersetorial vem do fato de o CAPS, de modo direto ou indireto, se encarregar dos casos de transtorno mental grave. O agravamento do transtorno mental decorrido das precárias condições de vida dos usuários os torna cada vez menos inseridos em programas e políticas sociais de outros setores. Os usuários seriam atendidos quase que estritamente pela política de saúde mental, aumentando o nível de dependência dos mesmos aos CAPS e restringindo experiências quanto ao convívio social e de exercício da cidadania.

“Chega de tudo aqui (...) desde violência, negligência. São situações tão sérias que às vezes eu fico pensando, onde esta pessoa estava que nenhum serviço viu”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Isso acaba aparecendo na reunião (...) geral e acaba prevalecendo a opinião de que ela tem que ser cuidada [aqui, porque] não está tendo a oportunidade de ser cuidada em outros lugares senão aqui”. (Médico, CAPS III, 2016)

“(...) lógico já tinha já a questão do transtorno, mas a piora vem pelas condições que [a pessoa] está (...). Como não houve um olhar dentro das políticas para esse usuário, para este cidadão, piorou o adoecimento. Vejo que as questões sociais têm adoecido muito e desencadeia nas questões mentais e isso tem sido um disparador”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“A gente estava com uma situação recente de uma pessoa que sofreu um abuso do irmão (...). A rede de assistência se fecha e a gente acolhe esta pessoa no leito (...). [Estamos] com muita dificuldade de articulação de rede da assistência, rede com a unidade básica [de saúde]. A gente se sente um tanto sozinho e vai abarcando as coisas”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“A gente acaba aceitando e fica só para a gente. Tem coisas que fogem (...) não dá para fazer (...). Mal discutem o caso porque está aqui”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Como verificam as equipes, o CAPS absorve demandas que não lhe seriam pertinentes, mas, porque adjacentes aos problemas decorrentes do transtorno mental, esse serviço acaba centralizando em demasiado as estratégias de ação, ainda mais em se tratando de situações sociais já contempladas por outras políticas sociais. Por exemplo, salvo exceções, os serviços de saúde em geral, ou até mesmo a rede socioassistencial, mantém a cultura de encaminhar a loucura para um destino único, mantendo a lógica da centralidade da “instituição psiquiátrica”, transferindo toda a responsabilidade dos casos para os CAPS. E, muitas vezes, não se trata de uma questão de transtorno mental grave, mas sim uma grave questão social e/ou de um comportamento difícil de ser lidado. Segundo os entrevistados, o que era para ser um trabalho em rede, de cooperação, acaba tornando o CAPS um ponto de alívio para quaisquer questões envolvendo usuários da saúde mental, mesmo as consideradas “leves” e de possível acompanhamento nas UBS ou pelos serviços socioassistenciais.

“A inserção dela aqui foi uma questão. Tem-se uma dificuldade em se aceitar coisas que não são para cá, mas acho que também é porque não existe parceria. Se rolasse algumas parcerias, as pessoas não teriam tanta dificuldade de aceitar”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Ela não tinha nenhuma questão para estar aqui (...). Foi um acolhimento para o Centro de Saúde (...). A gente discutiu em várias passagens de plantão o que fazer (...). E no fim (...) foi a gente que acompanhou ela na Delegacia da Mulher, foi a gente que conseguiu articular uma reunião com o CREAS”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Um outro caso de uma usuária grávida, [com] uma deficiência intelectual e a gente não consegue apoio nenhum da rede. Ela fazia um acompanhamento num Centro de Convivência, (...) e em um Centro de Saúde. Todo mundo saiu desse acompanhamento e cabe ao CAPS fazer o acompanhamento no pré-natal, acolher quando ela briga com a família, fazer articulações com a família e com outras instâncias e pensar se ela vai cuidar desse bebê, se ela não vai cuidar desse bebê, como é que a gente vai fazer quando ela estiver em trabalho de parto. Acho que isso tem nos demandado muito mais (...). Ela tem uma deficiência intelectual, mas é alguém que funciona assim porque vive assim (...). Ela chega no CAPS num momento de conflito familiar e a gente acolhe”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“Vira um ponto de alívio o CAPS”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“Você nem sabe que recursos tem para ir atrás. As vezes até tem e você nem sabe que tem, onde está, como esta, que tipo de parceria pode fazer. E isso vai virando um ciclo. Todo mundo fica fechado em oficinas no CAPS, vira o mais do mesmo que você estava evitando [e], ao mesmo tempo, você não tem alguns recursos para sair (...) demanda muito tempo, muito investimento (...). Você fica o tempo todo pensando como ser criativo para produzir isso”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Uma das justificativas das equipes tal fenômeno ligado as dificuldades da atuação no nível intersetorial ou com os serviços de saúde é a incerteza inerente as situações que

envolvem o transtorno mental. Muitas vezes, as ações planejadas são inviabilizadas devido a dinâmica e complexidade dos acontecimentos na vida dos usuários.

“Até que ponto é possível conversar (...), até que ponto começa a ser mais intransigente (...). Sempre vai trabalhando com isso que é difícil, ninguém tem respostas. O tempo todo sabe mais ou menos o norte, mas também é muito de como vai acontecendo, que tipo de clínica você conhece, que tipo de ética você aplica no seu trabalho”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

O caráter urgente das demandas devido as crises e/ou situações-limite qualifica o trabalho como “duro” e de respostas variadas pela diversidade de problemas apresentados. A prontidão em ‘dar respostas’ às demandas torna a equipe “cansada”, “adoecida” e “áspera”. Neste sentido, a incerteza dos efeitos das práticas, assim como as formas de operá-las torna difícil planejar ações “porque a pessoa te surpreende vai para um outro lado”. Esta característica do trabalho em saúde mental dificultaria, pois, a articulação intersetorial. Os profissionais referem que seria ideal que houvesse mais parceria entre os serviços no compartilhamento do cuidado com as pessoas que necessitam da atenção em saúde mental e não somente de forma personalizada, isto é, dependente do perfil de quem trabalha nas Unidades.

“A gente precisava ter mais parceria, teve várias pessoas que segura muita coisa. E hoje você vê realmente que não é o paciente e sim o perfil de quem está trabalhando lá. Tem Centro de Saúde que a gente matricia que a pessoa que ficava lá cuidava de um monte de caso. A pessoa saiu e veio duas pessoas lá no lugar e você vê que não segura os mesmos casos”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

A difícil articulação e abertura da rede em acolher as demandas das pessoas com transtorno mental também esbarra em elementos estruturais que determinam o caráter limitado para a ampliação do alcance social das práticas, tais como, a baixa cobertura de serviços, a “burocratização” como resposta à carência de recursos e ao sucateamento das políticas sociais, a tendência a especialização dos saberes e uma consequente acirrada defesa de espaços ocupacionais operados pelos Conselhos de Classe, entre outros.

“Se criou uma série de fluxos, de protocolos que faz com que as pessoas não tenham acesso aos seus direitos. (...) mas para ser perfil para estes serviços tem que seguir uma série de quesitos que dificilmente os usuários ou qualquer ser humano vai conseguir seguir todos. Eles acabam ficando na saúde mental”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“Acho que tem isso de capacitar as equipes e talvez as equipes de CAPS sentirem menos sozinhas porque quando a rede é muito fechada com protocolos e só entra se seguir todo os critérios, a gente sabe que [os usuários] não vão seguir”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Além disso, neste complexo de práticas, responsabilidades e poderes institucionais, a forte influência do estigma contra o transtorno mental fora dos CAPS torna-se parte do problema nas relações de intersectorialidade na rede de serviços.

Inclusão e exclusão laboral

A exclusão pelo trabalho é uma das dimensões sociais trazidas pelas pessoas que convivem com o transtorno mental severo. Os obstáculos postos a esta forma de inserção social expressam-se não só nas questões objetivas, tais como, nas dificuldades de encontrar um emprego, de participar de uma seleção ou de ter alguma experiência laboral pregressa que colabore para a colocação no mercado. O agravamento das questões econômicas e da exclusão social incide diretamente sobre a subjetividade das pessoas atendidas nos CAPS trazendo sofrimento psíquico, de modo que as interações estabelecidas com o meio em que se vive, sobretudo aquelas geradoras de conflitos e/ou obstáculos para inserção social, configuram um dos objetivos das práticas desenvolvidas pelos profissionais. A inserção/exclusão produtiva é uma das questões sociais mais comumente referidas pelos entrevistados.

“As pessoas chegam por conta da questão da saúde. Um psicótico que está ouvindo vozes, desorganizou, não está conseguindo trabalhar (...). Mas isso vem com uma avalanche de outras questões (...). Você começa a descobrir que essas pessoas têm moradias muito ruins, muita gente desempregada. Vem uma condição social que não tem a ver com o usuário em si, mas que tem a ver com o entorno onde ele vive”. (Gestora CAPS III, 2016)

Os profissionais significam a perda do emprego ou o fato de não conseguir inserir-se no mercado de trabalho como sendo pertinente a dimensão social. Este fenômeno afeta proporcionalmente toda a família e/ou grupo social de convívio a partir da privação de recursos mínimos e constituem-se em fonte de sucessivos constrangimentos.

“Tem muita questão relacionada ao emprego e tudo que isso envolve. Tem um paciente que há muito tempo está tentando um emprego. Ele trabalhava, mas teve uma crise, foi internado (...), perdeu o emprego e desde então ele não consegue emprego. Ele vive da pensão da mãe dele. Só que a mãe dele é alguém muito difícil, então a mãe dele não dá. Ele precisa de três reais para pegar o ônibus para estudar (...), a mãe dele não dá”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

As práticas sociais voltadas ao mundo do trabalho são compreendidas, de modo geral, como reabilitação psicossocial. As equipes avaliam a condição dos usuários para iniciar uma atividade laboral e articulam práticas que correspondam a esta análise, como por exemplo, incentivar a procura por um emprego ou incentivar a busca de alternativas.

Uma alternativa ao trabalho formal, de acordo com alguns profissionais, são as oficinas de trabalho protegido criados por instituições de saúde mental com o fim de atender as particularidades dos usuários.

“As oficinas de trabalho no NOT (Núcleo de Oficinas de Trabalho) é uma reinserção social. As oficinas que a gente tem no Centro de Convivência Tear das Artes acabam sendo uma reinserção social”. (Médico, CAPS III, 2016)

“Aquela coisa da pessoa não trabalhar, vamos arrumar um trabalho. A gente tem o grupo de (...) emprego, o grupo das mulheres, o grupo da família. Eu acho que cai muito nisso de tentar devolver a pessoa para a sociedade. (...) Tem a parte que a gente consegue pôr nos mercados, aquela cota do deficiente. Isso é a parte social que você consegue devolver. Claro que tem usuário que vai e volta, mas é uma tentativa”. (Técnico de Enfermagem, CAPS III, 2016)

As práticas sociais são diferenciadas de acordo com a faixa etária e o comprometimento psíquico e social trazido pelo transtorno mental. Ao segmento jovem, em geral, com menos experiências de hospitalização prolongada e a cronicidade a ela inerente, são destinadas ações de resgate da condição de trabalhador e/ou são incentivados a iniciar a busca pelo emprego. Confecção de currículos, localização de vagas e manutenção de informações sobre vagas de trabalho para os usuários são as práticas realizadas. Verifica-se, contudo, significativa pressão das famílias para o pedido de benefício assistencial e/ou previdenciário.

“Jovens que tem chegado para tratamento, dificilmente eles querem o benefício. Eles querem melhorar porque querem voltar a trabalhar e fica uma tensão com as famílias. A gente explicar que ele tem direito de se afastar por saúde (...) para ajuda-los a não se afastar do mundo do trabalho tão jovem”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Entre os programas e políticas de transferência de renda, o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁴⁹ tem sido um dispositivo bastante utilizado pelos profissionais como alternativa à obtenção de rendimentos aos usuários. Contudo, analisamos por meios das entrevistas que o mesmo é empregado pelas equipes dependendo da situação ou da demanda social, muito mais como um dispositivo para a articulação do cuidado em saúde mental do que como efetivação do direito social; mesmo quando se verifica a necessidade

⁴⁹ Criado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742 de 1993, o BPC é a “garantia de um salário mínimo mensal ao idoso de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (...) que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Para ter o direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que ¼ do salário-mínimo vigente”. Trata-se de um benefício assistencial não contributivo, reconhecido por Lei e operacionalizado pela Instituto Nacional de Seguridade (INSS), portanto, um mecanismo do Direito Social. Ademais, a solicitação pode ser feita por todo cidadão/cidadã diretamente à agência operadora do benefício sem intermédio institucional ou de serviços, o que, em geral, não ocorre. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>. Acesso em: 18 de junho de 2016.

premente de algumas famílias e/ou usuários e se reconheça o perfil exigido pelos parâmetros da política.

Deste modo, para dentro da lógica dos cuidados em saúde mental desenvolvidos no serviço, o benefício assistencial é compreendido de maneira paradoxal, pois embora lhe seja atribuído significado de alternativa de renda fundamental para a manutenção da vida de algumas pessoas ou famílias devido as precárias condições socioeconômicas, pode significar, ao mesmo tempo, na perspectiva terapêutica, um incentivo à inércia ou a criação ou aprofundamento da circunstancia de dependência. Em outros termos, segundo essa lógica, o acesso ao benefício despotencializaria a inserção social dos usuários.

“A gente levou um tempo com muitas discussões (...) para chegar à conclusão que sim, ele é um psicótico grave que demanda alguma institucionalização. Se tentou de tudo, quartinho, pensão, morar com a ex sogra, tudo com o imaginário de que ele daria conta e ele não deu conta (...). Ele conseguiu se organizar minimamente, do ponto de vista da saúde mental, quando ele teve uma casa, uma moradia pela saúde mental (...). Era uma aposta dele conseguir voltar a trabalhar, que ele iria conseguir sustentar os filhos (...). E não. Benefício, sabe tudo aquilo que parece que é retroceder (...). Até chegar à conclusão de que ele mesmo jovem ia precisar de um aparato do Estado bem maior”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Há significativa preocupação das equipes com o acesso aos recursos sociais, apostando que os usuários possam lidar com seus próprios desafios de inserção social. Oportunizar espaços e ensejos para o exercício da autonomia pode ser uma estratégia do ponto de vista subjetivo e de fomento e valorização das capacidades da população atendida. Contudo, ponderamos que as questões sociais residem no campo das necessidades de sobrevivência de uma população enjeitada socialmente. Uma população que, em geral, não encontra espaço social favorável, ou ao menos semelhante, que as pessoas consideradas “em sã consciência”, “não doentes”, “normais”, “capazes”, “produtivos”, etc. Com isso, o manejo do benefício como recurso terapêutico pode provocar o agravamento das condições sociais e a resposta inversa do que se pretende em relação à autonomia, causando, por sua vez, maior dependência dos usuários em relação aos serviços sociais.

Devemos considerar neste ponto a luta pela sobrevivência pela qual podemos imaginar viver a maior parte dos usuários do CAPS e suas famílias. Para além da escassez dos recursos materiais, existem os significativos obstáculos à inserção social deste segmento que, por conseguinte, afetarão as chances desta população satisfazer suas necessidades socioeconômicas. Ademais, se mostram reduzidas as alternativas e as redes de proteção social do Estado brasileiro no atual contexto.

Verifica-se, adicionalmente, análises de cunho moral em relação à legitimidade ou merecimento aos benefícios. Esta postura dá-se pelo pressuposto de que algumas famílias e/ou usuários se beneficiaram do recurso assistencial de maneira indevida.

“A coisa do benefício a gente pede razoavelmente. Mas poucos usuários que não tem critério para ter benefício”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“A partir do momento que ele tem o direito e a gente vê tanta corrupção, tanto mal-uso do dinheiro, tanto mal-uso do benefício (...) para mim, se aquilo eu tenho certeza que realmente esse benefício vai fazer diferença, se vai ajudar aí a gente oferta”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

De todo modo, as equipes atuam para que os sujeitos alcancem nova inserção social, distinta daquela que simboliza a dependência do Estado e o fracasso social.

“Avalio que o benefício é importante, mas também acho que tem que valorizar este usuário, eles têm potencial. Porque senão a gente fica só benefício, benefício, benefício (...). Tenho casos aqui de usuários que hoje é vendedor em loja (...) e tem uma resposta, eles acabam se colocando em outro lugar”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“A gente já discutiu que não ia incentivar ela a ter benefício. Ela está buscando (...). A gente tem que incentivar ela a trabalhar. Não vamos judicializar a ter benefício alguém que tem condição de voltar para o trabalho. Voltar não. Começar. Ela é alguém que nunca trabalhou. Não tem experiência de trabalho”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

A concessão do benefício assistencial inaugura um novo campo de atuação social complexificando o cuidado em saúde mental. De acordo com os entrevistados, uma vez concedido o recurso, importa-lhes a maneira como ele será utilizado, passando a requerer o cuidado e o percurso de acesso ao direito. Para além do acesso ao recurso financeiro, as equipes veem-se implicadas com suas consequências.

“(...) isso nunca entra só como um recurso financeiro. Isso entra na forma como ele elabora tudo isso, como que a gente entra nisso. Que tipos de recursos ele precisa, ele quer e como que a gente consegue ouvir isso, respeitar e ao mesmo tempo entendendo que precisa de ajuda”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“O benefício para o Murilo acabou fazendo com que ele morresse mais rápido. Porque, além dele ser alcoólatra, ele era diabético. E ele recebeu sessenta mil de indenização. Assustei quando soube que ele gastou trinta mil em uma semana (...). Cheguei na cozinha dele, era tanta caixa de bolacha, tanta caixa de leite e muita bebida (...). Esses facilitadores financeiros acabam também, ao mesmo tempo ele é positivo, ao mesmo tempo acaba dando uma conotação negativa no sentido dessa autodestruição”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Diante desse dilema, há duas práticas destacadas pelos profissionais como forma de lidar de maneira mais equânime do ponto de vista do cuidado em saúde mental com relação ao acesso aos benefícios. Uma delas seria discutir com os usuários o uso do recurso com qualidade e a outra seria de buscar uma outra fonte de renda alternativa.

“Eu não fui ver benefício para ele. Hoje trabalha aqui no shopping (...). Esse caso para mim, foi possível (...). Eles conseguiram se reestruturar”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Você não deu conta do trabalho. Não, eu já tentei (...). Agora a gente vai tentar o benefício porque realmente não deu certo. Não é assim simplesmente eu quero um benefício. Isso precisa ser trabalhado”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Neste sentido, verifica-se as iniciativas para a criação de cooperativas, associações e oficinas de geração de renda voltadas aos segmentos das pessoas com transtorno mental. A parceria com o programa de Economia Solidária partir de 2004 objetivava incrementar as iniciativas já existentes e de articular políticas para “a instauração da solidariedade como norma social e a construção de empreendimentos coletivos e autogestionários como resposta à exclusão do mercado” (BRASIL⁵⁰, 2005 *on-line*). Porém, mesmo alcançando bons resultados, demonstra desafios quanto a sua insuficiência financeira e institucional.

“A gente tenta fazer o trabalho social ajudando o paciente que liga falando eu não posso ir aí buscar o meu remédio você consegue mandar alguém para mim. Acho que o trabalho social de ajudar marcar uma perícia, trabalho social de ajudar conseguir alguma coisa, até mesmo de acolher, orientar fazer isso, aquilo”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

“Quando a gente fala em grupo de referência (...) sobre trabalho, sobre reinserção dos usuários nas suas comunidades, quando a gente fala de benefício”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Em síntese, podemos dizer que embora as equipes identifiquem a precariedade das condições sociais dos usuários no que tange o acesso a recursos e bens materiais, o benefício assistencial deixa de ser a primeira alternativa a ser considerada para amenizar ou resolver essa situação. A dimensão da autonomia do sujeito por meio da iniciativa própria é incentivada de diversas maneiras nas práticas sociais das equipes.

O que problematizamos aqui é, até que ponto a autonomia das equipes chega diante de um direito social? De que forma essa pessoa viveu e em que condições, privada de renda e sem trabalho? Como alguém que nunca trabalhou e convive com um transtorno mental pode se manter sem recursos financeiros? É um dilema permanente nas equipes.

O desemprego não é um problema do indivíduo isolado, mas sim o reflexo da dinâmica inclusão/exclusão associado ao sistema de produção capitalista. A inserção de pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho formal ocorre raramente. Se por um lado, essa é uma sutileza das práticas no campo da saúde mental potencializadora das relações, das subjetividades, com relação ao social, por outro, restringe-se à ajuda e a

⁵⁰ Disponível em: <https://saudeecosol.wordpress.com/about/> Acesso em: 25 de julho de 2016.

abordagem psicológica dos problemas sociais sem que as práticas possam ser articuladas com a realidade social concreta como, no caso, do desemprego estrutural dos dias de hoje.

Moradia

Muito problemáticas, as questões relacionadas com a falta de moradia foram identificadas pelas equipes como um significativo disparador das condições de vulnerabilidade social. As demandas sociais por moradia demandam das equipes, além do acionamento das redes intersetoriais, o acompanhamento in loco do remanejamento de famílias de zonas de risco e constituição de novos bairros. Requerem práticas sociais de aproximação das equipes aos órgãos competentes para a defesa dos direitos dos usuários, uma vez que há uma preocupação com a segurança e com a aceitação da comunidade frente aos hábitos, muitas vezes, incomuns de algumas pessoas.

“Fizemos todo o processo de ir nas reuniões, ir no síndico, ir explicar para ele conversar com o pessoal do prédio. E teve abertura, o pessoal entendeu que ele precisava de uma atenção especial”. (Gestora, CAPS III, 2016)

As práticas relacionadas a articulação de moradias junto aos órgãos municipais de habitação popular são uma das mais frequentes e, incluem, necessariamente, o acionamento de outros setores. Essas ações podem ser de acompanhar os usuários nos órgãos públicos habitacionais, articular intersetorialmente os trâmites burocráticos e discutir com estes setores as particularidades dos usuários, bem como, oferecer suporte especializado junto à comunidade para melhorar o convívio social.

“Nos últimos anos, quando as famílias abandonam, não querem mais cuidar, o cadastro na COHAB (Companhia de Habitação Popular de Campinas tem sido uma saída (...). As pessoas têm necessidades reais”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“A gente consegue trazer a intersetorial para ser feita dentro do espaço do CAPS. A gente abre para discussão, quando começa a implantação dos condomínios habitacionais, chama as profissionais, as assistentes sociais da COHAB, faz a discussão”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

As práticas sociais para esta questão variam conforme a necessidade trazida pelo usuário e a percebida pela equipe. Embora o objetivo maior seja de conseguir articular uma moradia para que a pessoa tenha onde viver, há também a preocupação com a qualidade do morar. As práticas das equipes se expandem para o território, comunidades e ações intersetoriais. As práticas vão desde o acionamento intersetorial, no caso, com a COHAB, à preparação de relatórios multiprofissionais para encaminhar a situação, acompanhar os usuários aos locais pertinentes e outras tarefas.

As equipes relatam enfrentamentos com outros setores e órgãos com relação à qualidade das condições de moradia e da vida comunitária das pessoas com transtorno mental, em especial, trazendo para o debate as particularidades da experiência do transtorno mental severo que ultrapassa a ordem prevalente e do comum e que torna a vida cotidiana cheia de desafios sociais e culturais.

Os CAPS tentam acionar os recursos setoriais de modo a garantir que o plano de intervenção e sua execução sejam regidos pelo mesmo. Porém, verifica-se um distanciamento entre as propostas de ação e cuidados feitas pelos CAPS em relação àquilo que os serviços da rede podem oferecer, criando obstáculos a construção de parcerias e compartilhamentos o que, por sua vez resultará no isolamento dos serviços e em intervenções sociais descontinuadas. Há uma dificuldade de diálogo e de construção coletiva das propostas entre os atores agravada talvez pela falta de flexibilidade de algumas políticas. Outrossim, o modo como os agentes dos serviços lidam com o transtorno mental pode variar de maneira significativa. As falas a seguir evidenciam duas experiências distintas com a mesma política pública, no caso da habitação.

“Uma paciente (...) que morava em área de risco. A sala do barraquinho dela tinha um buraco enorme que se caísse ela cairia dentro do córrego que passava atrás. Laços familiares totalmente rompidos. A gente acionou a intersetorialidade, acionou habitação, acionou todos esses recursos que a gente tem e ela acabou vindo morar [em outro local] (...). Ela é um exemplo de que a atuação social dos serviços é o tempo todo”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

“Mais uma vez o CAPS não foi ouvido. Eu entendo que é uma política higienista. Vamos tirar da área de invasão (...), levar para um lugar quadradinho, fazer com que ela seja quadradinha. Ela não se enquadra. Por mais que a gente argumentasse, [em] reuniões difíceis, desgastantes e que a gente acaba se indispondo com outros serviços, fica uma coisa reativa”. (Enfermeira, CAPS III, 2016)

As necessidades das pessoas com transtorno mental são, muitas vezes, peculiares e não encontram nas estruturas mais formalizadas e enrijecidas respostas equânimes. Nesse movimento, os indivíduos devem se adaptar. Como ocorre com os abrigos ao estabelecerem critérios de seleção de usuários dos serviços, excluindo a população com transtorno mental por exigirem uma atenção diferenciada, deixando de reconhecer o direito social pela proteção social.

“Eles trazem as necessidades do sofrimento (...) de estar ouvindo vozes, até um lugar para morar, a comida, banho, coisas que eles não têm acesso em outros espaços. Por mais que seja (...) um abrigo, eles não acolhem. No meu entendimento um abrigo deveria acolher as pessoas por que é um lugar para quem não tem para onde ir. Tem um monte de critérios, você não pode isso, você não pode aquilo. Você tem que ter um documento, a pessoa é moradora de rua, ela não tem documento, ela não tem nada. Ela anda descalça com a roupa do corpo, vai ter documento?”. (Monitora, CAPS III, 2016)

À medida que os processos de exclusão social perduram, os CAPS criam alternativas para responder às demandas sociais. Auxiliar os usuários a encontrar um imóvel para alugar, além de apoiá-los na negociação com os proprietários para a locação, encaminhamento para os programas de habitação popular e a oferta do acolhimento noturno de forma transitória (leito social) para situações extremas.

O caráter social do leito enquanto acolhimento noturno se tornou uma das práticas sociais decorrentes das dificuldades do trabalho em rede e da exclusão social. Além de suas características particulares, o acolhimento noturno e intensivo objetiva resguardar os momentos de crise pelo qual muitos usuários vivem. Um dos serviços pesquisados dispõe desse recurso também para fins sociais. A complexidade das condições sociais associadas a gravidade do transtorno mental, exigem das equipes o manejo do leito como dispositivo de cuidado específico.

“A gente fica com três rapazes no leito (...). Pensando no histórico do CAPS (...) de uma busca por internações breves, de avaliações muito mais do campo da saúde mental e, de repente, eram casos que tinham questões de saúde mental, mas o que era mais tenso era a questão social. Eles não tinham para onde ir”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“Sempre que um usuário vem para o leito, morador de rua, a gente conversa, constrói junto com o usuário no projeto, você quer morar numa pensão, a gente pode ir junto ver uma casa ou uma inscrição na COHAB”. (Monitora, CAPS III, 2016)

Circunstâncias de alto nível de vulnerabilidade social, tais como cárcere privado, violência e abandono familiar, violação de direitos humanos, pessoas em situação de rua, são situações que demandam este tipo de ação. O significado desta prática social está relacionado pelas equipes com a proteção social dos usuários.

“O caso de alguém que tem um conflito familiar que o CID dele, o adoecimento dele não é o que prevalece, mas sim os conflitos familiares. A família abandona (...) não quer mais cuidar, a gente fica com a pessoa no leito”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Esta prática social não tem um fim em si mesma. Enquanto dispositivo de cuidado em saúde mental, está projetada para ser um caminho que permita rearticular a convivência social de pessoas vivendo em situações extremas. O leito social constitui uma estratégia de proteção e de “ganho de tempo” para o atendimento de situações sociais que demandarão articulações intersetoriais, discussões com as famílias e uma série de outras providências cuja temporalidade é imprevisível.

“Eram pessoas que estavam envolvidas com situações de violência que as famílias não queriam mais receber e não tinham para onde ir. Ou eram pessoas

que moravam sozinhas, adoeceram e as famílias não conseguiam assumir os cuidados”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“Uma de nossas pacientes [está] em cárcere privado. A gente (...) vai fazer uma intervenção no Ministério Público e trazê-la para o leito (...) até a gente tentar uma vaga na Residência Inclusiva ou pensar em outros encaminhamentos. É uma família que (...) todo mundo já trabalhou muito com os vínculos familiares (...). A equipe não acredita que seria possível um trabalho com a família”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

De significado controverso na equipe, este dispositivo revela as diferentes visões acerca do que seria uma situação de crise. Para alguns profissionais uma situação de crise pode ser caracterizada pelo nível de vulnerabilidade social e para outros, somente uma situação de agudização do transtorno mental.

“A gente acaba assumindo mais do que a nossa capacidade, nossa necessidade (...). Porque sempre vai ser essa questão social, sempre vai ser. Porque para muitos a questão social não é crise, mas para muitos a questão social é uma crise”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

Alguns profissionais relacionam a prática do leito social no CAPS à falta de apoio da rede ou ao seu “fechamento” para atender a população com transtorno mental. As equipes percebem que a rede de serviços e de proteção social encarrega aos CAPS toda e qualquer ação referente as questões da população com transtorno mental.

“Está no leito do CAPS e isso é uma questão para a gente. Porque ao mesmo tempo que a gente pode ser um espaço de acolhimento, uma vez que pisou no CAPS, o restante da rede coloca o carimbo de que é da saúde mental e a gente tem muita dificuldade com os abrigos, com uma série de coisas”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“O leito social é um pouco confuso. É um leito que a gente coloca o paciente aqui, a gente protege ele nesse momento, enquanto isso, a gente tentar articular outras coisas para a vida”. (Técnica Enfermagem, CAPS III, 2016)

“Tem pessoas que se sensibilizam com essas histórias e sustentam os usuários no leito. A gente até passou, de um tempo para cá, nomear como leito psicossocial. Para tirar essa, parece pejorativo, um CAPS ter leito social, ficar muito tempo no leito”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Acionar a rede de serviços para os casos considerados sociais significa encaminhar demandas específicas aos serviços disponíveis na rede. O intento das equipes é a construção de suporte social para ações de defesa de direitos dos usuários, encaminhamentos de questões de ordem material, habitacional, alimentar, disponibilização de recursos sociais por meio de programas específicos e especiais, como os contemplados pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS).

Práticas sociais para o exercício da cidadania e reconhecimento dos direitos sociais

O resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental é o cerne da reforma psiquiátrica, por possibilitar a transposição da visão sobre a doença psiquiátrica para um olhar sobre o sujeito-cidadão – sujeito de direitos e deveres – que vive com um transtorno mental que lhe causa sofrimento e dificuldades de convívio social. No plano organizacional a estratégia viabilizadora dessa transformação está nas recriações das práticas sociais, com a participação dos usuários e suas famílias e da rede de serviços, para a substituição das práticas manicomiais no que tange os cuidados disponíveis e a relação social com a loucura, portanto, na dimensão macro (jurídica e política) e microsocial (no plano das relações e ações sociais). Percebemos que para além das práticas de cuidado diferenciadas, das novas maneiras de lidar com a contenção, internação e medicação, há que se ter um olhar diferente sobre as formas de articular os processos sociais referentes à cidadania e o acesso aos direitos sociais.

As práticas com relação a cidadania e direitos sociais são consideradas pelas equipes como de responsabilidade de todos os profissionais. Se as demandas com relação as condições sociais dos usuários, no que se refere aos meios objetivos de sobrevivência em sociedade, podem se apresentar como dilemas nas equipes, dividindo-as em diferentes opiniões, o mesmo não ocorre em relação as demandas sociais envolvendo a cidadania e o resgate dos direitos sociais.

Uma destas práticas refere-se às assembleias. Realizada pelos trabalhadores e usuários semanalmente em ambos os serviços, as assembleias são momentos destinados as discussões de cunho político, de organização do serviço, de discussão de pontos de atrito decorrentes da convivência e dos momentos coletivos. Este é um espaço também de identificação de demandas relacionadas a vida social dos usuários entre si, com relação à sociedade e ao serviço.

“Os espaços de assembleia (...) trazem coisas mais políticas. Já teve assembleias temáticas (...), que a gente fez eventos porque trouxeram questões ligadas a limpeza, organização (...). A gente vai trabalhando questões de cidadania”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Este espaço é um dos poucos momentos em que o exercício à palavra circula entre as pessoas presentes, sejam elas profissionais e/ou usuários do serviço. Mesmo que as temáticas abordadas nestes momentos sejam trazidas pelos profissionais, este é um espaço

muito significativo para observar os efeitos da mudança paradigmáticas, bem como, para reflexão sobre aquilo que necessita avançar neste sentido⁵¹.

Outra prática refere-se à defesa do direito ao exercício da maternidade pelas mulheres com transtorno mental. Em realidade, essa é uma das demandas sociais mais mobilizadoras de ações junto a justiça e a outros serviços intersetoriais. As equipes desenvolvem práticas de suporte social e intervenção institucional junto as maternidades e, quando necessário, o acionam o Ministério Público.

“Uma pessoa que está em sua quinta gestação, já perdeu outros quatro filhos. Duas gestações foi aborto e duas crianças ela perdeu (...). A gente questiona será que ela é uma vítima da questão social que nunca teve ninguém que acompanhou e possibilitou coisas para a família. Será que quando ela tiver uma criança o comportamento dela vai mudar, ela se sentir mais responsável por aquele indivíduo, vai querer cuidar melhor e ter a capacidade de cuidar (...). Será que esta mulher já teve a oportunidade de ser mãe e desenvolver. A gente estava com essa dúvida e querendo apostar um pouco”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“Tirar as crianças das mães que tem o neném e a gente fica brigando que não é assim (...). Sendo mulher e sendo esquizofrênica não pode ter filhos. É quase uma castração (...). Nunca é discutido com essa mulher, pesando junto com ela, (...) pedido auxílio da família para ver se alguém (...) pode ficar com a criança. Não tem essa conversa. É essa conversa que a gente quer fazer. A gente não está dizendo que todas as mulheres têm condições de estar com essas crianças. Mas a gente está dizendo que isso precisa ser conversado com ela. Não dá para simplesmente tirar e tchau”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

A infraestrutura dos serviços da rede é um dos aspectos mencionados pelos profissionais e gestoras como fundamentais para o desenvolvimento de todo o trabalho no campo das políticas públicas e cidadania, de maneira que sua insuficiência e/ou escassez viola o direito social de acessar serviços com qualidade e equidade.

“Na micropolítica a gente consegue fazer mais coisas do que no macro (...). Algumas coisas são mais possíveis fazendo no território (...). Porque você fala de inclusão que (...) dá acesso para estar circulando no centro de Campinas, o que não necessariamente acontece. Aqui já é mais possível algumas intervenções (...). Uma falta de horário de transporte já me faz ter que ir com o meu carro para alguns lugares, sabendo que eu vou depender disso para ter algumas intervenções que minimamente precisam acontecer para outras condutas do dia a dia e do próprio tratamento em saúde mental”. (Psicóloga, CAPS, 2016)

Muitos profissionais sentem-se impelidos a dispor de seus recursos pessoais, seja para atender as necessidades dos usuários, seja para dar continuidade aos processos de

⁵¹ Por exemplo, uma usuária que estava em acolhimento noturno há alguns dias disse, com o filho que a visitava no colo, que no ambulatório de Saúde Mental “o pessoal fica tudo em cima”. Já o CAPS, de modo distinto, atenderia “mais aberto. Vê-se o céu”. No geral, o entendimento dos usuários é de que o CAPS é um lugar de liberdade onde se pode cuidar da crise. Os usuários não identificam do CAPS como um local igual ao hospital, ou como um ambulatório.

cuidado em curso, em especial os sociais realizados no território, sob pena de perder possíveis avanços. Isso decorre da escassez de recursos públicos e precária infraestrutura.

É uma motivação pessoal (...) pegar o carro aqui, ir lá (...) com a paciente, com um monte de material que ela tinha na casa dela, fazer mudança no carro, porque até chegar a perua que ia vir... Isso (...) nem todo mundo faz. É mais fácil delegar, passar para o outro. Não deu certo, eu fiz o que deu para fazer” (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

“A gente vem participando de um processo muito adoeceador onde você tenta fazer um trabalho de qualidade, porque acredita no SUS, acredita na garantia de direitos (...) e, ao mesmo tempo, tem situações que acabam prejudicando o trabalho e trazendo uma perda importante. Numa dessas você pode perder paciente porque ele não vem com o transporte”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Assim como a infraestrutura dos serviços é fundamental para a ampliação do acesso a saúde, o espaço de convivência social e ao exercício do poder de decisão são consideradas pelos profissionais do mesmo modo importante para o avanço da cidadania. O nó górdio nesta questão é a complexidade dos obstáculos a serem enfrentados pelos sujeitos para alcançar algum nível de autonomia cidadã. As equipes reconhecem em suas ações esta dimensão e referem-se a ela como “dar espaço e voz” aos usuários, “ajudar a correr atrás”, ser “porta voz do indivíduo”.

“Para não ser mais marginalizado, deixado de lado pela sociedade. A gente tentar dar espaço e voz para ele. Eu acho que é na linha de ter os mesmos direitos que os outros têm. Só que saber que se ele não consegue correr atrás, é ajudar a correr atrás junto”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

“Você (...) sabe aquilo que a pessoa quer, você sabe que aquilo vai ajudar muito a pessoa, a gente não tem garantia que é cem por cento, mas a gente (...) investe naquilo”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

“Vejo que o CAPS está sendo o porta voz desse indivíduo. É muito difícil as pessoas que não estão aqui terem esse olhar externo. Parece que as pessoas olham muito para o seu quadrado”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Contraditoriamente, esta temática coloca em relevo a dimensão do controle de comportamentos por parte da psiquiatria em relação as pessoas com transtorno mental, um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica em curso. As transformações neste sentido tendem a ser lentas e dependem não somente dos serviços, mas de todo conjunto social. Foi possível observar pouca mudança neste ponto.

“A gente tem discutido muito isso de (...) conseguir controlar um pouco um afã civilizatório que a gente tem de que todas as pessoas têm que estar de banho tomado, trabalhando, felizes, casados (...). Tanto que nosso grau de tolerância com o sintoma é muito grande. Vários pacientes que a gente fala que já tentou de tudo, remédio, vamos tentar uma terapia mais agressiva. Mas está incomodando tanto assim o jeito que ele está. Vamos conversar com ele sobre isso. Acho que a gente consegue conversar com ele, fazer com que (...) apareça um pouco das vontades dele”. (Médico, CAPS III, 2016)

“Que seja de uma forma que não é roubar a autonomia do usuário, de uma forma tutelar, mas de uma forma que impulse ele a continuar prosseguindo ali com os recursos que é dele. Ou a gente melhorando os recursos dele para fazer suas coisas. Tem uma questão que não está dissociada nunca que é para o social, para a vida”. (Terapeuta Ocupacional, CAPS III, 2016)

Salvo raras exceções, as vontades dos usuários se restringem a certos aspectos microssocial de sua vida, não atingindo a potência do exercício da Cidadania. Verificamos em alguns relatos práticas que reconhecem este desafio e com ele constroem certa postura profissional mais condizente com a problemática.

“O mais difícil é tornar eles agentes autônomos (...). Eu entendo que seja o tempo todo tolhido (...). Se eu que me acho apropriada de várias coisas, me senti oprimida em várias situações e calada, imagina quem o tempo todo tem isso na vida, o tempo todo sendo calado de formas cruéis dopando, amarrando. Não vou te dar oportunidade de falar e a partir do momento que a gente sabe que tem esse poder de intervir nessas situações, é o que a gente faz”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Há uma tendência permanente das equipes em fazer por, em tutelar certas ações que o sujeito, mesmo com alguma dificuldade, poderia fazer.

“Chegou um tempo que a gente estava fazendo tudo, correndo atrás pelo usuário. Vamos diluir, o usuário pode ir. A gente dá o caminho para ele (...), vai marcar, a gente orienta a família e eles vão fazer. Porque sempre chega para a gente essa demanda. Não é o território. É o próprio usuário que traz para a gente essa demanda. Hoje está melhor, não vou dizer que está redondo. Acho que a equipe foi se apropriando de como é que tem que fazer. Só procura a [assistente social] quando tem dúvida e faz esses encaminhamentos”. (Gestora, CAPS III, 2016)

De certa forma, a noção de autonomia trazida pelos profissionais com relação a dimensão social vem como *mediação da autonomia*. São os profissionais que “dão” a voz e o espaço de fala para os usuários, são os profissionais que constroem as possibilidades do “estar” no mundo a partir daquilo que compreendem ser a melhor forma de fazê-lo.

A efetivação dos direitos no campo da saúde mental é frágil tanto quanto é fundamental para o avanço da reforma psiquiátrica. Como apontado, as equipes recorrem ao sistema de justiça para conseguir colocar em questão o reconhecimento dos direitos sociais no plano individual e social por meio da Defensoria Pública e Ministério Público.

O Ministério Público tem sido um aliado na defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental. Ao perceber as chances de não reconhecimento de algum direito social pelo órgão competente, as equipes referem acionar os profissionais da Defensoria Pública, para discutir o caso. Este é um recurso bastante utilizado pelas equipes, mas poderia ser acionado também pelos próprios usuários.

“Quando vejo que o caso vai dar uma complicação eu vou lá na DPU [Defensoria Pública de Campinas] (...) antes de fazer o agendamento, discuto com o Defensor. Depois volto lá com o usuário para dar entrada (...). Discuto

o que eles vão pedir. Às vezes, você vai falar com o usuário, o usuário não tem essa informação”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

O trabalho da Defensoria Pública tem sido de orientar as equipes e apontar as possibilidades de intervenções sociais com base nas legislações. Este dispositivo revela-se, no âmbito da defesa dos direitos, aberto ao diálogo com os serviços de saúde mental para as situações mais complexas. Os profissionais indicam não iniciar um processo judicial sem antes trabalhar com a rede de serviços e com outras instâncias de serviços sociais para resolver as situações. Esta característica é favorável ao movimento de transformação paradigmática da loucura porque cria um espaço para discussão das situações e não são apenas o disparador de ações de judicialização do acesso aos direitos.

“A gente tenta outras formas de cuidados, não vai direto para o Ministério público (...). A gente tenta primeiro com a rede, que o judiciário também faz parte dessa rede, mas não judicializar”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“[Na] Defensoria Pública (...) tem um assistente social e um psicólogo. Eles [os profissionais da equipe] entram em contato direto. Não acho que isso seja ruim, mas acho que eu estou aqui como assistente social e eu tenho um olhar maior da rede e do trabalho, mesmo das questões familiares que eu poderia contribuir melhor”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“O rapaz da promotoria (...) explica para a gente nos termos da lei. Porque as vezes a gente quer fazer maluco beleza, pode tudo e não é bem assim. A gente tem que se respaldar e não prejudicar o usuário”. (Monitora, CAPS III, 2016)

Práticas sociais não assistencialistas

A preocupação com as práticas assistencialistas frente à demanda social dos usuários pode ser tida como um dos eixos de destaque na compreensão das práticas sociais das equipes de saúde mental. Em geral, as equipes entendem por *ser assistencialista* o ato de *fazer por alguém* ou *trazer as demandas sociais para dentro dos CAPS*.

“A gente tenta ao máximo não ser assistencialista, não vamos fazer por, só ficar fazendo, mas (...) tentar incorporar ao máximo [que] não é só ficar fazendo e pintando, mas vamos começar por aqui. É importante você cuidar do seu corpo. Já teve casos de que começou aqui e depois o usuário começou a fazer a unha quinzenalmente”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“A equipe procura não ser muito assistencialista. Já fomos mais, de trazermos estas questões para a gente. Hoje a gente procura encaminhar para os serviços de referência que seria o CRAS. A gente tem uma boa relação e contato com o CRAS [e consegue] encaminhar os usuários para essas demandas”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“O que potencializei aqui foi olha de que igreja que você é. Você já conversou lá. Você sabe que tem uns atendimentos. Vai lá conversa (...). Vá no CRAS. Fazia o contato e vai lá tal dia que o fulano vai te atender” (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Uma das estratégias da equipe com relação as demandas sociais que requerem respostas materiais pontuais é construir uma articulação na rede de serviços que dispõe do recurso, captá-lo, sem que o usuário relacione o recebimento do recurso ao CAPS, o que nem sempre é efetivo. Outra estratégia é protelar a entrega do recurso para que o usuário encontre ou construa caminhos próprios para suprir suas necessidades.

“O CAPS é um serviço de saúde e eu tenho também uma dificuldade quando a gente acaba sendo muito assistencialista (...). A gente pede uma doação (...) e faz toda uma construção para [os usuários] não ligarem isso ao CAPS (...). O CAPS fez um pedido, entrou em contato, mas isso também você poderia ter feito, o CRAS poderia ter feito, outra pessoa poderia ter feito. A gente tem que fazer a parceria e não fazer por eles, me incomoda um pouco. Tem coisas que eu sei que é o CRAS que faz que é o CREAS”. (Enfermeira, CAPS III, 2016)

“Em casos até que a gente poderia dar mais, neste sentido de o usuário que não tem cama, não tem colchão, (...) a gente fica protelando um tanto para dar aquilo fisicamente. A gente tenta ir buscando que ele consiga mais caminhos”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

A tendência das equipes é orientar os usuários para que estes articulem por si próprios os recursos sociais do território para aquisição de bens materiais e/ou busquem ajuda comunitária para questões cotidianas. Enquanto prática social, seu objetivo é diluir as demandas sociais, ou seja, não as vincular ao CAPS. As falas a seguir evidenciam como o compartilhamento e a ajuda mútua podem estar presentes no cotidiano dos usuários em relação as necessidades sociais.

“Quando ele fala estou passando por necessidade, não tenho o que comer, o próprio grupo começa a falar, você conhece, tem a igreja tal que dá cesta básica tal, você já foi lá. Ou mesmo eu vou ver para você, se você consegue ir junto lá no CRAS. Já fez o cadastro (...). Vão acontecendo as orientações”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“Eu não tenho dinheiro para vir para o CAPS (...). Tem (...) um daquele grupo que tem carro e que combina carona e trás. Ou outro que tem dificuldade de vir sozinho, que não tem ninguém da família, mas mora na mesma rua. Eles combinam você quer vir junto comigo no grupo. A gente vem junto no ônibus, eu te ajudo, porque não sabe puxar a cordinha. Acho que são esses encontros”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Os grupos de referência⁵² foram apontados pelos entrevistados como catalizadores das demandas sociais que, inevitavelmente, serão trazidas pelos usuários, mas também funcionam como um “diluidor” das demandas sociais. O sentido de diluir as demandas

⁵² Grupo de Referência é uma das estratégias correspondentes a organização do processo de trabalho das equipes para o cuidado em saúde mental. De maneira geral, os profissionais de referência organizam os grupos de usuários com diferentes finalidades: a depender das características dos sujeitos, da disponibilidade para o encontro, assim como, para atender demandas burocráticas, tais como, o preenchimento de documentos, renovação de receitas médicas, dentre outros. Ambos os CAPS III pesquisados desenvolvem esta prática.

sociais está alinhado ao esforço de não centralizá-las em determinados profissionais, mas sim de fluidificá-la na equipe. Tais demandas serão incorporadas às funções dos profissionais de referência, ou seja, por toda a equipe. Além do grupo ter este objetivo, também lhe é atribuído o significado de prática social por si só.

“Não tem como o CAPS não enxergar isso e não trazer isso para suas práticas (...). A gente procura diluir isso (...). A gente tem os grupos de referência, são encontros semanais onde (...) o usuário vai trazer as suas questões. Não é um grupo de TO [Terapia Ocupacional], nem de psicanálise, então todos os profissionais fazem. É um grupo onde [o usuário] vai trazer as suas questões de vida que pode ser o remédio, (...) a casa, (...) não ter o que comer, (...) a briga com o vizinho ou com o pai, (...) o delírio, (...) alucinação. É um encontro. E a partir dessas questões o grupo e a dupla de referência que conduz o grupo, vai pensar o projeto terapêutico. Eu acho que já são práticas sociais, porque eles trazem esta demanda”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Apresentamos a seguir um exemplo do processamento da estratégia de identificação das demandas sociais nos grupos de referência e posterior construção das práticas sociais.

“Uma usuária que tinha uma situação com a casa (...). Ela não dava conta (...) ter que morar com a filha e com o neto (...). As crises, para mim, estavam muito associadas a isso, então o projeto terapêutico dela era pensar no morar. Além do remédio, era o morar. A gente precisou fazer um trabalho de ir lá conhecer essa casa. Na época, fui me informar com a [assistente social] quais eram os caminhos atuais que tinham para a gente pensar onde ela poderia se inserir. Fez inscrição na COHAB. Tinha uma possibilidade de que se ela reformasse a casa, dividisse e ficasse com um espaço que era mais dela, isso poderia minimizar o sofrimento (...). Para mim isso é uma prática social que começa a partir do grupo de referência”. (Gestora, CAPS III, 2016)

O fragmento acima reconstitui a compreensão e a uma prática social alinhada a perspectiva de diluição das demandas sociais via grupo de referência, por conseguinte descaracterizando ações assistencialistas. Além disso, as ações de cunho não assistencialista teriam como potencialidade fomentar o empoderamento dos usuários com relação as suas escolhas, mesmo as mais corriqueiras.

“A gente tenta fazer de uma maneira que a gente não faça as coisas, mas que haja empoderamento. Que as pessoas possam fazer por si só (...). Eu estou ali batendo um papo de manicure, mas que também tem os ganhos terapêuticos. O tempo todo também no estímulo de que as pessoas façam umas pelas outras”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“A maioria dos usuários trazem de como seria importante voltar a ser produtivo. Resgatar esse poder de se cuidar sozinho, de decidir por si. É algo que a gente consegue fazer com muita dificuldade”. (Enfermeira, CAPS III, 2016)

Há uma noção de que as práticas sociais com relação aos pedidos dos usuários devam ser guiadas pela premissa de que se deve ensinar a pescar e não dar o peixe.

“As pessoas estão dando o peixe, não estão ensinando a pescar”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

“As pessoas têm recurso de comunidade. Não tem tanto recurso financeiro, mas podem contar (...). Um paciente desse bairro (...) precisa vir para o CAPS tomar injeção há cada quinze dias. Não tinha quem trouxesse, a irmã pagou a gasolina da vizinha e a vizinha traz ele (...). Arranjou um jeito”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

A questão que se coloca, no entanto, refere-se a capacidades das equipes em estimular que os usuários consigam por meios próprios sua sobrevivência. O que se espera é que as práticas sociais produzam efeitos para a vida social do sujeito, seja pela via terapêutica quanto pela social. Contudo, ponderamos que para que ocorra a busca da autonomia na perspectiva cidadã, se faz premente haver contexto social propício para tal e ele é ainda um porvir. Em nossa análise, este “social” inexistente em muitos momentos na saúde mental. Ele se restringe, a despeito dos significativos avanços trazidos pela reforma psiquiátrica, aos espaços terapêuticos criados dentro dos CAPS.

Nossa intenção não é desqualificar as práticas de cunho terapêutico, imprescindíveis para os processos de reinserção social e melhora da qualidade de vida em relação à população com transtorno mental grave e persistente, mas sim, colocar em foco os avanços que ainda são necessários e possíveis de serem alcançados pelo movimento de reforma psiquiátrica, também operacionalizados pelos CAPS, para as questões sociais.

Por outro lado, aquilo que pode parecer em um primeiro momento um “fazer por alguém”, pode se constituir na criação de práticas formadoras de um tecido social diferenciado em suas formas de fazer. Uma inovação imprescindível para criar a possibilidade de a loucura estar em sociedade.

“É angustiante você ver as pessoas precisando e ninguém faz nada e você de algum modo consegue ajudar, talvez não é sua missão, não seja mais terapêutico possível, o mais indicado, mas você fica tão angustiado que você quer dar um jeito naquilo, de responder aquela demanda e você vai e faz”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“São os casos que te obrigam a fazer isso. É uma usuária que não te dá a opção de não fazer isso. Ela mobiliza tudo para que isso aconteça (...). Sensibiliza ao mesmo tempo que gera muito adesão, gera muita raiva”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Como explicam as entrevistadas, se por um lado as demandas sociais as mobiliza em direção ao “fazer por”, de outra parte, frequentemente, encontrará usuários com fortes tendências à dependência⁵³. O “fazer por” visto de maneira isolada, referenciado a um

⁵³ Goffman (1963) assevera que a permanência em espaços de reclusão gera perdas substanciais quanto aos hábitos de sociabilidade e cria uma forte tendência à dependência. Pensando na institucionalização proporcionada pela psiquiatrização – atrelada a estigmatização que, na maior parte das vezes, impede o sujeito de buscar autonomamente as respostas às suas necessidades –, podemos supor que as práticas assistencialistas possam assumir um caráter diferenciado durante o trabalho social na saúde mental.

contexto paternalista que desconsidera o sujeito em suas capacidades, despotencializa o caráter transformador de suas necessidades e escolhas de vida e certamente não contribuirá para a promoção de algum nível de emancipação humana e cidadã. Porém, ressignificar o “fazer por” em um contexto específico pelo “fazer com”, nos parece a construção de uma prática social alinhada a história de vida do sujeito e de lidar com os obstáculos de sua integração social⁵⁴.

Neste sentido, o exercício profissional, muitas vezes pragmático, voluntarista, rotineiro comumente verificado e criticado no trabalho social, também deve ser considerado como parte da prática social. Encontramos na literatura específica do Serviço Social, algumas considerações acerca das ações pragmáticas no sentido de que se elas ocorrem devem ser consideradas como parte do processo da ação por sua materialidade.

“Trata-se de fazer ver que elas revelam situações inerentes à prática, cujas interpretações, ainda que provocando algum mal-estar, precisam ser reconhecidas como constitutivas do cotidiano profissional (...). Ao assumir a contradição entre o que se aceita criticamente para o agir profissional e o que nele se rejeita, concebe-se a possibilidade de uma *racionalidade aberta* (...), ou seja, uma concepção que articula a contradição entre um pólo e outro, sem os amoldamentos, controles e simplificadas negações das práticas profissionais”. (Rodrigues, 2003, p.18-19. Grifo da autora)

Igualmente conflituosa, a demanda por alimentação – refeições diárias ou esporádicas – são compreendidas como sociais. O CAPS oferece alimentação (café da manhã, almoço e jantar) todos os dias aos usuários que permanecem o dia no serviço e/ou para os que estão em acolhimento noturno. As equipes referem perceber situações de falta ou insuficiência de recursos dos usuários para comprar comida e se alimentar ou, até mesmo, situações em que a família não oferece a comida na casa, de modo que muitos usuários vão até o CAPS para se alimentar.

“A maioria vem para comer (...). Se a gente puxar (...) no grosso mesmo, corta o café da manhã e o almoço, duvido que vem esse monte de paciente aqui de manhã (...). Só vai ficando o leito. E quem fica é questão social para se alimentar”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

A alimentação pode ser mais um ponto de tensão na equipe. Não pelo fato de diminuir as mazelas trazidas por determinadas condições sociais, mas de as pessoas irem ao CAPS somente para se alimentar. Nos parece relevante a preocupação das equipes em não transformar a alimentação em uma ação mecânica, assistencialista e pontual, já que poder-se-ia imprimir neste recurso o caráter de dispositivo da prática, atribuindo-lhe um

⁵⁴ Ademais, do ponto de vista do trabalho social, Rodrigues (2003, p. 36) enfatiza que, “A excessiva precaução com relação às ações pragmáticas e imediatistas pode imobilizar o exercício profissional ou limitá-lo a uma atividade pouco criativa e inovadora”.

significado, sentidos que se relacionem ao acompanhamento em saúde mental. De todo modo, essa prática é considerada assistencialista por parte da equipe.

“Negar isso não dá, mas fazer isso com outro olhar que não seja só vou lá e vou dar a comida, acho que é o nosso papel e um desafio porque também não é a nossa prática direta (...). A gente tem que ir incorporando isso”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Disponibilizar a alimentação no CAPS para construir um acesso às pessoas de difícil contato configura uma estratégia de cuidado em saúde mental. Por outro lado, como já mencionado, incluir no projeto terapêutico individual a “permissão” para se alimentar nos CAPS é reconhecida enquanto questão social e a equipe tende a aceitar a demanda.

“A gente se sente mal porque a pessoa só vem para comer. Não vamos mais dar. Não dá porque o CAPS não é para isso. Tem que vir para se tratar. Aí a pessoa não vem. A gente vai amadurecendo (...), mas a comida é o caminho pelo qual a gente se encontra com esse usuário. Vamos deixar de só dar a comida. Vamos pegar esse momento da refeição e tentar trabalhar alguma coisa com ele, porque senão ele não vai vir”. (Gestora, CAPS III, 2016)

“Quando ela chega ela quer tomar o café e, de fato, é só aquilo. A gente conhece a casa dela, não dão comida para ela. Não vão dar comida para ela (...). A comida é importante para ela. Ela vai vir sempre na hora do almoço, é um momento que a gente pode abordá-la, como você está, está tudo bem. Ela está muito magra, vamos fazer um exame. Vamos segurar hoje. Mas é através da comida (...). Negar esse papel o CAPS não tem como negar. Mas é possível trabalhar a partir dessas questões a entrada do usuário. É um caminho. A refeição é um exemplo clássico de CAPS”. (Gestora, CAPS III, 2016)

De acordo com alguns profissionais, a sutileza para com este tipo de demanda está em trabalhar com o limiar entre dar a comida e construir um encontro com o usuário. Distribuir alimentação não é atividade fim de um CAPS, mas, por outro lado, pode ser esta a única refeição da pessoa no dia. Além disso, usuários que pouco se deixam acessar pela equipe devido as características do transtorno mental e de seu jeito de ser criam no momento da alimentação uma via possível de estabelecer uma relação.

O acesso insuficiente aos alimentos é atribuído a um contexto de falta de renda ou de emprego e pelo fato de a pessoa não conseguir fazer seu próprio alimento. Trata-se de uma evidência do alto nível de pobreza de uma parcela dessa população, assim como, de sua vulnerabilidade social.

“Teve usuário que o projeto terapêutico era vir comer porque não tinha o que comer. Não era nem porque não sabia fazer. Tem gente que é porque não tem recursos para e não consegue fazer, não consegue se organizar, mas tem gente que não. Que tem, que consegue, que quer, mas que enfim, não tem emprego, não tem benefício por questões várias”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“O paciente não tem o que comer e vem almoçar aqui no CAPS (...). O CAPS não pode ser só aquele que vai fornecer a comida, mas também nós somos o serviço que é a única refeição que essa pessoa faz. E como ter esse limiar. Acho

que não dá para negar (...) esse papel. (...) Não é nossa origem ser o distribuidor de refeições (...). Só que nós somos também”. (Gestora, CAPS III, 2016)

Outro aspecto é o de que as práticas sociais precisam fazer sentido em um serviço de saúde mental. Ações de cunho assistencial configuram um importante dilema para as equipes, mesmo reconhecendo o perfil social da população atendida.

“Isso é uma coisa que vai se construindo. Não é uma coisa tranquila, fácil para todos, mas eu acho que a gente vai fazendo. Tem casos aqui que se vier é para a gente servir uma refeição. Está no projeto (...). Só acho que é ruim se a gente faz isso sem discussão, sem um entendimento do que é, daí perde o sentido”. (Gestora, CAPS III, 2016)

O Trabalho com famílias

De acordo com alguns profissionais as equipes pouco trabalham com as famílias dos usuários e reconhecem a importância de aproximá-las dos processos de cuidado, inclusive, sob a perspectiva da inserção social proporcionada pelo suporte social que este núcleo pode oferecer aos seus membros.

“A família não tem que estar aqui dentro só para reclamar do CAPS ou ser chamada porque ela não está dando conta dos tratamentos. Quando você tem a família, você consegue entender. Porque eles trazem o que acontece com eles no dia a dia, as dificuldades e a gente vai trabalhar manejo” (Assistente Social, CAPS III, 2016)

“A equipe não percebe a riqueza que é. Quando você tem a família com você o negócio flui (...). Eu sou abelhuda e vou lá e falo, então a gente vai precisar conversar com a família”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

De forma geral, os profissionais referem-se as famílias problematizando as relações dessas com os usuários. Relatam as situações de abandono, de ameaça, de interdição sem o consentimento ou conhecimento dos usuários, entre outras circunstâncias, tendo como efeitos o agravamento das condições sociais e de sofrimentos. Neste contexto, as equipes consideram assumir, em muitos casos, o suporte social aos usuários, esperados das famílias, conferindo a estas o lugar de pivô dessa ‘desassistência’.

A licença do leito

Uma das equipes pesquisadas apresentava uma prática estratégica de manejo do leito de forma que ele se configura como um recurso descaracterizador da internação psiquiátrica, por priorizar as relações sociais e familiares dos usuários. A licença do leito consiste em facultar ao usuário saídas do tratamento intensivo para a realização de

atividade pessoais, fora do serviço. A função prioritária desta estratégia é proporcionar o não isolamento de seu meio social. Esta estratégia é denominada como *licença*.

“A licença (...) é o que dá uma tranquilidade de entender que o leito do CAPS não é uma internação. Porque a gente faz licença para aquilo que é importante para o usuário. O usuário está há um tempo sem contato com a família (...). Ele precisa dormir e assistir a novela com a mãe. Ele vai de licença, mesmo ele não estando bem. Eu entendo que é uma trégua no leito. É uma pausa para que ele possa ir e não perder o contato com a realidade dele”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“É instalar a contradição porque ele está em leito, ele está restrito, (...) não dá para cuidar da crise só no território, ele precisa estar no leito. A licença é a brecha de dizer, não, você precisa estar no território também. Não dá para estar todo, mas um tanto você tem que estar. Não dá para você abandonar a sua vida, sua vida não é o CAPS, não é tomar banho de porta aberta”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

Vale destacar que o manejo do leito é para as equipes mais um ponto de tensão. Segundo os profissionais isso se deve as diferentes maneiras de compreender este recurso, seus objetivos e os motivos pelos quais a equipe o disponibilizou para determinadas demandas. Via de regra, não existem procedimentos pré-estabelecidos que balize a tomada de decisão dos profissionais sobre o uso dessas estratégias. As práticas possuem a característica do ‘caso a caso’ e contemplam aspectos situacionais que independem, muitas vezes, da condição psíquica do usuário, mas sim sua condição social.

“Nossa equipe tem (...) vários entendimentos do que é crise, vários entendimentos do que é leito, o uso de fazer, o uso de estar no CAPS”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

“Que tinha gente dizendo, mas ele é preservado, mas ele vai ficar indo e voltando, mas está de leito ou não está. Isso é leito?”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

As dinâmicas das equipes de saúde mental

Embora revelem compreender a importância do trabalho em equipe, na perspectiva interdisciplinar e, ainda, que as próprias demandas exijam esse nível de interação entre as áreas do saber, a especificidade profissional é temática recorrente nas discussões de equipe. As especificidades nas ações dos profissionais vão depender de sua área de formação, mas estas convergem durante os processos de trabalho e seus limites se “borram”, estabelecendo a integração das especificidades de todo mundo.

No campo da saúde mental as áreas se misturam, de modo que os profissionais associam concepções e práticas do campo da saúde mental como sendo de seu campo específico. Cria-se, portanto, um espaço de compartilhamento de noções, mas não necessariamente de práticas compartilhadas.

Os profissionais consideram ser difícil separar as áreas por especificidade porque tudo é muito amplo. Um bom exemplo disso refere-se à medicação. Medicar é um ato médico, mas até mesmo nesta especificidade os saberes interagem, pois há o farmacêutico, há o profissional não médico que aprende a dialogar sobre medicações com o psiquiatra e fazer sugestões. Os usuários também compõem esta dinâmica já que, muitas vezes, se relacionam ou escolhem determinados profissionais para se aproximar. Essas formas de aproximação, por exemplo, criam outras dinâmicas no processo de cuidado em saúde mental e diferentes interações profissionais, pois exige a flexibilidade nos processos de trabalho e o diálogo contínuo. Do mesmo modo, a dimensão social está presente nas práticas das equipes de diferentes maneiras, uma vez que, as atuações dos profissionais são muitas e diversificadas, são *multifunções*.

“Como tem que estar inteiro para poder estar aqui e ser maleável. Acho que isso também conta para trabalhar em equipe, acho que a gente tem multifunções”. (Psicóloga, CAPS III, 2016)

“A gente faz o trabalho social todo dia (...), eu inclusive. Eu posso estar enganado, mas a gente não separa as coisas, é tudo muito... mistura tudo. Porque você tem que ser se vira nos trinta. Tem horas que você tem que ser mil e uma utilidades para você dar conta de tudo”. (Enfermeiro, CAPS III, 2016)

Parte-se do entendimento de que na saúde mental tudo é muito amplo por se tratar da vida, do sujeito em sua integralidade. Além do social, os profissionais consideram fazer de tudo um pouco. Os grupos e oficinas realizadas por diferentes pessoas da equipe de modo compartilhado proporcionam maior interação entre as áreas do saber. A noção de sujeito, de ter disponibilidade de borrar as linhas disciplinares sentindo-se convocados a trabalhar em equipe pela própria complexidade das situações, permite transitar entre distintas atividades. Valoriza-se as posturas que “saem um pouquinho de seu núcleo”.

“Tanto que as assistentes sociais nos CAPS fazem acolhimento, triagem. Ficam algumas coisas misturadas, algumas práticas que entra (...) nas práticas da saúde coletiva. Coisas que a gente consegue fazer, mas tem coisa que é do núcleo, daí não dá, nem se você tentar (...). É a visão, é o olhar que você coloca para o sujeito é outro, não é ação em si. É como você vai analisar o que você está fazendo. Você analisa pelo seu núcleo”. (Monitora, CAPS III, 2016)

“Não, mas ele é agitado, não dá para ele ficar em sala de aula. Se a gente fizer uma proposta bacana para ele, se a gente trabalhar em rede é possível ele estar em sala de aula. O indivíduo, não é que ele nos permite, ele nos convoca a trabalhar em equipe. Nos convoca a borrar, a ultrapassar. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Os processos de trabalho das equipes multiprofissionais nos CAPS comportam diferentes estratégias facilitadoras das articulações entre os conhecimentos de diversas áreas, assim como, práticas compartilhadas. A função de referência, bem como, a

estratégia de elaboração do projeto terapêutico individual/singular (PTI/PTS), convergem para que todos os profissionais, de uma maneira ou de outra, compartilhem conhecimentos e práticas. Todos os profissionais exercem a função de referência para um determinado número de usuários, na qual realizam o acompanhamento, conhecem a história e elaboram o PTS para cada sujeito.

“Você nunca está (...) sozinho com o paciente. Sempre tem a referência. A gente vai lá e discute com a referência o que a gente fez, o que a gente quer fazer. O que a gente não entendeu, a história do paciente” (Médico, CAPS III, 2016)

“Aqui é uma equipe multi e, ao mesmo tempo, que tem algo que é do seu núcleo, tem algo que não é do seu núcleo (...). Todo mundo faz tudo e são as possibilidades (...). Você descobre habilidades que você nem imaginava que você tinha”. (Assistente Social, CAPS III, 2016)

Neste capítulo vimos que as equipes identificam as demandas sociais da população usuária e desenvolvem práticas em relação às mesmas. Independentemente da formação, conseguem identificar quais são os aspectos que compõe a vida social dos usuários, todavia de modo circunscrito ao significado atribuído à sua prática social, as demandas cotidianas e as perspectivas terapêuticas.

O social, neste sentido, é identificado pelos níveis de vulnerabilidade social a que estão expostas as pessoas com transtorno mental em decorrência de suas condições sociais. Práticas sociais de cunho protetivo são comumente relatadas pelos participantes visto que os territórios onde se inserem os serviços oferecem risco sociais. A noção de risco social compõe uma das formas de compreensão das equipes ao desenvolver as práticas de alcance social por identificarem a capacidade do sujeito de lidar com os riscos de se viver em sociedade, bem como, a imensa responsabilidade posta (ou assumida) pelas equipes de garantir algum nível de proteção social e acesso aos cuidados em saúde mental.

Podemos dizer que os casos sociais são aqueles em que as condições sociais de vida da população elevam a complexidade e o risco social da vivência de um transtorno mental, extrapolando as possibilidades de ação dos serviços de saúde mental, fazendo com que estes articulem e acionem os serviços das redes intersetoriais. Embora as equipes reconheçam o ‘social’ como o contexto de vida dos usuários e tenham ampla percepção de seus efeitos sobre a saúde da população, esta dimensão constitui-se em um ponto de tensão. Em nome do resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental, cerne da reforma psiquiátrica, as equipes desencadeiam um conjunto de práticas sociais que revelam o desafio desse tipo de inserção social para as pessoas com transtorno mental e

as linhas tênues entre ‘o fazer por’ e o estímulo à autonomia, entre a tutela e a emancipação, entre assistencialismo e o reconhecimento de direitos sociais.

A infraestrutura dos serviços da rede é um dos aspectos mencionados pelos profissionais e gestoras como fundamentais para o desenvolvimento de todo o trabalho no campo das políticas públicas. De modo que, sua insuficiência e/ou escassez viola o direito social de acessar serviços com qualidade e equidade.

Por fim, com relação as dinâmicas das equipes, evidenciamos o compartilhamento dos saberes entre áreas do conhecimento estabelecidas pela estrutura organizacional dos serviços e pelos processos de trabalho próprios do campo da saúde mental. Ao mesmo tempo, observamos uma forte tendência à especialização dos núcleos de conhecimento possíveis de serem percebidas no movimento de defesa de procedimentos específicos. Consideramos que tanto a construção coletiva dos saberes das equipes, quanto as ações mais restritas as especificidades de cada área pouco contribuem e ou influencias a elaboração das práticas sociais numa visão de conjunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GOFFMAN, E. *Estigma* notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1963.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo* (1991). Trad. Eliane Lisboa. 4 ed. – Porto Alegre, Sulina, 2011, 120p.

PIRES, R.C. Mapeamento da prática do assistente social nas organizações da cidade de Sorocaba: um estudo regional. In: RODRIGUES, M.L. *Ações e interlocuções*: estudo sobre a prática profissional do assistente social. Maria Lucia Rodrigues (org.) – 2ª edição. Corr. – São Paulo: Veras Editora, 1999. – (Série Núcleos de Pesquisa; 2), 47-104, 2003.

RODRIGUES, M.L. *Ações e interlocuções*: estudo sobre a prática profissional do assistente social. Maria Lucia Rodrigues (org.) – 2ª edição. Corr. – São Paulo: Veras Editora, 1999. – (Série Núcleos de Pesquisa; 2), 2003.

C ONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo acerca das práticas sociais nos CAPS III, enquanto serviços operacionalizadores da Política Nacional de Saúde Mental, revela a mudança paradigmática em curso no país, em especial por conter em suas práticas a dialética da desconstrução e reconstrução das respostas sociais à loucura. Em nosso percurso histórico elegemos para análise duas respostas construídas socialmente para o fenômeno social da loucura: a institucionalização e a desinstitucionalização. Ambas experiências contribuíram com suas particularidades históricas para a compreensão acerca dos significados do social e das práticas deles decorrentes, considerados os alicerces teórico, ético e político da mudança em curso no país.

Amparada, portanto, nos preceitos da Reforma Psiquiátrica (RP) contemporânea que segue na esteira da Reforma Sanitária e do movimento de redemocratização do país, verificamos o caráter de transformação social propostos na referida política nacional. A conjuntura percorrida elucida a ampla mobilização social ocorrida em vários níveis para a modificação das formas de lidar com a loucura. Edificado em um aparato jurídico institucional de princípios democráticos, humanitários e de justiça social, a proposta de transformação social trazida com a RP encontra-se alinhada ao dispositivo legal máximo do país, a Constituição Federal. Os princípios demarcados – democracia, cidadania, liberdade, acesso à riqueza nacional, equidade, etc.– municiaram as políticas públicas empenhadas na reestruturação da conjuntura social são também aqueles que a natureza transformadora da saúde mental adota. Por conseguinte, o caráter das práticas sociais, para as quais nos debruçamos neste estudo poderão, em primeira instância, operar na esfera microsocial a transformação social projetada em seu movimento ascendente.

Orientadas pelo processo de desinstitucionalização, as práticas sociais, trazem a loucura para o convívio social e estabelecem uma outra forma de relação do social com a saúde mental, distinta, por sua vez, de seu caráter segregador, tutelar e desumano. Desloca-se, assim, para a perspectiva de construção democrática, participativa e de resgate da cidadania a população antes excluída do convívio social pelo estigma da periculosidade, em nome da ordem social.

Ao adentrar neste universo deparamo-nos com uma população empobrecida, estigmatizada e apartada de toda e qualquer forma de exercício de cidadania, até mesmo, por consequência da histórica apartação social. Não raro, as pessoas que permaneceram longos anos institucionalizadas, necessitam de suporte especial para “reaprender” o convívio social sob regras coletivas distintas das praticadas, para muitos, por anos a fio. As questões sociais ganham relevo frente a intensidade do sofrimento psíquico e em decorrência das precárias condições de vida, que potencializam a vulnerabilidade social dos mesmos expondo-os à situação de extrema violência e agravamento de sua condição psíquica.

Neste cenário, as equipes multiprofissionais dos serviços de saúde mental, criam estratégias de abordagem do social. Amparados jurídica e politicamente, usuários, familiares, profissionais e instâncias de gestão da referida política desenvolvem, ao longo do tempo, estratégias, formas de participação social (por exemplo, pelas Conferências) objetivando, dentre outros propósitos, o avanço tanto do movimento de desinstitucionalização quanto da efetivação da rede de serviços substitutivos ao hospitais psiquiátricos, em especial, dos CAPS.

Porém a ampliação e a implantação dos serviços destinados à substituição do aparato manicomial, via fechamento de hospitais psiquiátricos e redirecionamento de recursos financeiros para esse novo modelo de assistência em saúde mental, não foi acompanhada dos mesmos esforços de políticas públicas para a inserção social e do atendimento das necessidades particulares deste segmento. Este fato exige a atenção e articulação para que seja estabelecida a ampliação efetiva e real do processo de inclusão das pessoas com transtorno mental como segmento populacional *para as políticas públicas e garantias de direitos* de modo geral e não somente vinculadas suas demandas à saúde mental, sob risco de não superarmos a centralização da atenção na área em um único dispositivo e limitar a inserção desta população aos ‘serviços especializados’, em moldes similares ao praticados no período anterior à RP.

Identificamos três pontos cruciais para a compreensão da dinâmica das redes intersetoriais com relação ao transtorno mental. Um primeiro deles é justamente a manutenção da centralidade na “instituição psiquiátrica”, neste caso o próprio CAPS, para cuidar dos casos. Um segundo ponto, a mudança paradigmática com relação à loucura faz com que o que os CAPS demandem da rede certo tipo de atenção em saúde mental que nem sempre é correspondida e em terceiro lugar, não menos importante, os CAPS se veem

sem alternativa a não ser absorver esta demanda, sobrecarregando o serviço, ao mesmo tempo em que se vê frustrado na tentativa de resolução de todas essas demandas.

As práticas sociais elaboradas no âmbito dos CAPS pelas equipes de saúde mental envolvem aspectos ideológicos, políticos, sociais e contextuais conjugados na organização institucional e amparadas pelos marcos regulatórios (éticos, políticos e assistenciais) para sua constituição. Nosso estudo, portanto, apontou elementos desta construção analisando os significados atribuídos a dimensão social com o propósito de compreender as práticas a ela dirigidas. Entendemos que a elaboração das práticas, assim como sua intencionalidade está “programada” a partir do que se possa entender pelo fenômeno social, para então ser transformada em situação e/ou demanda social pelas equipes multiprofissionais.

É possível afirmar que a dimensão social está fortemente presente no cotidiano dos CAPS e que para esta demanda são elaboradas práticas sociais. Os profissionais, independentemente da área de saber, consideram atuar sobre o social, embora muitos deles afirmem nunca ter pensado nisso. Quanto aos significados atribuídos ao social, verificamos que decorrem da percepção dos níveis de pobreza e vulnerabilidade social da população acometida pelos transtornos mentais. A vulnerabilidade social está associada a noção de risco social que, por sua vez, refere-se ao “não conseguir se cuidar” em um contexto de pobreza, violência e falta de suporte social. Decorrem desta significação do social, práticas identificadas em nosso estudo como protetivas, isto é, alinhadas a proteção social.

A temática e ação social é compreendida pelas equipes como um dos aspectos mais difíceis do trabalho no campo devido à sua complexidade, abrangência e relevância, em especial, pelo modo como afeta os estados psíquicos dos usuários e sua respectiva qualidade de vida. A falta de suporte social, o abandono familiar, a violência, a falta de moradia e precárias condições de acesso à renda e serviços sociais são identificados como aspectos que trazem angústia às equipes e, para alguns, a sensação de “enxugar gelo”.

Muito embora, se trabalhe com as questões sociais nos serviços pesquisados, essa temática é compreendida como um ponto de tensão nas equipes que se dividem sobre esta questão. Em face as dificuldades do trabalho intersetorial, a divisão ocorre entre aqueles que consideram ser de pertinência e atribuição dos CAPS o trabalho social, sem desconsiderar a rede de serviços sociais disponível para encaminhamentos específicos, e aqueles que consideram que as questões sociais devam ser tratadas exclusivamente pela rede de serviços e contempladas nos Projetos Terapêuticos Individuais. Questionam-se as

práticas sociais construídas em decorrência única e exclusivamente das condições sociais e materiais de vida dos usuários. Isto é, as práticas devem ser elaboradas para as situações em que se verifica a demanda dos usuários e que estejam relacionadas à perspectiva terapêutica.

Aspectos protetivos das práticas sociais na saúde mental

Os CAPS realizam práticas de proteção social não por considerar ser esta uma dentre suas funções, mas sim porque de alguma maneira lhe é imposta esta função social. Isto ocorre pelo não atendimento das situações de saúde mental pela rede de serviços sociais e da cultura de encaminhar a loucura para um único lugar como tradicionalmente se praticava como relação ao hospital psiquiátrico. Constituem-se forças que juntas criam uma espécie de movimento pendular. Ou seja, se as práticas sociais conduzem os usuários com suas demandas para fora, isto é, para a rede de serviços sociais do território, o movimento os leva de volta para dentro, para os serviços de saúde mental, uma vez que, os casos sociais que seguem o percurso da rede socioassistencial não são atendidos plenamente ou em sua complexidade.

Além disso, o contexto social predominante é o da pobreza e da miséria a que estão submetidas a maior parte da população e que reflete, por conseguinte, em seus níveis de qualidade de vida, incluindo os estados de saúde. Condição esta que atinge, acima de tudo, aqueles e aquelas que convivem com o transtorno mental. Portanto, essa é a matéria-prima que não deve ser ignorada e/ou fragmentada quando se desenvolvem práticas sociais no campo da saúde mental.

Os CAPS se colocam em enfrentamentos constantes com várias áreas intersetoriais – educação, assistência social, habitação – para que as necessidades dos usuários sejam atendidas. No entanto, quando não atendidas, ou seja, uma vez “devolvidas” para os CAPS, transformam-se em processos individuais de proteção social, a exemplo das práticas de ressignificação do leito social, dentre outros cuidados, que comumente seriam esperados de serem realizados pelas famílias ou redes de suporte social.

Outrossim, a rede de serviços, em especial, a de atenção básica de saúde, segundo as equipes, acionam o CAPS para o estabelecimento de parcerias e/ou atendimentos conjuntos que nem sempre são identificados como pertinentes aos mesmos. Isto ocorre, segundo as equipes, devido a característica inerente a um serviço vinte e quatro horas e

com estrutura para atender casos/situações de alta complexidade. Este aspecto, de mesma forma, divide a equipe e cria tensão na rede. O trabalho intersetorial que busca a reintegração das políticas setoriais deveria ser privilegiado mas fica relegado a outro plano de prioridade, muitas vezes, pelo predomínio de processos terapêuticos que frequentemente deixam de aportar a dimensão social de vida concreta dos usuários, descontextualizando suas demandas.

Não pretendemos aqui desqualificar o trabalho terapêutico como já foi mencionado, mas chamar atenção para a necessária qualificação do trabalho social como uma ampliação de perspectiva em saúde mental. Apontamos a potencialidade residente na ampliação da variedade de práticas sociais não limitá-las àquelas de caráter pontual, emergencial e psicologizante do social. A resistência cotidiana relatada pelos profissionais acerca dos enfrentamentos contra práticas de cunho manicomial, pode ser realizada desfocando a doença e ressaltando a vida em seus aspectos multidimensionais.

O CAPS articulador da rede de cuidados parece ter construído nas equipes a ideia de que os serviços intersetoriais são dispositivos para as práticas sociais elaboradas e propostas pelos serviços de saúde mental. Isto é, a ideia de parceria, de compartilhamento em relação as dinâmicas da rede são ressignificados pelas equipes diante dos obstáculos para a inserção das pessoas com transtorno mental na sociedade, fazendo com que os CAPS operem a articulação intersetorial mais como propositor das ações e, no entanto, seja menos afeito à construção compartilhada. Entendemos que o estigma, as diferentes formas de pensar e lidar com o transtorno mental e, ainda, o receio dos profissionais da rede em lidar com a loucura incutida como perigosa, dificultam muito a ampliação dos compartilhamentos do cuidado no território. Isso nos indica, por outro lado, que o poder do saber psiquiátrico se mantém diluído tornando o CAPS “um ponto de alívio” para a rede de serviços e um lugar comum para a saúde mental.

Na perspectiva da mudança paradigmática consideramos ser este um ponto a ser qualificado e não negado ou invisibilizado. A depuração de seus significados nas discussões cotidianas dos serviços, resgatando o que, de fato, pertence a saúde mental enquanto proteção social, pode, a nosso ver, transcender a mera constatação da pobreza ou das condições precárias de vida dos usuários para galgar definições mais claras acerca do social neste campo e de práticas condizentes com esta dimensão. Com isso, por fim, seria possível oportunizar a qualificação da rede socioassistencial através de seu acionamento adequado, conhecer o “social” e o que dele se pode esperar.

A sombra da tutela e das práticas assistencialistas

As relações tutelares estabelecidas entre os serviços de saúde mental para com os usuários se faz presente a despeito dos significativos avanços no campo do acesso aos direitos sociais e civis das pessoas com transtorno mental. Podemos dizer que há nas sutilezas das práticas e das ideologias que as nutrem, uma dimensão tutelar que se mantém. Pudemos identificar alguns elementos que compõe este fenômeno matizado no cotidiano. Um deles refere-se a dinâmica social produtora incessante de situações de vulnerabilidade social a que estão expostos os usuários dos serviços, de modo que associado a insuficiência de uma rede intersetorial que ofereça proteção efetiva à população, incita respostas sociais dos CAPS com este caráter tutelador. Além disso, de acordo com o estudo, em particular em decorrência das observações realizadas no acompanhamento das reuniões de equipe, podemos dizer que a dimensão tutelar também se faz exercida pela supremacia dos saberes técnicos exercidos como poder de decisão sobre as circunstâncias de vida da população usuária dos serviços.

Em resumo, as formas tutelares se transformaram ao adaptarem-se aos modelos assistenciais modernos. Resistente aos ideais progressistas coexistentes, a tutela recai sobre os usuários, muitas vezes, como forma de controle nomeada de ‘cuidado’ garantida pelos saberes profissionais.

Assistencialismo, direito social e dispositivos de cuidado em saúde mental

Com relação as práticas assistencialistas, evidenciou-se forte preocupação das equipes em não realizar as ações que façam pelos usuários aquilo que eles mesmos poderiam fazer por si próprios, já que as consequências destas ações resultariam na despotencialização da autonomia e da emancipação social tão caras a RP. Das temáticas elencadas pelas equipes disparadoras dessa preocupação referem-se ao benefício assistencial e a alimentação nos CAPS.

Há uma profunda relação entre a restrição do exercício da cidadania, expressa predominantemente pelo acesso aos direitos sociais em detrimento dos direitos políticos e civis, no caso das pessoas com transtorno mental. Levando isso em consideração o acesso ao direito social materializado pelos benefícios não pode ser confundido com um dispositivo de cuidado ofertado a depender da situação. De acordo com as equipes pesquisadas, o benefício assistencial é ofertado em situações em que se julga que o

dinheiro a ser recebido será “bem utilizado” pelos usuários e suas famílias e, muitas vezes, como última alternativa terapêutica. Para além da escassez dos recursos materiais, existem os significativos obstáculos à inserção social deste segmento que, por conseguinte, afetarão as chances desta população garantir as suas necessidades básicas.

O “mérito da necessidade” (Sposati *apud* Telles, p. 26) é uma espécie de reconhecimento público de inferioridade e incapacidade do indivíduo para a vida em sociedade, pois define a figura do necessitado que precisa provar sua desgraça para receber as benesses do Estado. Isto ocorre de tal forma que,

“(...) na esfera dos direitos sociais a questão da igualdade e da justiça é ocultada pela hierarquização na distribuição dos benefícios sociais, aqui é a própria noção de responsabilidade pública que se dissolve, como se fossem naturais os azares do destino que jogam homens, mulheres e crianças para fora da sociedade”.

Ponderamos a este respeito que, embora do ponto de vista terapêutico protelar o benefício possa estimular a inserção social pelo trabalho e com isso um conjunto de experiências significativas ao sujeito quanto a sua autonomia e inserção social, por outro lado, também pode trazer o aumento da vulnerabilidade social. Em outras palavras, aquilo que se revela profícuo do ponto de vista terapêutico pode não atender as necessidades objetivas ligadas a própria sobrevivência.

Um segundo ponto associa-se a influência da visão particular de determinadas classes sociais, donde provem muitos dos profissionais, acerca das condições sociais dos usuários, refletidas nas formas como classificam os fenômenos como sendo sociais, urgentes, prioritários ou não. Neste sentido, o manejo do acesso aos benefícios assistenciais também passa, em diversos casos, por um julgamento moral quanto ao merecimento e quanto “boa” utilização dos recursos, passando ao largo da compreensão dos usuários como sujeitos de direitos.

As pessoas com transtorno mental encontram-se alocadas socialmente entre dois aspetos: da pobreza que é associada à loucura e do status de não-cidadão atribuído aos indivíduos que estão fora do mercado de trabalho. Aos considerados não-cidadãos é destinada a benevolência do Estado e ao não reconhecimento da cidadania como promotor de igualdade e justiça social e, neste sentido, o manejo de um recurso assistencial pode se transfigurar em um movimento socialmente perverso.

Ao evocarmos os “não-cidadãos”, estamos falando dos considerados “não-iguais”, os que não estão credenciados à existência cívica justamente porque privados de

qualificação para o trabalho, para as escolhas e decisões, para a livre circulação. Segundo Telles (2001, p.26),

“É o lugar no qual a pobreza vira “carência”, a justiça se transforma em caridade e os direitos, em ajuda a que o indivíduo tem acesso não por sua condição de cidadania, mas pela prova de que dela está excluído”.

Queremos chamar atenção para a premente abertura das equipes de saúde mental para uma discussão descentralizada somente dos processos terapêuticos, ampliando para as complexas relações entre aquilo que é destinado ao cuidar do sofrimento intenso sem descontextualizá-lo. Em um movimento de deslocamento também para o social e, *nele, a partir dele*, pensar o cuidado em saúde mental. No bojo desta reflexão encontram-se a destinação dos benefícios assistenciais, predominantemente o Benefício de Prestação Continuada, articulado pelas equipes como mais um dispositivo de cuidado em saúde mental, deixando de reconhecer sua supremacia como direito social.

Atribui-se a distribuição de alimentação (refeições) nos CAPS como um segundo ponto de preocupação com práticas assistencialistas. Diferentes motivos levam os usuários a se alimentar nos serviços, embora, de todo modo, as equipes apontem para a ausência e fragilidade de suas condições econômicas. O questionamento de base está no fato de que procurariam o serviço não para o tratamento mas para terem acesso à alimentação. Diante disso, as equipes verificam caso a caso os motivos pelos quais se justificaria o referido comportamento e buscam ressignificar a procura por alimentação no CAPS e utilizá-la como ensejo para ofertar outras atenções, em especial para as pessoas menos acessíveis.

Cidadania e participação social

As práticas com relação a cidadania e direitos sociais são consideradas pelas equipes como de responsabilidade de todos os profissionais. Se as demandas com relação as condições sociais dos usuários no que tange os meios objetivos de sobrevivência em sociedade podem se apresentar como dilemas nas equipes, dividindo-as em diferentes opiniões, o mesmo não ocorre em relação as demandas sociais envolvendo a cidadania e o resgate dos direitos sociais.

Os espaços da Assembléia são considerados como propícios a participação social dos usuários. Verifica-se a assiduidade dos profissionais e dos usuários, assim como, a regularidade de sua realização. As temáticas discutidas nestes espaços são entendidas

como de cunho político e de cidadania, contudo esta última referida como resolver problemas de convivência institucional com os usuários.

Ao mesmo tempo que as equipes reconhecem o espaço da assembleia como lugar para o exercício da cidadania, nossa observação aponta para algumas dificuldades neste sentido. Além de serem restritos os espaços de ‘voz-ativa’ dos usuários no âmbito coletivos, as temáticas abordadas são propostas pelos profissionais que, embora empenhados na tentativa de ‘fazer participar’, o ensejo perde seu objetivo restringindo às demandas individuais enunciadas pelos usuários. Ressaltamos a importância atribuída a este espaço pelas equipes e pelos usuários, visto que este se mantém com frequência nos serviços e da considerável presença dos usuários. De todo modo, se faz premente criar mais espaços de discussão acerca dos propósitos dos debates coletivos e construir processos em que as decisões institucionais coletivas se concretizem no cotidiano como forma de valorizar a participação de todos. Trabalhar a dimensão do que é o coletivo.

Com relação aos direitos sociais, as equipes mencionam algumas situações que considerem ser o *acesso aos direitos sociais*, tais como, frequentar a escola, tomar vacina, acessar o sistema de saúde, circular pela cidade (acesso ao passe gratuito). O direito de exercer a maternidade se mostrou mobilizador de práticas sociais alinhadas a uma perspectiva mais ampla de cidadania e de preservação dos direitos humanos. Do mesmo modo, “dar voz” aos usuários e reconhecer a dimensão da igualdade dos direitos de cidadania independentemente do sofrimento psíquico, se mostraram igualmente importantes. Porém, o que se pode analisar das práticas sociais e dos respectivos significados a elas atribuídos está na manutenção da perspectiva de ‘ajuda’, no sentido de fazer com que os usuários acessem seus direitos assumindo um lugar de ‘porta-voz’, revelando obstáculos relevantes para aquilo que se pretende acerca do exercício da cidadania, da emancipação social e da autonomia.

Com relação a esta última, percebemos uma ‘mediação da autonomia’ dos usuários decorrentes tanto do predomínio dos saberes profissionais em detrimento das necessidades da população usuária, assim como, uma intensificação do acionamento da justiça através da Defensoria Pública para galgar outros patamares de reconhecimento de direitos sociais.

O contexto ideológico e político contemporâneo com relação à saúde mental tem sido restritivo do ponto de vista de recursos e incentivos nas infraestruturas dos CAPS, assim como, para outros serviços públicos. O desinvestimento de várias ordens –

financeira e política –, segundo os profissionais, tem dificultado sobremaneira as ações relativas a cidadania.

Notamos, por outro lado, que os desafios com relação à dimensão da cidadania e participação social são maiores e mais complexos ‘fora dos CAPS’, mas que refletem em algumas práticas sociais, como por exemplo, a ínfima participação dos usuários na construção/definição de seu tratamento, quer seja medicamentoso quer seja relativo às necessidades sociais. É evidente o predomínio dos saberes profissionais e dos procedimentos em detrimento das necessidades dos usuários. Destacamos aqui, a relação entre os saberes profissionais e o uso dos medicamentos como sendo de profunda ‘dureza’ nos CAPS.

Hoje temos experiências de gestão autônoma da medicação como um dispositivo de cidadania. Identificamos durante a pesquisa o quão difícil é esta mudança de papel dos profissionais com relação aos usuários, em especial, para a negociação das práticas mais duras: a medicação e o poder de decisão. A medicação não é, em grande medida, negociável. As decisões não são discutidas. As medicações atingem diretamente a dimensão social posto que seus efeitos são sentidos nas relações sociais e qualidade de vida dos usuários: dormir muito, lentidão dos movimentos corporais, aceleração do pensamento, lentidão do pensamento, etc., impactam diretamente sobre as possibilidades de participação social ou na busca por melhores condições.

Neste sentido, nosso estágio de pesquisa no Québec-Canadá, favoreceu o conhecimento de algumas práticas que podem ser desenvolvidas no caso brasileiro à despeito da profunda diferença cultural, econômica e social entre os países e do crescente desinvestimento nos serviços públicos brasileiros. Uma das experiências significativas em relação a autonomia é a gestão autônoma da medicação (GAM). A experiência apresenta efeitos sociais significativos com relação ao exercício da cidadania e o fomento à autonomia pelo controle químico dos sintomas ou sensações do transtorno. Feito pela própria pessoa com o apoio de profissionais e de grupos, desconstrói o secular poder de medicar restrito ao médico e possibilita a apropriação do poder de **decisão** àqueles e àquelas que convivem com o sofrimento psíquico.

Não se trata aqui de deixar de reconhecer o avanço e a expertise da categoria profissional em relação à medicação e sua responsabilidade sobre ela, mas sim de devolver ao sujeito-cidadão o direito de conhecer, experimentar e decidir o que é ingerido diariamente e lhe causa, além dos efeitos esperados como benéficos, os indesejáveis efeitos colaterais. Mais do que isso, trata-se de gerar o empoderamento resultante do

controle de sua vida. Como um caminho para a apropriação do poder produzir práticas que tenham por princípio,

“(...) refletir a vontade das pessoas concernentes de participar da concepção das políticas, a elaboração dos programas e a avaliação dos serviços e das práticas. (...) este princípio orienta nosso olhar sobre o horizonte de mudanças possíveis que as pessoas com problemas de saúde mental desejam para suas vidas a fim de escapar ao destino da cronificação, da marginalização e de estigmatização (...). (Rodriguez et al., 2008, p.90)

Outro aspecto relaciona-se a ampliação de informações sobre as vivências do sofrimento psíquico e social trazidos pelo transtorno mental contados pelas pessoas que os vivem. Mais do que dar voz, é deixar que o sujeito fale por si próprio à sua maneira sobre sua experiência com o sofrimento psíquico. Segundo a experiência canadense, essas práticas diminuem sobremaneira o estigma e o preconceito no tocante ao transtorno mental, fundamentais para o exercício da cidadania. Tornar conhecida, ajuda a desmistificar a experiência da loucura na sociedade e amplia sua aceitação. No plano macrossocial, garantir que outras informações científicas - ciências biomédicas, psicológicas, sociológicas, epidemiológicas, de saúde pública e ciências de reabilitação - cheguem até os usuários é igualmente fundamental para o processo de inserção social da loucura na sociedade.

Um outro aspecto que pode trazer benefícios para a diminuição do estigma social com relação ao transtorno mental é o trato com as informações pessoais de vida dos usuários. Cada profissão contempla em seus códigos de ética a dimensão do sigilo profissional e acreditamos que os profissionais contemplem esta dimensão. Contudo, verificamos uma diferença profunda nas formas como as informações são processadas nos serviços brasileiros e nos canadenses neste quesito. Na experiência canadense, as informações pessoais e da história de vida dos usuários são controladas pelos próprios usuários, à medida que devem autorizar ou não que os profissionais as divulguem, além de definir com quais pessoas suas informações pessoais podem ser compartilhadas. No caso brasileiro, a organização dos serviços ao proporcionar múltiplos espaços de reunião de equipe, assim como o incentivo à postura interdisciplinar do trabalho em equipes, faz com que, muitas vezes, a fim de aprofundar o conhecimento acerca das situações, muitas informações são trocadas entre os profissionais. Queremos com estas colocações trazer uma reflexão de que, embora os dois tipos de experiência tragam em si aspectos ‘bons’ e ‘ruins’ e guardadas as proporções culturais que as conformam, restringir as informações

personais dos usuários e suas histórias de vida afeta significativamente a diminuição do estigma social.

Ademais, transferir a responsabilidade pelas informações pessoais aos próprios usuários, aumenta sua participação em seu processo de cuidado e de tratamento. Acreditamos que da mesma maneira, tal procedimento afetará as práticas sociais de forma positiva.

O Serviço Social faz parte do conjunto, porém não incluído

O serviço social é identificado como a área de saber que pode desempenhar melhor as práticas sociais em casos sociais complexos, mas, ao mesmo tempo é associado pela equipe como se fosse a assistência social que desenvolve ações entendidas como tutelares não alinhadas com os princípios e posicionamentos que as equipes gostariam de ter em relação as demandas sociais. As assistentes sociais, por sua vez, sentem que o serviço social não está contido na equipe enquanto área de saber que se distingue em natureza das áreas biológicas ou de abordagem psicológica predominantes no campo da saúde mental.

Assim, segundo nossa análise, o serviço social é significado para as equipes como o “representante da assistência social” compondo as equipes dos CAPS como um instrumento da intervenção social. Diante da dimensão dos problemas sociais trazidos pelos usuários, por sua complexidade histórica e assustadora desigualdade social, decorrem os níveis estruturais de pobreza, de miséria, entre tantos outros fatores, também responsáveis muitas vezes, por situações mais graves que o transtorno psíquico e tornam a população acometida pelos transtornos mentais mais vulneráveis socialmente. Este cenário configura um amplo campo de atuação social, mas pouco explorado. Esta análise decorre de alguns aspectos:

- 1) As assistentes sociais afirmam serem requisitadas pelas equipes somente para acompanhar/ajudar em situações que envolvem o benefício assistencial ou previdenciário;
- 2) As profissionais manifestam dificuldade para “entrar nos casos” quando verificam sua gravidade social e afirmam ter que “se impor”, “se intrometer” em demandas sociais mais complexas; assim, são colocadas em lugar menos ativo com relação as demandas sociais do serviço, muito embora, tenham formação para esse tipo de trabalho;
- 3) Em um dos serviços a assistente social não participa das ‘reuniões de núcleo’, assumindo neste dia uma função comum a todos os profissionais, o plantão. Isso

poderia ter um arranjo diferente: que esta profissional realizasse um rodízio pelos núcleos;

- 4) A opção de uma das equipes em abrir mão desta área do saber já que “atrairia mais casos sociais” para o serviço e que a rede de serviços sociais poderia cumprir com as atribuições do profissional do serviço social.

O trabalho social desempenhado por essa área de saber com relação às demandas sociais dos usuários evidenciou práticas e sucessivas ações articuladas, operadas de forma distinta de outras ações pontuais e de ocasião praticadas pelas equipes. Com base no nosso referencial teórico entendemos que os CAPS pouco evocam o social para a compreensão e desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental e o serviço social não é requisitado para uma atuação específica com relação às condições sociais dos usuários.

De todo modo, os resultados dos movimentos aproximativos com a temática apontaram que a *construção coletiva* de intervenções sociais alcança patamares de efetividade maiores em relação às demandas dos usuários. O campo social é bastante amplo e não somente do domínio do assistente social, sendo importante a articulação dos conhecimentos e a abertura profissional/pessoal para ações inovadoras e alternativas.

Porém, problematizamos que em um cenário em que não se sabe ao certo do que se trata o trabalho social qualquer prática pode ser desenvolvida, independentemente de seus efeitos o que pode resultar em práticas desgastantes para as equipes e de pouca efetividade em relação aos efeitos sobre as condições sociais de vida dos usuários como um todo. Do mesmo modo, tratar desta ampla e complexa demanda no caso-a-caso pode limitar, sobretudo, o avanço da Reforma Psiquiátrica no que tange sua implicação com a transformação social em relação à loucura.

O profissional do serviço social vê-se tendo que “furar o fluxo” para conseguir participar da elaboração das práticas com relação às questões sociais dos usuários, mostrando não considerar que faz parte de uma equipe como mais uma área de conhecimento, mas sim como um profissional que será designado para fazer certas tarefas e/ou funções, a ser nomeada pelas equipes. O serviço social faz parte, porém não está incluído.

A falta de ampliação dos conhecimentos no âmbito da formação da própria profissão talvez contribua para esta limitação. O campo de aspiração profissional do Serviço Social é bem alargado; entretanto, carece de algumas especializações e a saúde mental poderia ser uma delas. Neste sentido, a incorporação de diferentes cursos

profissionalizantes (sem preconceitos) deveria merecer a atenção das instâncias representativas da profissão.

Entendemos que esta configuração nas equipes é uma construção baseada nas formas de compreensão do que é o social, do lugar de prioridade onde ele é colocado, assim como das formas de expressão das habilidades da profissão.

Por outro lado, também consideramos que a apropriação do social pode ter bons efeitos com relação as respostas sociais que se possa elaborar das problemáticas apresentadas, mas isso implica que os profissionais saibam do que se trata o social, em qual dimensão suas práticas resultarão. E, ainda, para o caso específico do serviço social, acreditamos que essa é uma abertura, embora forçada, para a profissão enquanto agente de intervenção social, que poderá, gradualmente, criar porosidade em suas práticas ao ter que se defrontar com tantos agentes interventores e de diferentes áreas. Um processo de renovação.

Acreditamos também que, do ponto de vista da responsabilidade social ou da função social dos CAPS com relação a reinserção social dos usuários, essa dimensão necessita com urgência de maior aprofundamento a começar pela discussão no âmbito das equipes multiprofissionais sobre “o que é o social”.

As equipes percebem este funcionamento, mas, de modo geral, entendem que a falta de infraestrutura causada pelo recuo de investimentos políticos públicos na área afetam as possibilidades de atuação compartilhada; o recrudescimento do mercado de trabalho e a pressão exercida pelos conselhos de classe para a delimitação cada vez mais rígida das ações que cada área deve desempenhar tem afetado sobremaneira a postura de cooperação, compartilhamento e construção conjunta de práticas mais alinhadas aos princípios da reforma e do SUS – equidade, integralidade – em especial.

Cabe aqui um destaque quanto as formas de perceber as necessidades e suas características. As equipes fazem avaliações situacionais que consideram, pela própria especificidade do campo da saúde mental – as perspectivas das necessidades materiais – que dariam suporte aos tratamentos e cuidados propostos – assim como, aspectos relacionados aos hábitos, cultura, particularidades, singularidades de cada pessoa. A “reinserção social” da loucura na sociedade passa, necessariamente, pela tolerância com aquilo que é diferente, como a transformação do olhar social sobre as formas de expressão humanas, incluindo a agressividade, a violência, a alucinação e os delírios como *parte* desse social. Uma mudança que tenda a desconstrução da perspectiva de doença,

incapacidade, irresponsabilidade diante da própria vida pessoal e em relação com a sociedade.

Em termos da RF o que precisaríamos para avançar na dimensão social, ao nosso ver, seria a ampliação da diversidade de saberes profissionais, diluindo o predomínio dos saberes psiquiátricos e psicológicos sob risco de acirramento dos procedimentos médicos e da enfermagem em detrimento das ações sociais nos CAPS e de sua porosidade com relação as necessidades da população concernede. A ampliação da perspectiva social pode tornar os CAPS um dispositivo de saúde mental igualmente alinhado a perspectiva comunitária e atento às demandas territoriais, mais do que na proposta de centralidade no sujeito em seu contexto social.

O que propomos, portanto, é a inclusão de mais uma perspectiva do cuidado a partir da *situação* de vida dos sujeitos, contextualizando-os nela. O movimento contrário retira o foco **exclusivo** na dimensão psíquica ao ampliá-la em sua dimensão multidimensional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol.11(2):241-58, mai-ago, 2004.

RODRIGUEZ, L.; BOURGEOIS, L; LANDRY, Y.; GUAY, L.; PINARD, J.L. *Repenser la qualité des services em santé mentale dans la communauté* : changer de perspective. Presses de Université du Québec. 2008.

TELLES, V.S. **Pobreza e Cidadania**. São Paulo: USP Curso de Pós-Graduação em Sociologia: Editora 34, 2001.

ANEXO I

Anexo I – Roteiro de entrevista

Pesquisa de Campo

PROFISSIONAIS

CAPS III

Obrigada por aceitar participar desta pesquisa.

Leitura e assinatura do TCLE.

Gostaria de iniciar pedindo que você faça uma breve apresentação de seu percurso profissional até chegar no CAPS.

Você trabalha como técnico (a) de referência?

Quantas pessoas você referencia?

Há quanto tempo está na equipe?

- 1) Que tipo de situações chegam aqui no CAPS?
- 2) Quais as condições sociais das pessoas que procuram o CAPS?
- 3) Além das demandas psíquicas, que outras situações trazem os usuários?
- 4) Como você identifica as condições sociais dos usuários do serviço?
- 5) Como são identificadas as necessidades dos usuários no serviço?
- 6) Você trabalha com o social?
- 7) Você realiza práticas sociais? Quais são as características dessa prática?
- 8) O que para você seria específico de sua prática social?
- 9) Qual a sua contribuição profissional específica?
- 10) Como é a prática da equipe em relação às situações sociais dos usuários?
- 11) Qual a relação da rede com as práticas do CAPS?
- 12) Qual a finalidade do trabalho social no CAPS?
- 13) E você considera que o CAPS atinge esses resultados? Porque?
- 14) Quais outras formações você acha importante existir aqui no CAPS para produzir uma prática social?

Dentre suas referências, escolha uma que você percebe que tenha demandas sociais.

Descreva a situação.

Quais foram as práticas do CAPS para este caso?

ANEXO II

Anexo II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição de ensino: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Título da Pesquisa: Prática Social na Saúde Mental

Nome da pesquisadora: Juliana Cristina Fernandes

Nome da Orientadora: Maria Lucia Rodrigues

Você está sendo convidado/a a participar de pesquisa realizada por Juliana Cristina Fernandes, intitulada “Prática Social na Saúde Mental”, que faz parte do projeto de doutorado vinculado ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, orientado pela Profa. Dra. Maria Lucia Rodrigues.

O estudo propõe a análise das práticas sociais desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de estudo com características qualitativas com o objetivo de dar maior visibilidade às atividades desenvolvidas pelas equipes que prestam serviços nestes Centros.

Solicitamos sua autorização para uso do conteúdo captado durante a realização da entrevista e/ou grupo, lembrando que as informações serão tratadas com sigilo e confidencialidade, somente para fins acadêmicos.

No caso de gravação de voz, estas serão ouvidas apenas pela pesquisadora e pela orientadora da pesquisa. Destacamos que a participação é voluntária, sendo garantida a desistência em qualquer momento do processo, sem que isso implique em qualquer prejuízo a sua pessoa. Informamos ainda que você não pagará nem será remunerado (a) pela participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos sobre essa pesquisa pode entrar em contato por meio do telefone (11) 96586-7778 (inclusive ligações à cobrar) e pelo endereço eletrônico: asjulianacf@gmail.com

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual conteúdo, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada, entregue a você.

Local:

Data:

Pesquisadora
Juliana Cristina Fernandes
RG: 34.287.010-5

Participante
Nome:
RG: