



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Discente: Juliana de Souza Izidio do Prado

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

**PRÁTICAS DISCURSIVAS NO COTIDIANO E A CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Manaus

2018



JULIANA DE SOUZA IZIDIO DO PRADO

**PRÁTICAS DISCURSIVAS NO COTIDIANO E A CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas para obtenção do título de Mestre em Psicologia, linha de pesquisa: Processos Psicológicos e Psicossociais.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

Manaus
2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P896p Prado, Juliana de Souza Izidio do
 Práticas discursivas no cotidiano e a construção de sentidos
 sobre o cuidado em saúde mental / Juliana de Souza Izidio do
 Prado. 2018
 119 f.: il. color; 31 cm.

 Orientadora: Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira
 Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicossociais) -
 Universidade Federal do Amazonas.

 1. Rede de atenção psicossocial. 2. Práticas discursivas . 3.
 Cuidado em saúde mental. 4. Narrativas. I. Oliveira, Adriana
 Rosmaninho Caldeira de II. Universidade Federal do Amazonas III.
 Título

Com todo amor para
Giulia e Valentina, minhas palavras mais bonitas.

AGRADECIMENTOS

À espiritualidade ou força da vida, como gosto de chamar, que me permite acordar todos os dias e ir em busca do que acredito. Por me conduzir na vida e nesse processo chamado de mestrado, eu agradeço.

À minha avó Bárbara Andruchehen, por me ensinar desde pequena até os dias de hoje, a importância de sermos mulheres fortes.

Aos meus amados pais, Elisete e Nilson, que me permitiram a dádiva da vida e do cuidado enquanto essência do humano. Devo a vocês a construção do sentido de estudar como um caminho de possibilidades. Hoje, vocês se fazem presentes em quem eu sou, no que acredito e no que escrevi.

Aos meus queridos irmãos, Geison, Gustavo e Tatiana, a ausência mais presente no dia a dia. Mesmo com a distância física, são meus motivadores e os mais remotos e fortes referenciais de afeto e cuidado. Amo vocês e sinto sua falta.

À Adriana Caldeira, minha orientadora e uma das pessoas mais generosas que conheci em toda essa jornada. Me emprestou sua luz quando tudo escureceu. Me fez lembrar de quem eu era e do porque estava ali. Com seu dom de ensinar, me fez despertar para o sentido de “ciência” enquanto um meio potente de transformação social, de amplificar a voz daqueles que precisam ser escutados, por isso, continuei. Com sua naturalidade sem tamanho me possibilitou transformação, crescimento. A você sou toda gratidão e admiração.

Ao meu esposo Rogério, meu melhor companheiro e mestre na vida, por estar inteiramente presente e verdadeiramente disposto em todas as maiores aventuras que nela vivemos. Só consegui porque foi com você.

À Giulia, minha filha amada, por sua paciente doçura e amor, e à Valentina, minha filha amada, por sempre reclamar minha ausência e me inquietar. Um dia saberão que isso tudo é também por vocês, para que seu mundo seja um lugar melhor. Ao final, meu maior desejo é voltar para o meu melhor lugar, o de mãe de vocês.

Às minhas companheiras de laboratório, Bruna, Hillene e Nayandra, pelas trocas, pelo colo, pelos choros, pela força. Vocês foram um dos maiores presentes que o mundo acadêmico me deu.

Ao professor Nilson Gomes Vieira Filho pela ajuda do início do mestrado até onde se fez possível. Levo suas importantes contribuições, em especial, a constante problematização da escrita, que sempre pode melhorar.

Às minhas amigas da vida e de caminhada na saúde mental, Luciana Lopes e Taciana Lemos. Durante a construção deste trabalho muito revisei das nossas histórias e muitas saudades senti do que éramos e do que vivemos. Sinto falta dessa presença cotidiana. Me conforto no afeto recíproco, e me alegro em poder acompanhar o sucesso de vocês. Vamos em frente!

Aos meus colegas de trabalho no CAPS, que tanto seguraram a “barra” nas minhas ausências física e mental, sem nunca reclamar, pelo contrário, sempre me incentivaram e me botaram para cima, dando aquela força. Agradeço pela confiança e disponibilidade em participar da construção desse trabalho.

Aos queridos sujeitos/usuários do CAPS pela confiança e disponibilidade em compartilhar de forma tão genuína, suas histórias, seus sofrimentos, suas vidas. Agradeço pela convivência cotidiana e por tanto me ensinarem sobre a vida. Estar aí com vocês é para mim aprendizado, é troca e afeto. Agradeço a cada um de vocês.

Aos queridos colegas do SAMU-Manaus, em especial à Tiziana Gerbaldo e a Izabel Araújo pela amizade, pelas trocas de conhecimento e afeto, além do incentivo maior, que veio de vocês, em fazer o mestrado.

À Marinete Mesquita, “mãe deusa”, que tanto me ensinou sobre o mundo e o céu, sobre os deuses e as deusas, sobre o amor e o cuidado. De onde você estiver, eu espero que goste.

À todas e todos que direta ou indiretamente me ajudaram a embalar esse filho, meu muito obrigada!

VENTO NORTE (Boi Caprichoso)

O vento norte

Que seduz minha razão

Assovia, e me banha de emoção

O amor errante

Paixão distante

Azul é sempre cor de navegante

Vento norte que vem

Paspatua de nuvens meu céu

Na cor da esperança

A paz se agiganta nos olhos de uma criança

Vem que vem

Balançar canaranas no rio

Vento que traz

A saudade de quem já partiu

Deixa acender

A fogueira do meu São João

Faz ecoar

Os tambores da minha nação

O vento norte

Faz o meu coração navegar

Ô Ô

O vento norte

Faz meu coração navegar

RESUMO

O interesse pelo tema da pesquisa perpassa pela implicação subjetiva da autora, construída em seu contexto histórico-cultural, e por sua atuação profissional em um CAPS da cidade de Manaus, na prática de cuidados em saúde mental. Percebendo a complexidade e os desafios das demandas acompanhadas pela equipe interdisciplinar desse serviço especializado, e buscando por possibilidades que se mostrem potentes no cuidado, essa pesquisa pretende analisar os sentidos construídos sobre o cuidado no cotidiano de um serviço substitutivo na cidade de Manaus, a partir das mudanças na política pública de atenção à saúde mental. O referencial teórico utilizado aborda as mudanças paradigmáticas do modelo de atenção à saúde mental, que sustentam o processo de reforma psiquiátrica brasileiro, com a inclusão de fatores psicossociais nas relações de cuidados à saúde, e na prática da clínica psicossocial, que se fundamenta no trabalho interdisciplinar e em rede de cuidados integrais para a produção da autonomia. Partindo deste pano de fundo, traça-se o percurso histórico da mudança no modelo das práticas de cuidados em saúde mental em um contexto geral e na cidade de Manaus, que reflete um atraso na implantação da política e efetivação da RAPS, bem como a estadualização das ações e ausência dos atores municipais em sua execução, caracterizando uma rede desarticulada e com um número insuficiente de serviços. A base metodológica para o desenvolvimento do estudo se constitui a partir da perspectiva construcionista, com centralidade na linguagem, em que as práticas discursivas cotidianas são construtoras de sentidos. Para tanto, foi realizada observação participante nos micro lugares em que essas práticas se constroem no cotidiano, onde foram colhidas narrativas ficcionais construídas a partir do vivido, do falado e do ouvido sobre o campo tema da pesquisa, a fim de conhecer os sentidos das mudanças no modelo de atenção em saúde mental, para a vida dos sujeitos/usuários e para as práticas dos profissionais atuantes nos serviços da RAPS. Com as narrativas como unidades de análise, reflete-se sobre a experiência de sofrimento relacionada à condição de exclusão e desigualdade social vivenciada pelos sujeitos/usuários e sobre as contradições que se fazem presentes no cotidiano, considerando os desafios e as potencialidades para a efetivação do cuidado psicossocial.

Palavras-chave: Rede de Atenção Psicossocial, Práticas discursivas, Cuidado em saúde mental

ABSTRACT

The interest in this research theme stems from the subjective implication of the author, built in her historical and cultural context, and for her professional performance in the practice of mental health care, in a CAPS from Manaus city. The present research aims to analyze the constructed senses on the daily care of a substitutive service in Manaus, from changes in the public policy of mental health care, realizing the complexity and the challenges of the demands accompanied by the interdisciplinary team, of this specialized service, and searching for possibilities that prove strong in the care. The theoretical framework used addresses the paradigmatic changes in the model of mental health care. It supports the process of Brazilian psychiatric reform, with the inclusion of psychosocial factors in health care relationships, and the practice of psychosocial clinic, which is based both on interdisciplinary work and comprehensive care network for the autonomy production. Beginning from this background, we trace the historical path of change in the model of mental health care practices, in both general context and in Manaus, which reflects a delay in the implementation of the policy and RAPS; as well as the appropriation of the actions by the state; and absence of the municipal actors in their execution, characterizing a disjointed network and an insufficient number of services. Herein, the methodological basis is constituted from the constructivist perspective, language centered, in which every day discursive practices are constructors of meanings. Then, participant observation was carried out in the micro places, where these practices are constructed in the daily life. It were collected fictional narratives constructed from the lived, spoken and heard on the field of research, in order to know the meanings of the changes in the mental health care model, for the life of the subjects/users and for the practices of the professionals working on RAPS services. With narratives as units of analysis, it is reflected on the experience of suffering related to the condition of exclusion and social inequality experienced by the subjects/users and on the contradictions that are present in the daily life, considering the challenges and the potentialities for the effectiveness of the psychosocial care.

Keywords: Psychosocial Attention Network; Discursive Practices; Mental Health Care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
AB – Atenção Básica de Saúde
ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental
APS – Atenção Primária à Saúde
ASM – Ambulatórios de Saúde Mental
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPER – Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
CRDQ – Centro de Reabilitação em Dependência Química
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OEA – Organização dos Estados Americanos
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PL – Projeto de Lei
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSAM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
TR – Terapeuta de Referência
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1: A loucura através dos tempos.....	44
Tabela 2: As reformas da psiquiatria no século XX.....	45
Tabela 3: Transformações no campo da saúde mental e no estado do Amazonas.....	63
Tabela4: Relação entre perfil populacional e a implantação de CAPS.....	66
Figura1: Mapa físico das regiões de saúde do estado do Amazonas.....	67
Tabela5: Centros de Atenção Psicossocial no Amazonas.....	67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
Construindo o lugar de fala.....	12
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
1.1. Artigo: A construção da clínica psicossocial no Brasil e as práticas de cuidado nos serviços de saúde mental contemporâneos: uma revisão teórica.....	19
1.2. Artigo: A história contada que produz sentido ao vivido: a experiência de Manaus no campo da saúde mental.....	41
2. METODOLOGIA.....	77
2.1. Pesquisas narrativas e práticas discursivas – a produção ético-política no espaço da Psicologia Social.....	77
Um lugar tão, tão distante.....	84
3. RESULTADOS.....	86
3.1. Reflexões sobre os sentidos do cuidado construídos no cotidiano: um espaço de contradições e potencialidades.....	86
Correntes invisíveis.....	90
O cotidiano que escurece.....	93
A arte de fazer junto.....	94
A escrita que produz sentidos.....	94
O “deixar ser” e o “estar com”.....	101
O barulho que não pode silenciar.....	105
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....	112

INTRODUÇÃO

Entendo que seja importante, no início desse trabalho, explicar brevemente como esse campo tema se insere em meu cotidiano e se constrói em minha realidade, considerando um contexto histórico-cultural que marca o lugar de onde falo, e o olhar pelo qual implico a subjetividade nesse assunto que me é tão caro. Parte-se do entendimento de Peter Spink (2003, p. 30) de que “o campo começa quando nós nos vinculamos à temática”.

Construindo o lugar de fala

As práticas de cuidado estão presentes desde cedo em minha história de vida. Fui a segunda filha e primeira mulher de uma prole de quatro filhos, sendo implicitamente eleita como cuidadora dos irmãos mais novos, pois estes tinham uma diferença de idade significativa em relação a minha. Nossa mãe, sempre muito trabalhadora, dentro e fora de casa, delegava a mim funções de cuidados para com eles, nos momentos em que ela não podia estar presente.

Penso que atribuições como ajudar, intermediar, acolher, acalantar, cuidar, faziam parte do cotidiano e, de alguma forma, influenciaram a escolha que fiz ao ingressar na graduação em psicologia, interessando-me pelo estágio na emergência do hospital geral da minha cidade natal, Mafra, no interior de Santa Catarina.

Nesse local, a saúde mental se fez presente de forma mais tocante. Recebíamos muitas pessoas que tinham tentado cometer suicídio, algumas delas mais jovens do que eu, que na época tinha 20 anos. Esses casos me intrigavam, assim como a experiência de ouvir os delírios e aprender a compreender o rompimento com a realidade como uma comunicação de sofrimento, para a qual era preciso construir um sentido.

Lembro-me de algumas dessas pessoas que atendemos e os questionamentos que eram despertados: quem é essa pessoa? Qual sua história? Que percursos em sua vida fizeram com que chegassem ali, no hospital, daquela forma? De que maneira poderíamos transformar aquele encontro, naquele contexto, em algo positivo para suas vidas? Tais reflexões me acompanham até hoje, em meu cotidiano do trabalho como psicóloga.

Pouco tempo depois dessa experiência, vivi uma das maiores e mais marcantes mudanças em minha história; como se diz, “um divisor de águas”. Casei-me e saí da cidadezinha no interior de Santa Catarina, de colonização alemã, para experimentar algo novo e desconhecido: desvendar a vida em um local do qual só ouvira falar por histórias distantes, uma realidade adversa, desconectada da minha.

Cheguei a Manaus em 2003, e, em 2005, conclui a graduação em psicologia. Nesse mesmo ano, iniciei minha atuação na saúde pública, e novamente a saúde mental se apresentou para mim. Porém, nesse contexto, sentia-me um tanto como “estranha no ninho”; era uma estrangeira, com sotaque sulista bastante marcado, além de um repertório linguístico

descontextualizado, o que me causava algumas dificuldades de comunicação e muitas preocupações, iniciante que eu era na carreira, em busca de me fazer entender, ser ouvida, me incluir.

Nessa época, a saúde mental em Manaus passava por um momento difícil – digo isso porque acompanhei a angústia e o sofrimento de alguns profissionais que atuavam no hospital psiquiátrico, o imponente Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), único serviço de referência para o atendimento emergencial, ambulatorial e de internação em saúde mental do estado, no momento em que receberam o comunicado, de modo informal e superficial, sobre o “fechamento” de seu local de trabalho. A população, os sujeitos/usuários¹ e seus familiares, também externavam suas preocupações em relação à desativação do CPER. Um clima de dúvida, medo e incerteza pairava nos discursos de todos. E agora? Os loucos vão ficar pelas ruas?

Neste contexto, iniciei minha prática profissional no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)² da cidade de Manaus, inaugurado em abril de 2006, após a intervenção do Ministério Público Estadual, visando efetivar a Lei n° 10.216 e implantar a reforma psiquiátrica no estado do Amazonas.

A dinâmica do serviço refletia o peso de ser o primeiro dispositivo substitutivo ao hospital psiquiátrico em Manaus, e foi sendo construída, em seu cotidiano, com vários estrangeiros como eu, buscando seu lugar, e desafiando práticas tradicionais com uma nova proposta de cuidados, que incluía uma maior autonomia dos sujeitos/usuários e um maior envolvimento de familiares e da comunidade, por meio do estabelecimento de vínculos terapêuticos com os profissionais da instituição.

Esse caminho não foi fácil, e até hoje não é. Penso que ressignificar modelos social e historicamente instituídos, especialmente quanto ao que se entende por loucura ou ao que se pensa sobre a figura do louco, é uma tarefa árdua, que exige uma construção coletiva envolvendo toda a sociedade.

Trabalhar em uma instituição que se propõe desinstitucionalizante (algo paradoxal) é um desafio diário em vários aspectos. Como profissional, tenho que aprender, construir, reconstruir e incessantemente refletir não apenas sobre que prática é essa, como ela se constrói, mas também sobre quais são os modelos instituídos na sociedade à qual também pertencemos, e que perpassam minha atuação na construção do cuidado e da autonomia em saúde mental.

Esse desafio me inspira, me motiva, e me comove. Muitas vezes, vejo-me como aqueles que defendem ativamente uma causa, ou buscam por meio de ações a transformação da sociedade, sendo chamados de “militantes”. Identifico-me com esse lugar, o de militante da saúde mental; porém, para além disso, como ser humano, o contato com a loucura, o convívio com o diferente, com os excluídos, estigmatizados, violentados em seus direitos, me faz ver o mundo e me relacionar com a vida de uma forma que considero melhor, mais humana, mais genuína.

Assumindo esse olhar, entendo as práticas de cuidados, consideradas como atividade humana realizada por pessoas, como uma das tecnologias de maior potência em saúde mental, e como um caminho de possibilidades para

¹ O termo *sujeito/usuário* foi escolhido para identificar a pessoa que, em algum momento da vida, necessitou acessar o sistema de saúde, neste estudo, mais especificamente, o sistema de saúde mental.

² Serviço de saúde da rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Portaria n° 336/GM/MS de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

a construção da autonomia, vista como a liberdade de ser quem se é, de fazer escolhas e viver a vida em suas mais diferentes formas.

No espaço do CAPS, a escuta e o acolhimento do sofrimento, como um assunto de todos os humanos, fazem parte do dia a dia daqueles que, em algum momento, transitam pelo ambiente e se colocam disponíveis ao encontro com o outro, pois é nas relações cotidianas, no serviço, que se constroem o cuidado, a promoção da saúde e da vida.

A possibilidade da proximidade com as pessoas que frequentam esse espaço permite conhecer as suas histórias, criar e fortalecer vínculos, acessar elementos singulares de seu contexto de vida. A experiência de atuar nesse serviço de saúde mental revela, diariamente, a complexidade das dimensões envolvidas nas condições de saúde e doença, e que, por vezes, se apresentam como demanda aos profissionais da equipe especializada.

Dúvidas, receios e desafios fazem parte da rotina profissional e podem ser percebidos em alguns momentos vividos, como quando a equipe se questiona sobre quais possibilidades oferecer a uma mãe de meia idade que chega ao serviço trazida pela vizinha, após presenciar seu marido, o único vínculo familiar e provedor da sua casa desde que tinha quatorze anos de idade, ser preso por tráfico de drogas. A realidade parece não mais fazer sentido para ela, e seu sofrimento é tão profundo e perturbador que lhe rouba as capacidades de cuidar de si mesma e dos sete filhos pequenos.

Condições como essa não são exceções, estão presentes; chegam ao serviço como um pedido de ajuda comunicado pelos mais variados discursos, como em uma discussão gerada quando um membro da família joga toda a comida fora, por acreditar que ela está envenenada, ou quando uma cobradora de ônibus, após sofrer cinco assaltos durante seu trabalho, não consegue mais sair de casa, ou quando uma moça que sofre de diabetes perde sua consulta de acompanhamento no hiperdia³ por estar em situação de rua, ou ainda, quando um sujeito grita e se mostra irritado porque está com dor no dente e é levado à emergência psiquiátrica.

Situações como essas são comuns na rotina do CAPS. A partir delas, a equipe produz e é produzida, na medida em que a complexidade dos problemas se apresenta, exigindo criatividade e flexibilidade dos profissionais para a construção de uma prática que se propõe efetiva no cuidado.

Para Boff (2017) o cuidado se refere a algo essencialmente humano, sendo que tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver. Portanto, não é possível conceber a vida humana sem o cuidado.

³ Sistema de informação da Atenção Básica (AB) em que se registram informações dos sujeitos adstritos que sofrem de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Produzir cuidado tem múltiplos sentidos, tem a ver com “solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida” (FEUERWERKER, 2016, p. 35). Inclui sujeitos/usuários, familiares, comunidade, profissionais e muitos outros personagens com suas possibilidades e impossibilidades.

O cuidado em saúde é definido por Ayres (2004, p. 74) como “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” e deve estar vinculado a uma prática que compreenda a integralidade e humanização das relações.

Cecílio (2011) também propõem um entendimento amplo sobre o cuidado na saúde, dividindo o conceito em cinco dimensões que são interdependentes: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. A dimensão individual refere-se ao “cuidar de si”, ou o cuidado do indivíduo dirigido a si mesmo. A dimensão familiar trata do cuidado protagonizado pelos familiares e amigos. A profissional ocorre nas relações entre o profissional de saúde e o indivíduo e abarca a competência técnica do profissional, a ética no cuidado e a capacidade de estabelecer vínculos com os usuários. A dimensão organizacional é aquela que trata dos serviços de saúde, compreendendo a divisão técnica do trabalho, atividades de gestão e coordenação, a organização do processo de trabalho com a definição de fluxos de atendimento, planejamento, registro e outras ações executadas em conjunto pela equipe. A dimensão sistêmica, por sua vez, trata das conexões entre os serviços de saúde, das redes ou linhas de cuidado. Por fim, a dimensão societária refere-se às políticas públicas e a forma como a sociedade se organiza para a gestão do cuidado.

Para os profissionais de saúde pública, a produção de cuidado deve ser pautada nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). A política de saúde pública é regulada pela Lei Federal nº 8080/1990, e tem como uma de suas principais referências, para organização das práticas, a noção de integralidade, que pode ser compreendida a partir de um conceito amplo de saúde, em que as ações produzidas, nos encontros entre trabalhadores e sujeitos/usuários, levem em conta as necessidades de saúde de cada sujeito, a fim de garantir seu acesso a todos os serviços, ações, e tecnologias que se façam necessários para o enfrentamento de determinado problema de saúde.

Buscando cumprir com o princípio da integralidade, a política é regulamentada por meio de portarias como a Portaria nº 4.270/2010, que preconiza a organização das Redes de Atenção

à Saúde⁴ (RAS), tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora e centro de comunicação entre os diversos dispositivos da rede, com a função de articular e coordenar as práticas de cuidados em saúde, sendo caracterizada como matriz da rede e principal “porta de entrada” das pessoas no sistema de saúde. (BRASIL, 2010a).

O CAPS, por sua vez, é regulado pela Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo regulamentado pela Portaria nº 336/GM/MS/2002, como ordenador da rede de cuidados e “porta de entrada” em saúde mental, o que gera certa dicotomia dentro da política de saúde, como se os cuidados em saúde mental não fizessem parte das políticas de saúde coletiva, distinguindo-se como um sistema paralelo.

Contudo, a partir da constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pela primeira vez na legislação brasileira a saúde mental se inclui na atenção integral. A legislação prevê a organização de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088/2011, visando a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental, sendo constituída por serviços de caráter público, de base territorial e comunitária, em uma lógica interdisciplinar e com controle social ativo – conforme as orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS (1979) para a organização dos sistemas de atenção à saúde das populações.

A implantação da RAPS possibilita a sustentação das práticas de cuidado em saúde mental a partir de um modelo, voltado para ações territoriais, de inserção social e construção de autonomia dos sujeitos. Nesse contexto, o CAPS apresenta-se como um dos componentes estratégicos da RAPS para a garantia da integralidade nos cuidados, e a pesquisadora, diante da rotina desse serviço, questiona-se sobre as práticas empreendidas e sua efetividade em relação a nova proposta de atenção à saúde mental: quais são as práticas empreendidas pelos profissionais de saúde que de fato produzem cuidados e construção de autonomia aos sujeitos com sofrimento psíquico? Quais os sentidos construídos pelos sujeitos/usuários e pelos trabalhadores a partir das mudanças no modelo de atenção em saúde mental? Houve transformações na experiência de sofrimento dos sujeitos/usuários, após a implantação dos serviços substitutivos e de desinstitucionalização? Como potencializar as práticas de cuidados e construção de autonomia a partir do modelo da RAPS?

⁴ A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, considera as RAS como estratégias para o cuidado integral direcionada às necessidades de saúde da população. Dentre seus atributos destaca-se a ABS estruturada como primeiro ponto e principal “porta de entrada” do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado. (BRASIL, 2011a).

Esses questionamentos se mostraram como fatores motivadores para assumir a posição de pesquisadora, elegendo como problema da pesquisa e objeto de investigação, a seguinte questão: Quais as transformações ocorridas na experiência de sofrimento dos sujeitos/usuários, e na prática de cuidados dos profissionais de serviços da RAPS em Manaus, a partir das mudanças na política pública de atenção à saúde mental?

Como objetivo principal de investigação elegeu-se analisar os sentidos construídos sobre o cuidado no cotidiano de um serviço substitutivo na cidade de Manaus. E como objetivos específicos: compreender o processo histórico da mudança no modelo das práticas de cuidados em saúde mental na cidade de Manaus, e conhecer os sentidos da mudança no modelo de atenção em saúde mental para a experiência de sofrimento dos sujeitos/usuários e para as práticas dos profissionais do dispositivo da RAPS.

A presente dissertação foi organizada em cinco partes principais que se complementam com a finalidade de atingir os objetivos expostos. A primeira parte se refere a um artigo de revisão teórica que aborda, com o auxílio das concepções de Engel, Campos e Vieira Filho, as mudanças paradigmáticas do modelo de atenção à saúde mental. Com as contribuições de Basaglia, discute-se os pressupostos que sustentam o processo de reforma psiquiátrica brasileiro. A inclusão de fatores psicossociais nas relações de cuidados à saúde, e a prática da clínica psicossocial, que se fundamenta no trabalho interdisciplinar e em rede de cuidados integrais para a produção da autonomia, também são abordados, partindo da ajuda de autores mais clássicos do modelo psicossocial como Tykanori, Pitta e Saraceno, chegando aos caminhos mais atuais dos serviços contemporâneos.

A segunda parte se constitui por um artigo que descreve o percurso histórico do trato com a loucura, inicialmente em um contexto mais geral, com referências à Foucault, Heidrich e Soares, e posteriormente descreve a história das políticas de saúde mental no contexto brasileiro, chegando à experiência do Amazonas, mais especificamente de Manaus, abordando sua história de interlocução com a loucura e as práticas de cuidado, desde o início da formação da cidade até os dias atuais, com o auxílio de autores locais como Araújo e Navarro.

A terceira parte é dedicada à apresentação dos pressupostos metodológicos que embasaram todo o desenvolvimento do estudo, esclarecendo os fundamentos epistemológicos e ontológicos que ancoraram a pesquisadora em uma posição ético-política em relação ao campo tema estudado. Autores da perspectiva construcionista que se utilizam de práticas discursivas como centrais em suas pesquisas, como Mary Jane Spink, e do uso de narrativas ficcionais como unidades de análise, como Clandinin, Connelly, e Oliveira na psicologia social, constroem as ideias desenvolvidas neste tópico.

Posteriormente, na quarta parte, são apresentadas as narrativas ficcionais colhidas na etapa de campo que são: “Correntes invisíveis”; “O cotidiano que escurece”, “A arte de fazer junto”; “A escrita que produz sentidos”; “O ‘deixar ser’ e o ‘estar com’”; “O barulho que não pode silenciar”. A partir das narrativas escolhidas são feitas reflexões sobre os sentidos da experiência de sofrimento dos sujeitos/usuários e sobre as contradições que se fazem presentes no cotidiano, considerando os desafios e as potencialidades para a efetivação do cuidado psicossocial em saúde mental.

Por fim, na quinta parte, são tecidas as considerações finais à respeito do estudo, entendendo que os sentidos sobre o cuidado em saúde mental se constroem a partir de um contexto histórico e cultural constituinte de realidades locais, que precisam ser problematizadas, incluindo vários atores como profissionais, gestores, instituições formadoras, sujeitos/usuários e a sociedade em geral, para a resistência e o fortalecimento do processo de reforma psiquiátrica no Brasil diante dos desafios que se apresentam na atualidade.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1. Artigo: A construção da clínica psicossocial no Brasil e as práticas de cuidado nos serviços de saúde mental contemporâneos: uma revisão teórica.

Introdução:

O campo da saúde mental no Brasil passa por um processo de transformação que tem como importantes marcos os movimentos sociais que iniciaram na década de 1970, e ganharam força nos anos de 1980, visando a redemocratização do país e a construção de políticas públicas de saúde mais igualitárias.

Este percurso sofreu influências ideológico-políticas e filosóficas-conceituais que fundamentaram a reestruturação das políticas, dos programas, dos serviços e das práticas de cuidados em saúde mental, possibilitando a construção de uma nova clínica, com a efetivação e legitimação da reforma psiquiátrica brasileira, baseada no paradigma psicossocial de reabilitação e de promoção da autonomia dos sujeitos.

Compreender o caminho percorrido desde a construção do paradigma psicossocial e da clínica de reabilitação, se faz necessário como contextualização do cenário de onde partirão as discussões sobre os rumos atuais da reforma psiquiátrica, na perspectiva de ações emancipatórias e de promoção da autonomia em suas dimensões técnica, ética e política, levando em consideração a prática cotidiana dos serviços substitutivos e suas especificidades históricas, sociais e culturais locais.

Do Paradigma Biomédico ao Paradigma Psicossocial na Atenção à Saúde.

As políticas de saúde são estruturadas e organizadas priorizando elementos que caracterizam certos modelos de compreensão e intervenção diante dos fenômenos de saúde e doença. Da mesma forma, a prática exercida pelos profissionais de saúde pode apresentar-se conformada a um conjunto de princípios e pressupostos que constroem uma racionalidade acerca de seu objeto de trabalho.

Em nossa sociedade ocidental, o modelo biomédico se mostra como um conhecimento culturalmente aceito e se configura como um dos principais sistemas de crenças acerca do adoecimento. Ele se constituiu a partir de um conjunto de pressupostos que definem a saúde como a ausência de doença, sendo esta, explicada por uma dimensão biológica e caracterizada por uma alteração da norma de variáveis fisiológicas, passíveis de mensuração e controle,

independente do comportamento social ou dos aspectos psicológicos que possam estar envolvidos em um determinado contexto (ENGEL,1977).

Nesta perspectiva, mesmo as doenças manifestadas por desordens comportamentais podem ser entendidas e explicadas, como decorrentes de modificações nos processos bioquímicos e neurofisiológicos. Esse pensamento, para Engel (1977), tem o reducionismo como um de seus elementos, ao inferir que fenômenos complexos, como a saúde e a doença, podem ser analisados a partir de um princípio primário único, biológico, indicando, pela ótica biomédica, a linguagem da química e da física como suficientes para explicar o fenômeno da doença.

Tal paradigma pode ser identificado na efetivação da clínica desenvolvida com centralidade na doença e marcada pela generalização de resultados e práticas, sem incluir as dimensões existenciais e sociais do sujeito doente. Essa clínica tem como foco a cura das enfermidades, em um sentido de reparação e recuperação das alterações biológicas em decorrência da doença. Para Campos (2002) a relação que se estabelece entre a doença e o sujeito se configura de forma que a primeira encobre o segundo, conferindo a ele uma nova identidade, a de doente, sem que haja uma articulação entre a doença em si e as singularidades de cada sujeito. Tal sistema é denominado pelo autor como “clínica totalizante”:

Não são sequer levantadas questões sobre como combinar uma dada enfermidade e o Ser concreto acometido, como combinar o enfrentamento de uma determinada doença com a luta contra o desemprego, o combate a uma certa enfermidade com o cumprimento de funções maternas, o cuidado e tratamento de um dado mal-estar com a conservação de algum conforto e de algum prazer (2002, p.23).

Percebe-se que a elaboração desse conhecimento se dá partindo de pressupostos e regras compatíveis com o método científico tradicional, como uma forma de investigação de respostas científicas para o estudo da doença, afastando-se do conhecimento informal e popular (HELMAN, 2003). Considera-se, então, sua contribuição para as bases do estudo científico positivista das doenças, e para a construção de regras de conduta que permitem racionalizar ações de tratamento e reparação da condição indesejável.

Durante o século XV, o princípio básico para o estudo científico tradicional era o método analítico, que consistia em reduzir o fenômeno isolando cadeias causais ou unidades, para depois compreendê-lo a partir da soma de suas partes. O corpo humano era, então, entendido segundo uma analogia com a máquina, formada por um conjunto de peças em funcionamento, e caso algum “defeito” fosse apresentado, poderia separadamente ser consertado. Com base nessas concepções, o sistema biomédico surge como abordagem

científica para a doença, de forma fracionada e analítica, centrada em processos biológicos, sem inserir outras dimensões como a social e a psicológica (ENGEL, 1977).

Sem desconsiderar as importantes contribuições que o sistema biomédico trouxe para o avanço da ciência no que diz respeito à biologia e fisiologia das doenças, bem como para o desenvolvimento de tecnologias de diagnóstico e tratamento de enfermidades relevantes para evolução da humanidade, observa-se que esse modelo, como qualquer outra abordagem científica, não deve ser único ou soberano, visto que é passível de limitações e possibilidades de ampliação das suas perspectivas e da potencialidade de seus resultados.

A inclusão de novos campos de conhecimentos na área da saúde, a partir das discussões sobre os limites do modelo biomédico e da necessidade de sua ampliação, se torna mais evidente, na sociedade ocidental, desde o século XX. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez” (OMS, 1946), incorporando os aspectos psicossociais como constituintes da concepção de saúde. A abrangência do conceito favoreceu a emergência de políticas sanitárias mais amplas, em que a saúde passou a ser entendida como um estado positivo que pode ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado como tema multidisciplinar.

Uma experiência pioneira, nesta perspectiva, foi a da sociedade cubana. Durante o período da revolução e das transformações políticas, sociais e econômicas que ocorreram nesse país nas décadas de 1960 e 70, novas demandas emergiram para a atuação prática dos profissionais, marcando a inclusão dos fatores psicológicos e sociais envolvidos nas condições de saúde e doença, com destaque para a construção da atuação prática da psicologia no campo da saúde comunitária.

O contexto cubano pós revolução propiciou o desenvolvimento da psicologia da saúde, a partir da inclusão do psicólogo no Sistema Nacional de Saúde, com uma atuação ampla, envolvendo os três níveis de atenção, primário, secundário e terciário, além da prática de pesquisa e docência nessa área de conhecimento. O psicólogo passa a ocupar-se não só dos transtornos mentais, mas também dos fatores psicológicos e sociais que envolvem o processo saúde-doença de maneira geral. Sua prática não se restringe, portanto, a uma escola tradicional, específica da psicologia, uma vez que se busca um pluralismo crítico, tanto conceitual quanto prático, para a construção de seu marco teórico (LOVELLE, 2003).

Neste sentido, Abalo, Pereira e González (2012) referem que a possibilidade de transformação do modelo biomédico, permite a construção de um campo de conhecimento que compreende a saúde a partir de variáveis psicossociais, relativas às crenças, condutas, emoções,

atitudes, apoio social, que funcionam como desencadeadores, facilitadores ou moduladores no processo saúde-doença.

A construção teórica e prática dos profissionais da saúde em Cuba, especialmente da psicologia da saúde, representa uma importante referência tanto para organização dos sistemas de saúde, como para o conhecimento e a atuação dos profissionais em uma perspectiva de ampliação dos pressupostos biomédicos e de desenvolvimento de uma clínica interdisciplinar.

Já no Brasil, a Constituição Federal (1988), em seus artigos 6º e 196, estabelece a saúde como direito social de todo cidadão, e como dever do Estado, sendo a política de saúde pública regulada pela Lei Federal nº 8080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A partir de então, a saúde passa a ser entendida de forma ampla, determinada socialmente e condicionada a políticas de governo que promovam condições adequadas de vida à população.

No âmbito do SUS, um dos princípios fundamentais para organização dos programas, serviços e práticas, é o da integralidade, que pode ser também compreendida a partir de um conceito abrangente de saúde, em que as ações produzidas, nos encontros entre profissionais e sujeitos/usuários do sistema, levem em conta as necessidades de saúde de cada sujeito, a fim de garantir seu acesso a todos os serviços, ações, e tecnologias que se façam necessários para o enfrentamento de determinado problema de saúde (FREUWERKER; BERTUSSI e MERHY 2010).

Desta forma, se discute a necessidade de construção de uma clínica em que o sujeito, seu contexto, sua pluralidade e singularidade sejam incluídos como objeto de estudos e de práticas, uma clínica cuja responsabilidade não seja somente pela enfermidade, mas pela integralidade dos sujeitos, dita por Campos (2002) como a “clínica do sujeito”.

Nesta construção considera-se a relação estabelecida entre o sujeito e a doença, qual a posição ocupada por cada um e de que forma se articulam, sendo que os serviços de saúde precisam operar de forma dinâmica para dar conta da variabilidade existente nessas interações (CAMPOS, 2002).

Na “clínica do sujeito” discute-se a “cura” das doenças, como uma noção diferenciada do conceito biomédico de recuperação e reparação da alteração biológica. Entende-se que certas enfermidades consideradas crônicas, ou incuráveis, pela ciência médica tradicional, em que os sujeitos necessitariam de cuidados permanentes, ou seriam quase sempre dependentes de algum tipo de apoio técnico para questões biopsicossociais, se beneficiariam de uma clínica reformulada e ampliada, que possa incorporar os vazios deixados pelos limites da clínica puramente biomédica, ou seja, a clínica totalizante.

O foco, após descartar a cura como solução, seria a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem, incorporando a noção de cuidado como central, com o sentido de “ocupar-se no aqui e agora, 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, LEONARDIS & MAURI, 1990, p.33).

A dinâmica de ampliação da clínica totalizante para o desenvolvimento da clínica do sujeito representa uma das bases para a construção do paradigma psicossocial que tem, no Brasil, sua construção articulada ao percurso de desenvolvimento das políticas de estado para a saúde em geral e em especial para a saúde mental.

O processo histórico da construção das políticas públicas de saúde no Brasil, baseadas em seus princípios fundamentais como a integralidade, a territorialidade das ações de saúde, e a participação popular nas ações de planejamento, gestão e controle das instituições de saúde, é marcado por movimentos sociais, que surgiram em um contexto social e político de redemocratização do país, entre os quais é possível destacar, por sua relevância, o movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica.

Esses movimentos coletivos, além de sua importância histórica para a construção das políticas de saúde, tiveram impactos nas transformações e no desenvolvimento de novas práticas clínicas. Nos primeiros anos da década de 1980, os dois movimentos se uniram e ocuparam espaços públicos de poder e tomada de decisões, propiciando novos questionamentos e a inserção de modificações no sistema de saúde.

Em comum, os dois movimentos tinham como fundamento reflexões que incluíam a necessidade de transformações em padrões sociais como a autoridade e o poder, a discriminação e a opressão, além da tentativa de democratização das agências e instituições político-sociais, entendendo política como um conceito que, para além de espaços público-estatais, se refere a uma prática inscrita no cotidiano das relações sociais (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

A Clínica Psicossocial no Brasil.

A clínica psicossocial tem suas raízes, neste contexto de luta política, em que se destaca o movimento de Luta Antimanicomial, como um dos responsáveis por trazer a público inúmeras denúncias, questionamentos e discussões acerca das políticas de saúde mental, que culminaram no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, regulamentada em 2001 pela Lei nº10.216. Essa Lei orienta o cuidado em saúde mental como uma prática de reinserção social, e normatiza, em seu artigo 2º (II, III), um tratamento exclusivo em benefício da saúde da pessoa com transtorno

mental, “visando alcançar a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, sendo protegida contra qualquer forma de abuso e exploração”. (BRASIL, 2001).

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira sustenta-se em bases ideológico-políticas e em marcos filosóficos-conceituais que fundamentam as transformações que se propõem para a clínica desenvolvida na assistência à saúde mental, a partir de um contexto de desinstitucionalização dos cuidados, por meio da desconstrução do saber e das relações de poder da clínica tradicional hospitalocêntrica.

Uma das principais influências para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, foi o movimento de democratização da psiquiatria ocorrido na Itália, a partir da década de 1970, que teve como um de seus principais expoentes o médico psiquiatra Franco Basaglia. Ele e seus seguidores criticaram o paradigma institucional que faz do manicômio um espaço de descarga, exclusão e ocultação do sofrimento, da miséria e da doença social, problemas esses, insuportáveis para a ordem de funcionamento social estabelecida (BASAGLIA, 1985).

O objetivo do movimento italiano era o de romper com a estrutura hierárquica do manicômio e negar a clínica que reduz o complexo fenômeno existencial da loucura à ideia de doença mental, o que para Foucault (2002;2017), marca a exclusão da subjetividade e o silenciamento de si mesmo, do ser sujeito.

Basaglia (2005) descreve o processo de mortificação do eu, fruto da institucionalização como:

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais que – justamente enquanto tais – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo. (p.24).

Este autor discute ainda, as diferentes formas de relação com a doença mental, que são dependentes da condição social do doente. Refere que um esquizofrênico rico, a quem se possibilite um internamento em uma clínica “particular”, geralmente não terá o curso de sua vida interrompido e nem suas funções sociais diminuídas de maneira irreversível, ao contrário do que se vê acontecer ao esquizofrênico pobre, internado à força em um hospital psiquiátrico público. Esse fato indica que o diagnóstico da doença mental em si, não é o único responsável pela condição de exclusão em que vivem determinadas pessoas doentes:

Não seria mais adequado concluir que estes doentes, devido exatamente ao fato de serem sócio-economicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção, à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros do hospital? Não seriam eles, definitivamente, o refugio,

os elementos de desordem dessa nossa sociedade que se recusa a reconhecer-se em suas próprias contradições? Não seriam simplesmente aqueles que, partindo de uma posição desfavorável, já estão perdidos ao partir? (BASAGLIA, 2005, p. 108)

Nesse contexto as pessoas são relegadas a uma condição de objetivação que se estabelece em sua relação de doente com a doença e com a figura do médico enquanto representante da sociedade. Ao psiquiatra cabe a função social de “curar” o doente, representada pela ação terapêutica de ajudá-lo a se adaptar ao lugar de “objeto de violência” como a única realidade possível (BASAGLIA, 1985).

O autor propõe, nessa obra, a negação da prática clínica que reproduz em sua terapêutica a tentativa de resolução dos conflitos sociais adaptando a eles suas vítimas. Para a negação e a transformação da clínica representante do poder excludente, se faz fundamental o desmonte do espaço manicomial, construindo em seu lugar, conforme Tykanori (1996), serviços e práticas que favoreçam o desenvolvimento de uma clínica que possa reconstruir os valores que assegurem o sujeito social, como aquele capaz de participar do processo de trocas sociais.

Desta forma, a partir da desmontagem da organização manicomial e das práticas institucionalizadas neste espaço, o desafio que se apresenta é o de preencher as lacunas deixadas pela desinstitucionalização e construir novas possibilidades de uma clínica ética e política, que considere o sujeito em suas várias dimensões.

Assim como argumenta Vieira Filho (1998), a desconstrução dos processos tradicionais de cuidados em saúde mental baseia-se em transformações dos modos de fazer que se reconstroem em uma lógica que se pretende interdisciplinar e dialógica, com a democratização das relações de poder, demandando dos profissionais envolvidos a renovação de suas práticas e o desenvolvimento de uma atuação em rede de atenção, tanto intra quanto interinstitucional.

O que se propõem é uma clínica psicossocial fundamentada em pressupostos epistemológicos e teóricos que sustentam a prática interdisciplinar dialógica, em uma dinâmica de rede integrativa entre profissionais, serviços, usuários, familiares e comunidade.

Para os profissionais, trabalhar com práticas que pretendem ser desinstitucionalizantes demanda um esforço de reflexão sobre seu lugar como profissional e seu papel na sociedade. A democratização do poder na relação terapêutica requer pensar em novas práticas baseadas na relação com o outro que está em sofrimento psíquico, e não com a “nosografia” da doença. Esta postura terapêutica possibilita um encontro relacional dialógico que ultrapassa a relação que se dá pelos papéis sociais previamente estabelecidos de terapeuta e paciente, permitindo a busca de sentido para aquele que se encontra em sofrimento (BASAGLIA, 2005).

Desta forma, Basaglia (2005) propõe uma prática terapêutica construída por uma relação igualitária, na qual as ações terapêuticas se configurem como um constante movimento na busca de respostas às demandas das pessoas em sofrimento psíquico e que levem o terapeuta a uma postura reflexiva sobre suas ações, em um movimento contínuo de discussão entre teoria e prática, entendendo que as relações é que direcionam as práticas.

Neste aspecto, a teoria da ação dialógica apresentada por Paulo Freire (1980; 1996) traz contribuições significativas quanto à reciprocidade e a cooperação mútua que se propõe na relação terapêutica. As contradições e assimetrias presentes na relação são dialeticamente aceitas e a reciprocidade prevalece.

Para Vieira Filho (1998), a cooperação permanente entre o usuário e o terapeuta permite a superação da problemática ou sofrimento, tendo como eixo central para a construção do processo terapêutico a comunicação empática. Esta comunicação permite ao profissional um envolvimento emocional, representado pela disponibilidade e engajamento efetivo na relação, da mesma forma que possibilita um distanciamento relacional e cognitivo, para a reflexão do terapeuta sobre suas implicações de observador, discutindo com a teoria na tentativa de construir um conhecimento que possa oferecer uma compreensão dialógica ao tratamento que está sendo realizado.

Na constituição da relação terapêutica, o terapeuta deixa de se posicionar como o detentor do saber e das técnicas de intervenção para assumir um papel de coconstrutor de sentidos para aquele que sofre, ou seja, uma reinvenção subjetiva da problemática que este vivencia.

Considerando esse aspecto, Vieira Filho (1998) propõe a clínica psicossocial como estratégia terapêutica que possibilita respostas à complexidade da demanda de cuidados em saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização. Infere, ainda, a necessidade de o terapeuta tentar trabalhar com as potencialidades da pessoa em sofrimento, ao invés de considerá-la como “tábua-rasa”, limitada a uma categoria diagnóstica rígida, que a conduziria à busca pela normalização do sujeito aos padrões de adaptação prescritos por uma ideologia de exclusão. Favorecer o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos requer uma perspectiva de melhor inserção social, com a possibilidade de ampliação das relações e a abertura de espaços de liberdade na sociedade em que vive.

Portanto, a clínica psicossocial é entendida como uma prática terapêutica baseada na qualidade da relação construída entre terapeuta e usuário. Por meio dela, busca-se uma resposta dinâmica e complexa à demanda do usuário, baseando-se em uma perspectiva fundamentalmente interdisciplinar, inserida no cotidiano do usuário, em que o terapeuta investe

em uma postura reflexiva sobre sua prática, tanto na relação institucional quanto na relação com o usuário que sofre e a comunidade (VIEIRA FILHO, 2005).

Assim, a prática terapêutica psicossocial se propõe ampliada, apontando para direções múltiplas, de forma que cada campo de conhecimento envolvido na ação possa enriquecer os pressupostos, difundindo seu olhar específico para outros campos, beneficiando e sendo por eles beneficiado, possibilitando a ampliação do conhecimento (SAMPAIO, 2012).

Essa ação interdisciplinar supõe ainda uma gestão em que os trabalhadores vivenciam a cooperação nas relações de poder e interlocuções entre colegas. Essa horizontalização das relações pode possibilitar o exercício de diferentes papéis e funções relativas ao contexto interventivo. Sendo a interdisciplinaridade o exercício de um trabalho de equipe, as ações necessitam ser coordenadas segundo uma coerência interna interdisciplinar entre saberes e fazeres (VIEIRA FILHO, 2005).

Para Sampaio (2012), a interdisciplinaridade é vivida a partir da prática cotidiana, e pode se apresentar perpassada por dificuldades relacionadas à rigidez dos modelos tradicionais das práticas terapêuticas, que levam o profissional a temer a diluição do seu “eu profissional”, de sua identidade. O que se nota aí é o medo de perder a identidade particular em nome de uma unidade global, ou ainda, o medo de perder o “poder” sobre as coisas, em um olhar que vincula poder ao saber.

Portanto, superar esses obstáculos de ordem “psicológica”, de estruturas mentais construídas nos moldes das práticas clínicas mais tradicionais, a fim de assumir uma postura dialógica, mostra-se condição fundamental para o profissional que pretende atuar na clínica psicossocial.

A Reabilitação Psicossocial e a Construção da Autonomia.

A partir dos anos de 1980, no Brasil, se inicia a efetivação dos primeiros serviços de saúde mental com funcionamento substitutivo ao modelo manicomial, tendo como característica fundamental a construção de uma clínica de reabilitação psicossocial, centrada na singularidade da subjetividade e com objetivo de transformação social e política do lugar de desvalor do sujeito dito “doente mental” para, como refere Tykanori (1996), uma situação de participação efetiva no intercâmbio social daqueles que necessitam de cuidados em saúde mental.

Com essa proposta, na década de 1990, criam-se os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Lares Abrigados, entre

outros, como resultado da consolidação de experiências desenvolvidas desde os anos 80. Nesses espaços o cuidado oferecido visa a restituição e a ampliação da autonomia dos sujeitos, por meio de uma clínica reflexiva e efetivamente transformadora das práticas excludentes e opressoras.

Para se compreender as ações terapêuticas promovidas nesses espaços e as questões clínicas, éticas e políticas que os envolvem, entendemos como necessário tecer algumas considerações a respeito da noção de reabilitação psicossocial e de autonomia.

A *International Association of Psychosocial Rehabilitation*, em 1985 considera o conceito de reabilitação psicossocial como:

[...] o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. (...) O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo. (PITTA, 1996, p.19).

Partindo dessa compreensão, Saraceno (1996) refere que a reabilitação deve ser considerada, não só como uma tecnologia, mas como uma exigência ética, que implica na construção da política geral de serviços em saúde mental, voltada para a ideia de reconstrução do exercício “pleno” da cidadania. Pitta (1996) reforça ainda, que nas democracias consideradas emergentes a “reabilitação psicossocial poderá significar justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos.” (p.23-24).

Os conceitos e ideias que envolvem a reabilitação psicossocial trazem como um de seus principais eixos a noção de autonomia, que em sua origem grega, se refere a capacidade de um indivíduo se autodeterminar, se auto realizar. “Autos” indica “si mesmo” e “nomos” a ideia de “lei”. No dicionário Houaiss (2015) designa a “qualidade ou estado de autônomo, independente, livre”. “Faculdade de se governar por si mesmo”. Ou seja, a autoconstrução e o autogoverno.

Na esfera da saúde mental e da reabilitação psicossocial, o conceito de autonomia ganha contornos imprecisos e é tema de discussões quanto a sua viabilidade e potencialidades para os sujeitos que são destituídos de todo e qualquer valor ao receber o rótulo de doente mental, e também, quanto as possibilidades de sua promoção nos espaços assistenciais substitutivos ao modelo manicomial (SANTOS; ALMEIDA; VENANCIO e DELGADO, 2000).

A condição de desvalor atribuída aos sujeitos que sofrem de transtornos mentais, diz respeito ao campo das trocas sociais, em que cada sujeito possui um valor prévio para realizar intercâmbios coletivos, o que constitui seu poder contratual (BASAGLIA, 1985; TYKANORI, 1996).

O poder contratual pode ser entendido como uma ferramenta de interação e convívio social, ao possibilitar trocas em dimensões fundamentais para o coletivo, como a dos bens, das mensagens e do afeto. Os sujeitos que recebem um diagnóstico de doença mental, tem, pressupostamente, seu poder de contratualidade anulado, sendo que, “seus bens tornam-se suspeitos, suas mensagens incompreensíveis e seus afetos desnaturados, tornando praticamente impossível qualquer possibilidade de trocas” (TYKANORI, 1996, p.55-56).

Nesse sentido, a autonomia para Tykanori (1996), enquanto capacidade de gerar normas para si mesmo e para sua vida, a partir das relações que estabelece e das situações que vivencia, está relacionada ao aumento do poder contratual do sujeito e de sua capacidade de realizar trocas sociais. Quanto maior o número de relações estabelecidas, mesmo que essas se tratem de interações dependentes, maior será a sua autonomia. “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.” (p. 57).

Outros estudos partem de um conceito de autonomia relacionado a critérios pragmáticos e apragmáticos, como a autonomia para higiene, alimentação, medicação, ir e vir, trabalho e relações sociais (SANTOS et al. 2000). No entanto, esses critérios se mostram insuficientes para definir autonomia na clínica psicossocial, onde a subjetividade e a individualidade dos sujeitos não podem ser reduzidas a padrões universalizantes.

Desta forma, pensar na ampliação da autonomia dos sujeitos/usuários nos espaços dos serviços substitutivos, como no CAPS ou no Serviço de Residência Terapêutica (SRT), necessita de uma discussão sobre a autonomia possível, que leve em consideração, conforme Leal (1994), “o abandono da expectativa de resolutividade e eficácia a partir da comparação de desempenhos, e também a criação de outras possibilidades de vida a partir de outros padrões de subjetivação”. (p.153).

Uma concepção possível para autonomia nos serviços substitutivos, proposta por Santos et. al. (2000), seria representada pelo momento em que o sujeito/usuário passa a conviver com seus problemas de forma a requerer menos dispositivos assistenciais do próprio serviço, que se constituiria então, de um espaço intermediário, transitório, onde a equipe de saúde promoveria a expansão do poder contratual dos sujeitos, fazendo as mediações necessárias, e se preciso, conforme Tykanori (1996), emprestando a eles seu próprio poder contratual.

Nessa perspectiva, um dos objetivos das ações terapêuticas estaria relacionado à ampliação das relações de trocas, realizadas pelos sujeitos/usuários, a outros espaços, para além do serviço substitutivo, possibilitando a expansão de sua experiência e a renovação de suas relações como sujeito de interações sociais.

Saraceno (1999) aponta ainda, a importância de se atentar para a dimensão política e social do modelo de reabilitação desenvolvido pelos profissionais nos serviços substitutivos, compreendendo e priorizando, uma lógica de participação, que se constitui de, ao invés de fortalecer o fraco para que este possa competir com os fortes, modificar as regras do jogo de forma que todos possam participar em uma dinâmica de trocas de interesses e competências.

Usando as palavras de Vasconcelos (2013), a questão que se coloca é a de “como avançar na esfera das práticas micropolíticas, do nível de participação social, das relações de poder e das representações sociais e culturais difusas relativas ao campo da saúde mental” (p. 26). O autor defende que o processo da reforma psiquiátrica no Brasil pode se fortalecer a partir de estratégias emancipatórias de empoderamento dos sujeitos/usuários e seus familiares, favorecendo seu acesso e participação nos movimentos sociais, de associativismo e nos espaços de controle social, onde as principais decisões, relacionadas as políticas de saúde mental, em qualquer nível de gestão, passam por conselhos em que a metade dos participantes deve ser composta por representantes da sociedade civil e associações ligadas ao campo.

A discussão proposta por Vasconcelos (2013) favorece o entendimento da autonomia em um âmbito coletivo, possibilitando assim o aumento do poder pessoal e do grupo de sujeitos/usuários e familiares, em suas relações interpessoais e institucionais, poder esse necessário, especialmente para aqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.

É possível perceber a diversidade das práticas relativas ao campo da reabilitação psicossocial, da autonomia e empoderamento dos sujeitos/usuários da rede de saúde mental e seus familiares, no contexto brasileiro (GUERRA, 2004). Entende-se essa realidade como uma construção, a partir de um contexto histórico e social específico do país, que marca as “interpelações autonomistas e de empoderamento” (VASCONCELOS, 2013, p. 34). Portanto, o desenvolvimento de estratégias terapêuticas psicossociais, nos espaços substitutivos, que propiciem a expansão da autonomia de forma articulada com a dinâmica social e cultural locais, se configura como um dos atuais desafios no campo da saúde mental.

O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 2010, apresenta no eixo III – “Direitos humanos e cidadania como desafio ético e Intersetorial”; sub eixo 3.7- “Organização e mobilização dos usuários e familiares em saúde mental” - o termo “empoderamento” e as possibilidades de promovê-lo, por meio do aumento da autonomia e autoestima; pelo estímulo a elaboração de projetos com o protagonismo de usuários e familiares; com a criação de cartilhas informativas que esclareçam os direitos e os deveres das

peessoas com transtorno mental; além da garantia e fortalecimento das associações e cooperativas de usuários e familiares, dentre outros (BRASIL, 2010).

Porém, a concretização de ações como essas, propulsoras do empoderamento no cotidiano dos serviços, enfrenta obstáculos dentre os quais se destacam, conforme Vasconcelos (2013), questões de natureza política e ideológica. Pensamentos e posicionamentos divergentes frente a doença mental, se configuram como peculiaridades neste campo, constituídos ao longo de sua história de exclusão e segregação da sociedade. Influências epistemológicas e institucionais que podem levar os atores envolvidos a reprodução de valores tradicionais e práticas sedimentadas não compatíveis com a Política nacional de Saúde Mental.

É possível dizer que atualmente a reforma psiquiátrica no Brasil encontra-se em um contexto paradoxal, por um lado, avanços significativos se concretizaram quanto aos aspectos teórico-clínicos da assistência, ao modelo de gestão dos serviços substitutivos e à articulação entre as equipes de saúde, por outro lado, na dinâmica dos serviços pode se perceber ainda a repetição de antigas práticas que não são mais recomendadas. As mudanças na legislação foram positivas, porém não garantem os direitos conquistados, necessitando de mudanças culturais a longo prazo e investimento para a construção de condições reais de convivência com a diversidade humana (CARDOSO; OLIVEIRA e PIANI, 2016).

Caminhos atuais na construção do cuidado e da autonomia em saúde mental na prática psicossocial no Brasil:

Nesse contexto de coexistência de modelos assistenciais paradoxais que parecem marcar as dinâmicas atuais e o cotidiano de serviços contemporâneos da rede de saúde mental, torna-se importante discutir caminhos que se distanciem de práticas tutelares de exclusão e ao mesmo tempo possam garantir a não desassistência aos usuários que demandam por cuidados.

Cardoso et al (2016), em um estudo sobre as práticas de cuidados em saúde mental, realizado no estado do Pará, discute a necessidade de os serviços de CAPS promoverem mais e melhor a participação de todos os atores no cuidado cotidiano, na gestão e na avaliação das práticas dos serviços, além da participação dos usuários e familiares na construção, implantação e avaliação das políticas de saúde mental, por meio da potencialização dos conselhos locais, municipais e estaduais, como espaços de exercício da participação política e do controle social.

Os serviços de CAPS, que tem como função ordenar a rede de atenção psicossocial (RAPS), podem contribuir para a expansão da autonomia a partir da inserção social pela cultura, lazer e cidadania. Em um recente estudo sobre as práticas propulsoras de autonomia

desenvolvidas por profissionais de um CAPS III, no Rio de Janeiro, os autores destacam a potencialidade das atividades realizadas dentro do serviço, e especialmente, das ações referentes a abordagem territorial enquanto estratégia que pode se mostrar efetiva na construção da autonomia do usuário (DUTRA; BOSSATO e OLIVEIRA, 2017).

Entre as ações realizadas pelos profissionais do CAPS, Dutra et al (2017) destacam as oficinas terapêuticas como um meio importante de aproximação dos profissionais para com os usuários, sua história de vida e compreensão sobre o mundo:

É por meio da oficina que o profissional tem a possibilidade de intervir e ampliar o diálogo em relação as construções do viver com dignidade e cidadania mesmo com o transtorno mental ou sofrimento psíquico. [...] Corroborando a experiência da reforma psiquiátrica italiana, as trocas, as atividades grupais e comunitárias representam a oportunidade para o exercício da autonomia. (p. 04).

Dentre as possibilidades de atividades grupais, entende-se a “Assembleia” como um espaço de potência para a construção da autonomia dos usuários e familiares. Esse grupo, dentro do cotidiano do serviço, pode representar o lugar do exercício protegido da cidadania onde é permitido expressar opiniões, reivindicar, argumentar, votar, de modo que todos tem igualmente vez, voz e voto para a tomada de decisões coletivas. A garantia desse espaço de discussão e deliberação democrática é essencial para os dispositivos que propõem a expansão da autonomia e emancipação dos indivíduos.

Nesse sentido, Resende e Costa (2017), reforçam o papel dos profissionais de serviços substitutivos como proporcionadores de condições para os encontros, trocas e interações que potencializam o empoderamento e a autonomização. Para esses autores, além do espaço da “Assembleia”, que dependendo da forma como é conduzida se mostra um importante exercício democrático, o próprio cotidiano pode ser organizado de forma coletiva e participativa. Esses autores sugerem, como uma ação de compartilhamento do cuidado no dia a dia, a possibilidade de as evoluções nos prontuários serem realizadas de forma conjunta entre profissionais e usuários, facilitando a conversa franca sobre os diagnósticos, medicações e intervenções.

Uma construção conjunta dos prontuários – com a potencial mobilização para trocas de informações e experiências entre os usuários e técnicos sobre os medicamentos, as hipóteses diagnósticas e as intervenções arquitetadas que desta construção poder-se-iam desdobrar – seria um interessante exercício em direção à cogestão nos processos de produção de saúde, criando possíveis condições para diferentes expressões de autonomia. (p. 308).

Para a construção de ações conjuntas em que o usuário possa ter uma participação central, entende-se que a dinâmica entre ele e o profissional, visando a produção do cuidado e da autonomia, acontece com a presença de um vínculo estabelecido pela convivência nos momentos e encontros que expandem os limites do espaço do serviço. Considera-se importante, como corroboram Dutra et al (2017) compreender o sujeito como ser social, conhecer sua história de vida, relacionar-se com sua família e realizar articulações em seu território buscando conhecer o ambiente em que passa a maior parte do tempo, sua rede de apoio, bem como suas preferências e desejos.

Para olhar o sujeito/usuário como um ser social, pertencente a um território, ou seja, além dos sintomas de seu sofrimento psíquico grave, “é necessário disponibilidade para conhecê-lo e entender seus conflitos de maneira que num momento de crise haja a possibilidade de prevenir uma situação extrema de agressividade” (WILLRICH; KANTORSKI; CHIAVAGATTI; CORTES e ANTONACCI, 2013, p. 661).

A disponibilidade dos profissionais se mostra no cuidado com as necessidades da vida do sujeito. Dutra et al (2017) descrevem capacidades como: secretariar, direcionar, responsabilizar, reinserir, no sentido de ajudar o sujeito na vida como cidadão, usufruindo das possibilidades oferecidas pela sociedade. Para isso, verifica-se a importância da implicação dos trabalhadores de saúde mental no contexto do território dos sujeitos buscando fortalecer redes de apoio e descobrir recursos existentes que possam funcionar como parceiros para o cuidado.

Todas as ações realizadas pelos profissionais do CAPS em atenção às demandas psicossociais dos sujeitos/usuários, podem ser discutidas e planejadas por meio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este se constrói partindo de uma ampla discussão sobre os problemas a serem enfrentados, propondo condutas terapêuticas articuladas e singulares. Objetiva-se o fortalecimento da rede de apoio e a utilização dos recursos do território do sujeito.

Para Grigolo e Pappiani (2014) o PTS pressupõe o envolvimento de vários atores como os profissionais da equipe, os familiares e principalmente os próprios usuários, nas discussões e no planejamento das ações, garantindo diversas perspectivas para a construção de um plano que contemple, de forma articulada, fatores subjetivos, sociais, familiares, laborais, entre outros.

Dutra et al (2017) citam exemplos, baseados na dinâmica do trabalho cotidiano no CAPS, de ações que podem estar presentes no PTS e que podem variar conforme a singularidade da demanda de cada sujeito/usuário.

[...] cuidados com o corpo, cuidados com a medicação, pequenos procedimentos, técnica de referência, discussão de caso, atendimento à família, ambiência, atendimento ao sujeito em crise, oficinas terapêuticas individuais ou em grupos, apoio matricial, interconsultas e visitas domiciliares, buscar recursos e articular com o território, acolhimento intra e extra CAPS, acompanhante terapêutico, atendimentos para desinstitucionalização, atividades para o empoderamento dos usuários, atividades para a cidadania, passeios fora do território, suporte às redes de apoio (p. 03).

Neste sentido, o PTS pode torna-se uma das estratégias centrais para a condução do cuidado e promoção da autonomia quando utilizado de forma reflexiva, dinâmica e dialógica, com a elaboração de metas e não apenas, como discutido por Grigolo e Pappiani (2014) uma mera lista ou cronograma de atividades. Estes autores referem algumas limitações no uso do PTS referidas por profissionais de um CAPS II, no norte de Santa Catarina, ao refletirem sobre uma prática que pode ser institucionalizante quando o plano terapêutico se resume a “encher” o usuário de atividades dentro do serviço, sem uma articulação com a comunidade e com os recursos do território, ressaltando a necessidade de um discurso e de práticas prioritariamente extra muros.

O profissional da equipe interdisciplinar do CAPS responsável pela articulação da proposta terapêutica e por construir, juntamente com o sujeito/usuário o PTS, é chamado de técnico de referência (TR). Propõem-se que este seja o profissional cujo vínculo com o sujeito/usuário favoreça o processo terapêutico ao assumir um papel de mediador entre os demais profissionais, a dinâmica da rede de serviços e as demandas do sujeito ao qual o cuidado se destina, em uma espécie de gerenciamento do PTS, promovendo sua discussão, elaboração e avaliação.

Quanto ao papel desempenhado pelo TR, Resende e Costa (2017) entendem tratar-se de um trabalho pautado “no vínculo e no acompanhamento cotidiano do usuário no serviço e principalmente no território, nos espaços onde sua vida acontece” (p. 302), destacando a importância da convivência entre profissional e usuário para o desenvolvimento da confiança deste último na disponibilidade do TR em ajudá-lo a resolver questões concretas de sua vida.

Desta forma, o TR pode aproximar-se mais de um certo número de usuários para acompanhá-los de modo singular, assistindo e reavaliando o seu PTS. A dinâmica de funcionamento com a utilização do TR se baseia nos princípios da interdisciplinaridade e do vínculo entre profissionais e usuários, que se fundamentam na proposta da clínica ampliada, por meio do compromisso com a singularidade do sujeito, da articulação com a família, o trabalho e a cultura, ou seja, seu território de vida (GRIGOLO e PAPPIANI, 2014).

A partir do encontro entre profissional e usuário “trilha-se o caminho por meio do conhecer, intervir, continuar, estimular e mediar à autonomia dos sujeitos” (DUTRA et al, 2017, p. 05). No entanto, para estes autores, a produção de cuidados dessa natureza só acontece a partir do afeto. O cuidado afetivo permite ao profissional colocar-se como pessoa na relação se utilizando de sua disponibilidade interna para o envolvimento, a vinculação, ou seja, o implicar-se.

Um estudo de Oliveira, Melo e Vieira-Silva (2017), que analisa práticas psicossociais com base nas noções descritas por Nise da Silveira como pilares da reabilitação, refere que a afetividade na relação entre profissional e sujeito pode ter uma função tanto catalisadora quanto inibidora, criando as condições necessárias para que pessoas em um momento de ruptura psíquica possam almejar uma reorganização.

A criação de um ambiente acolhedor juntamente com o vínculo afetivo são condições básicas na proposta de Nise da Silveira, que parte do princípio da estreita relação entre espaço cotidiano e espaço imaginário, entre mundo externo e mundo interno. (SILVEIRA, 1981 apud OLIVEIRA et al, 2017).

No espaço de convivência, a disposição genuína do profissional de estar com o sujeito em sofrimento, “em uma postura de respeito à alteridade, visando uma convivência fraterna, potencializa o estabelecimento de relações horizontais, e acima de tudo afetivas” (RESENDE e COSTA, 2017 p. 261) em que o mais importante não é o que se diz, mas o ambiente de acolhimento proporcionado, que ao se repetir no cotidiano caracteriza uma dimensão de continuidade do cuidado.

Portanto, nesse ambiente de convivência se constroem relações terapêuticas que visam a emancipação e a continuidade do cuidado, entendendo a importância de refletir sobre os desafios para a consolidação do paradigma da atenção psicossocial, sendo que, por vezes, o desejo de construir um cuidado sob medida pode se configurar em excesso, caracterizando uma prática tutelar e excludente, ou ainda, a falta de cuidado representada pela desassistência, marcando a necessidade da presença constante da dialética entre implicação e reserva. Nesse sentido, o trabalho dos serviços substitutivos para Resende e Costa (2017) pode,

[...] constituir-se como um espaço de tratamento que reconhece o potencial terapêutico da convivência. As suas características – abertura, poder escolher, estar disponível a cada um, construindo conjuntamente a partir do desejo e do vínculo, de modo a acolher as diferentes formas de participação, em um espaço afetivo que visa o estabelecimento de relações horizontais e fraternas – permitem a construção de um cuidado que, por um lado, respeita as peculiaridades de quem acompanhamos e que, fundamentalmente, em um mesmo movimento visa o empoderamento. (p. 298).

Ao analisar a literatura atual sobre o desenvolvimento das ações de cuidado nas práticas cotidianas dos serviços da RAPS é possível concluir que as experiências se mostram atreladas a um contexto histórico, social e cultural do local em que acontecem, apontando para a necessidade de um maior número de estudos que possibilitem a ampliação dos conhecimentos acerca dos desafios, possibilidades e modos de promoção da autonomia no dia a dia dos espaços de atenção psicossocial e na prática cotidiana dos serviços substitutivos em suas realidades locais.

Considerações finais:

A construção da clínica psicossocial tem como um de seus elementos fundamentais o reconhecimento de lacunas existentes no paradigma biomédico de entendimento da doença por seu enfoque biologicista, compatível com os métodos de investigação científica tradicionais, em que os fenômenos complexos, como os processos de adoecimento, podem ser reduzidos, mensurados e controlados, traduzindo a noção de saúde como um estado de ausência de doença.

Esse paradigma comporta a construção de uma clínica chamada por Campos (2002) de “clínica totalizante”, em que o foco central está na reparação das alterações biológicas causadas pela doença, com uma prática de generalização dos resultados, sem levar em consideração a dinâmica singular de cada sujeito, que passa a assumir a identidade de doente.

As discussões sobre os limites dessa prática e das possibilidades de ampliação de seus conceitos ganharam força com a definição da OMS (1946) sobre a concepção de saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez”, abrindo espaço para a construção de novos paradigmas incluindo os aspectos psicossociais como elementos constituintes das dinâmicas de saúde e doença, e possibilitando a elaboração de políticas públicas de saúde mais abrangentes, em que o Estado passa a responsabilizar-se pela promoção da saúde e de condições de vida adequadas à população.

Neste contexto surgem experiências exitosas no desenvolvimento de políticas de saúde pública, como a da sociedade cubana, nas décadas de 1960 e 70, com a inserção de aspectos sociais e psicológicos articulados as práticas das equipes interdisciplinares, destacando a evolução da psicologia enquanto campo teórico e prático de conhecimento e intervenção nas demandas relacionadas à área da saúde.

Na realidade brasileira, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por movimentos sociais que militaram pela redemocratização do país, entre os quais tiveram destaque a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, por suas contribuições no processo de construção das

políticas de saúde, em seus princípios fundamentais que remetem a igualdade de direitos e a integralidade das ações, permitindo a reformulação das práticas para a estruturação de uma clínica com centralidade nas necessidades e singularidades de cada sujeito, chamada por Campos (2002) de “clínica do sujeito”.

O movimento da reforma psiquiátrica sofreu grande influência do processo de democratização da psiquiatria na Itália, inspirado por concepções ideológico-políticas desenvolvidas por Franco Basaglia, que tinham como principais fundamentos o fechamento das instituições manicomiais, representantes de uma forma de poder excludente, legitimado pela ciência psiquiátrica, e a negação da clínica opressora de mortificação do sujeito, dando espaço para a construção de uma nova clínica baseada na desinstitucionalização das práticas, reinserção social dos sujeitos e recuperação da sua autonomia e cidadania.

Desta forma, a clínica psicossocial surge no Brasil, como prática conformada nas transformações das políticas públicas de saúde mental, de grande impacto ético e político, priorizando ações de reabilitação, de promoção da autonomia e do empoderamento. A partir de então, discute-se os desafios, limites e possibilidades de construção dessas práticas no cotidiano dos serviços que se propõem substitutivos a lógica manicomial.

A literatura atual sobre esse tema nos revela a proposição de uma prática de cuidado implicada, em que a convivência e a afetividade estejam presentes na relação entre o profissional de saúde mental e o sujeito/usuário, visando a articulação de redes de apoio e a mobilização de recursos no território de vida deste, que possam funcionar como parceiros potentes no cuidado, e ao mesmo tempo, promover a autonomia dos sujeitos por meio de sua participação nos serviços e nos espaços de decisão e de controle social das políticas públicas de saúde mental. Para o alcance desses objetivos as equipes podem lançar mão de estratégias como o projeto terapêutico singular (PTS) enquanto ferramenta de planejamento, efetivação e avaliação das diversas ações de cuidados, e o terapeuta de referencia (TR) como profissional responsável pela construção do PTS e por mediar a dinâmica da rede de serviços e a singularidade das demandas do sujeito.

Visando o aprimoramento das discussões relativas ao rumo das práticas contemporâneas nos serviços substitutivos e seus resultados, verifica-se a necessidade da ampliação do quantitativo de estudos científicos, com metodologias de investigação que abordem as ações cotidianas dos espaços de reabilitação psicossocial, como a etnografia, a observação participante, além de relatos de experiência que discutam a produção emancipatória no campo da saúde mental a partir da reforma psiquiátrica (LIMA e BRASIL, 2014), especialmente aquelas que considerem o contexto histórico, social e cultural do local em que essas práticas se

constroem, além da produção do conhecimento a partir da experiência dos sujeitos/usuários da rede de saúde mental.

Referências:

ABALO, J. A. G.; PEDREIRA, O. E. I.; GONZÁLEZ, J. A. D. Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. **Pensamiento Psicológico**, Pontificia Universidad Javeriana, v. 10, n. 2, p. 83-101, 2012.

BASAGLIA, F. Loucura/Delírio. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Seleccionados**: em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. F. As instituições da violência. In: Basaglia, F. (org). **A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico** (pp. 99–133). Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Constituição de 1988.

_____. **Lei Federal nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. **Lei Federal nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 jun a 01 jul de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010, 210 p.

CAMPOS, G.W. A Clínica do Sujeito. In: CAMPOS, G.W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

DUTRA, V, F, D; BOSSATO, H, R e OLIVEIRA, R.M.P. Mediar a autonomia um cuidado essencial em saúde mental. **Escola Anna Nery**.21(3):e20160284. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0284, 2017.

ENGEL, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **Science**, New Series, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 8 apr. 1977.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos 1**: Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. A História da Loucura. 11ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C; MERHY, E. E. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

GRIGOLO, T.M. e PAPPANI, C. Clínica ampliada: recursos terapêuticos de um centro de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. ISSN 1984-2147, v.6, n.14, p.01-26, Florianópolis, 2014.

GUERRA, A.M.C. Reabilitação social no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VII, nº 2, p.84-96, 2004.

HELMAN, C.G. Cuidado e Cura: os setores de assistência à saúde. In: HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEAL, E. M. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.

LIMA, S. S.; BRASIL, S.A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100067&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100005>.

LOVELLE, R. P. **La Psicología de la Salud em Cuba**. La Habana: Universidad Médica de Moscú, 2003.

OLIVEIRA, P.F.; MELO, W. e VIEIRA-SILVA, M. Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. **Práticas e Pesquisas Psicossociais**. 12 (1): 23-35, São João Del Rei, 2017.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____ (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 19-26. Saúde Loucura, 10), 1996.

RESENDE, T. I. M e COSTA, I. I da. **A Convivência como Estratégia de Cuidado: dimensões ética, política e clínica**. Editora Juruá. Curitiba, 2017.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., & MAURI, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados.” In: NICÁCIO, M.F.S.(org). **Desinstitucionalização** (pp. 17–59). São Paulo: Hucitec.

SAMPAIO, C. R. B. A Formação da Atitude Interdisciplinar do Educador. **Revista UA**, v. 6, n. 1, p. 35-42, 2012.

SANTOS, N.S.; ALMEIDA, P.F.; VENANCIO, A.T. e DELGADO, P.G. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: Ciência e**

profissão. Vol. 20, nº4. Brasília, 2000. ISSN 1414-9893 <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000400006>

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria. In: PITTA, A. M.F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 150-154. (SaúdeLoucura, 10), 1996.

_____. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. Em: A. M. F. Pitta (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

VASCONCELOS, E.M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10):2825-2835, 2013.

VIEIRA FILHO, N. G. Fundamentos do atendimento psicoterápico psicossocial. In: _____. (Org.). **Clínica Psicossocial**. Terapias, intervenções, questões teóricas. Recife: Ed. da UFPE, 1998.

_____. A prática complexa do psicólogo clínico: Cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 301-308, 2005.

1.2. Artigo: A história contada que produz sentido ao vivido: a experiência de Manaus no campo da saúde mental.

Este artigo se propõe a compreensão do processo histórico da mudança no modelo das práticas de cuidados em saúde mental na cidade de Manaus, no Amazonas. Parte-se de uma contextualização da experiência da loucura anterior ao século XVI e suas transformações com o passar dos tempos, associadas à construção das sociedades e seus sistemas políticos e econômicos, desde a idade média até o início do século XX. Período este, em que se iniciam importantes reflexões ideológico-políticas e filosóficas-conceituais que influenciaram a dinâmica da reforma psiquiátrica da sociedade brasileira, e sua constituição como política pública.

Neste cenário, o estado do Amazonas também vivenciou sua história no campo da saúde mental. Sua capital Manaus, se constituiu em um período de forte crescimento econômico devido à exploração da borracha, em que se buscava a construção de uma cidade nos moldes das grandes metrópoles europeias. Para isso, o governo investiu na tentativa de eliminar a cultura indígena presente no cotidiano, reprimindo e punindo hábitos e comportamentos tradicionais de seu povo, considerando-os inadequados para os padrões da cidade idealizada.

A instituição para “alienados” surge então, no estado, como mecanismo de repressão e exclusão daqueles considerados “indesejáveis” e perturbadores da ordem vigente, seguindo o modelo do que acontecia no Brasil. A política de atendimento aos doentes mentais se desenvolveu com uma característica de estadualização, tendo um único hospital público como referência para todo o atendimento em saúde mental do Amazonas e de estados vizinhos.

Desta forma, a história sociocultural e político-econômica da cidade refletiu sob seu percurso diante do reordenamento da atenção à saúde mental e sob como essa política se estrutura e se efetiva na oferta de cuidados às pessoas que sofrem de transtornos mentais em Manaus, nos dias de hoje. Percebe-se um atraso na implantação dos serviços substitutivos quando iniciado o desmonte do Hospital Eduardo Ribeiro, aliado à escassez de serviços previstos pela rede de atenção psicossocial, e limitações na oferta de cuidados integrais, devido à fragilidade de articulação das ações entre os dispositivos da rede. Paralelamente, inclui-se a ausência de prioridade da saúde mental nos investimentos e nas agendas dos governos municipal e estadual, bem como a falta de articulação entre profissionais, movimentos sociais e controle social, mantendo uma prática que pode ter como característica a desassistência ao sujeito/usuário da RAPS na cidade.

Breve histórico sobre a experiência da loucura através dos tempos:

Considera-se necessário para analisar práticas discursivas, construídas no cotidiano, sobre os sentidos do cuidado em saúde mental, contextualizar brevemente as transformações vividas quanto ao entendimento e o trato com a loucura durante o processo histórico de construção da sociedade.

A descrição desse trajeto busca conhecer a história do cuidado em saúde mental considerando que a loucura nem sempre foi entendida como uma doença mental passível de ser diagnosticada, tratada e curada, ou ainda, um desvio ou erro que deveria ser corrigido e/ou punido. Portanto, houve época em que não se pensava sobre a necessidade de um campo de saber para estudar a loucura e transformá-la em um objeto de intervenção profissional e técnico (HEIDRICH, 2007).

Antes do século XVI algumas sociedades creditavam ao louco a capacidade de intermediação com os deuses, conferindo à loucura um status elevado de fonte de sabedoria. Em outras, era considerada como um estado de possessão demoníaca, sendo os loucos agredidos e mortos. Percebe-se que nessa época da história, a loucura habitava o imaginário popular de diversas formas, sendo a figura do louco desafiadora para os conhecimentos naturalmente constituídos pelos homens (SOARES, 2016).

Foucault (2017), destaca três grandes momentos que considera como marcantes durante a história da loucura: a Idade Média, a Grande Internação e os Tempos Contemporâneos. Durante a idade média, o autor descreve a “visão cósmica” atribuída à loucura, quando esta recebia explicações místicas, como a maioria das questões que envolviam a humanidade. Já no final da idade média, esse entendimento passa à esfera do universo moral, ocupando o primeiro lugar na hierarquia dos vícios do homem.

Esse período, a partir do século XVI na região da Europa, para Thornicroft e Tansella (2010), se refere ao nascimento do asilo, com o início da prática do encarceramento da miséria humana representada pela população constituída por pobres, indigentes, enfermos, prostitutas e loucos.

Nesse mesmo século, como aponta Heidrich (2007) com o surgimento da máxima de Descartes, “Penso, logo existo”, o racionalismo toma a centralidade do pensamento humano. O louco passa a ser visto como alguém desprovido de razão, e a loucura é separada da sabedoria, ou seja, o louco não pode ser sábio e se for sábio, não pode ser louco.

Foucault (2017), define esse momento da história como a grande internação, tendo como marco a criação do Hospital Geral de Paris em 1656, local destinado a recolher e abrigar não só os loucos, mas todos aqueles que não podiam ou não queriam trabalhar. Instituições com esta finalidade foram disseminadas por toda a Europa como forma de enfrentamento da pobreza e da mendicância que se tornavam grandes problemas para as cidades. Portanto, a grande internação se caracterizou como forma de ocultação da miséria, diante de uma sociedade que se desenvolvia aos moldes da produção capitalista.

A partir do século XVII os espaços de reclusão passam a assumir uma função terapêutica definida como a “pedagogia dos loucos”, baseada em um tratamento moral que pretendia a reeducação pelo trabalho, considerado moralmente obrigatório. Portanto, a internação foi o caminho adotado pelo estado para cuidar da pobreza e da loucura, como descreve Heidrich (2007)

Os loucos, como os outros internos, foram enclausurados por não se adaptarem à nova forma de produzir que se instaura na sociedade europeia e, além disso, representavam uma ‘aberração’ irracional diante do novo mundo, no qual a razão ocupava lugar central. Durante todo o século XVII e boa parte do século XVIII, os hospitais foram a forma de se ‘cuidar’ dos loucos. (p. 30)

Neste período não havia nenhum tipo de intervenção médica em relação à loucura e nem o hospital mantinha uma função médica. Tal realidade passará a se transformar a partir do século XVIII com a revolução industrial e o nascimento da sociedade capitalista, por meio da implantação da hegemonia burguesa do modo de pensar e organizar a vida social. Momento em que a ciência passa a adquirir o status de fonte da verdade, o hospital se transforma em uma instituição médica e consequentemente a loucura se constitui como objeto da psiquiatria e com um local específico, o manicômio (HEIDRICH, 2007).

A constituição da psiquiatria como uma ciência médica teve como um de seus grandes expoentes, o médico Philippe Pinel, que conforme Pessotti (1996), realizou naquela época uma revolução na teoria da loucura, principalmente por atribuir uma origem passional ou moral para a alienação mental e por considerar o manicômio como espaço de cura. “Internada em hospital específico, a loucura, agora ‘batizada’ de doença mental, permaneceu até meados do século XX e a psiquiatria manteve seu título de ‘a’ ciência que pode e deve tratá-la e curá-la” (HEIDRICH, 2007, p. 36).

O modelo manicomial começa a ser questionado no início do século XX, e críticas diretas à instituição psiquiátrica se iniciam a partir da década de 1960, com grande influência de autores como Goffman (1974), Foucault (1993), Jones (1972), Laing (1982) e Cooper (1982). Foucault denuncia os efeitos do isolamento e da segregação social das pessoas em

hospitais psiquiátricos, por meio de sua teorização sobre as “instituições totais” em que aborda as relações de poder institucionais, e a existência de micro poderes particulares espalhados por todo o meio social, de onde se constrói a macroestrutura social (SOARES, 2016).

Para Thornicroft e Tansella (2010) o período correspondente ao século XX em que o modelo manicomial entra em discussão, se caracteriza como o “declínio do asilo”. Nesse momento, surgem diferentes reformas na psiquiatria em alguns países, incluindo aquelas que terão influência direta na experiência brasileira.

A Tabela 1 apresenta a sistematização das transformações ocorridas na experiência da loucura durante os diferentes períodos históricos e a dinâmica social correspondente a cada época:

Tabela 1 - A Loucura através dos tempos

	Até a idade média	Clássica/Renascença	Modernismo	Início do século XX
Contexto	Século XIV e final do século XV: Nau dos Loucos. Renascimento.	Século XVI e XVII: Iluminismo, racionalismo, Descartes: “penso, logo existo”. Desenvolvimento da economia. Necessidade de trabalho. Lei dos pobres.	Fim do século XVIII: pós revolução francesa (revolução industrial). Conhecimento científico-especialidades. PSIQUIATRIA	Pós segunda guerra mundial: Mundo dividido, socialismo X capitalismo. Questionamento ao hospital psiquiátrico. Reformas psiquiátricas, desospitalização e desinstitucionalização.
Loucura	Já-estar da morte. Manifestação do outro mundo. Experiência trágica.	Forma de erro ou ilusão (perda da verdade). Avesso da razão. Consciência crítica. DESVIO. Grande internação.	Doença mental. Coisa médica. Desordem que se manifesta pelas maneiras de agir e sentir, pela liberdade e vontade do homem. ALIENAÇÃO.	Doença mental. Transtorno mental. Saúde mental.
Louco	Espécie de vidente. Alguém que tinha a capacidade de se comunicar ou entender as mensagens dos deuses.	Sujeito destituído de razão.	Doente mental alienado.	Cidadão portador de direitos.
Lócus	Sociedade	Hospital geral	Hospício/Manicômio	Sociedade sob tutela. Hospital psiquiátrico humanizado. Serviços extra-hospitalares.

Fonte: “Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa”, SOARES, M.S., 2016, Dissertação de mestrado, UNB, DF, Brasil. p.29.

A partir do século XX, após a segunda guerra mundial, houve o crescimento das denúncias quanto aos maus tratos e as condições desumanas de vida encontradas nos manicômios, surgindo a necessidade de modificações ou reformas na instituição asilar e na

estrutura do tratamento psiquiátrico. Heidrich (2007) refere que várias tentativas de transformação dos hospitais psiquiátricos foram realizadas a partir da década de 1940, com um aumento da preocupação dos próprios psiquiatras quanto a efetividade de suas técnicas terapêuticas e do interesse do governo com a diminuição da cronicidade das doenças mentais e sua consequente incapacidade social.

O autor discorre ainda sobre a divisão, encontrada na literatura, das experiências de reforma na psiquiatria em três grandes grupos, sendo o primeiro grupo das propostas que pretendiam manter como referência a estrutura do hospital psiquiátrico, composto pelos movimentos denominados de “Comunidade terapêutica” e “Psicoterapia Institucional”. O segundo grupo se refere à comunidade como lócus central para o desenvolvimento do tratamento, representado pela “Psicoterapia de setor” e pela “Psiquiatria comunitária ou preventiva”. E o terceiro, em que os questionamentos se dirigiam à própria ciência da psiquiatria, seus saberes e práticas, formado pela “Antipsiquiatria” e a “Psiquiatria democrática italiana”.

Pode-se dizer, que estes modelos apresentados tinham em comum o fato de questionar o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico, entendendo este como um espaço incapaz de auxiliar na recuperação dos internos, porém, enquanto diferenças, com exceção da “Antipsiquiatria” e da “Psiquiatria democrática italiana”, todos os outros movimentos criticavam o hospital psiquiátrico, limitando-se a buscar um outro lugar para o tratamento dos considerados como loucos, sem preocupar-se com questionamentos sobre a própria concepção de doença mental, o saber psiquiátrico e a psiquiatria (AMARANTE, 2003).

A Tabela 2 apresenta a sistematização dos principais movimentos reformistas, seus pensadores e fundamentos teórico-políticos na segunda metade do século XX.

Tabela 2: As reformas da psiquiatria no século XX

Movimento Psiquiátrico	Origem	Década	Pensadores	Matriz teórica
Psiquiatria de Setor	França	1940	Bonnafé	=
Psicoterapia Institucional	França	1950	Vertzman, François Tosquelles	Psicanálise
Comunidade Terapêutica	Inglaterra	1950	Maxwell Jones	Dinâmica de grupo
Antipsiquiatria	Inglaterra	1960	Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson	Existencialismo Fenomenologia
Psiquiatria preventiva ou comunitária	EUA	1960	Caplan	Epidemiologia Funcionalista.

Psiquiatria Democrática	Itália	1970	Franco Basaglia e Franco Rotelli	Marxismo.
-------------------------	--------	------	----------------------------------	-----------

Fonte: adaptado por SOARES, M.S. “*Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa*”, Dissertação de mestrado, UNB, DF, Brasil. 2016, p.29.

Dentre os movimentos de reforma psiquiátrica a experiência italiana tem sido apontada como a de maior influência no processo brasileiro. Na Itália, o médico psiquiatra Franco Basaglia assumiu o Hospital Provincial de Gorizia em 1961, onde junto com outros colegas desenvolveu medidas visando, inicialmente, a transformação do hospital em um espaço de cura. A experiência realizada em Gorizia foi relatada e registrada no livro “A Instituição Negada” (1985). Suas referências iniciais foram as experiências de Tosquelles na psicoterapia institucional e de Jones nas comunidades terapêuticas (HEIDRICH, 2007).

Posteriormente, Basaglia tomou contato com as obras de Foucault e Goffman e incorporou o pressuposto de que as condições de existência determinam configurações sociais de vida, entendendo que para analisar o manicômio e a psiquiatria é necessário levar em consideração as relações de exploração e opressão presentes na sociedade, questionando e criticando então, as lacunas da experiência limitada ao espaço hospitalar, dando início ao desmonte da instituição manicomial.

O trabalho se projetava sobre a comunidade, entendida como o terreno no qual se encontravam as reais formas de exclusão e, conseqüentemente, marginalização e segregação manicomial. Assim, começou-se a construir a noção de território, como o espaço onde se constrói o conjunto das referências subjetivas, sociais e políticas que formam o cotidiano de vida, bem como a inserção dos sujeitos no meio social. (HEIDRICH, 2007, p. 49).

Portanto, a experiência de desinstitucionalização vivida inicialmente na cidade de Trieste, e que posteriormente se expandiu para outras cidades italianas, culminou no encerramento do manicômio e no fim da violência da estrutura institucional psiquiátrica tradicional, demonstrando a possibilidade da construção de um circuito integrado de atendimento, que ofereça e produza cuidados ao mesmo tempo em que oferece e constrói novas formas de sociabilidade e subjetividade aos que necessitam de assistência psiquiátrica (ROTELLI apud HEIDRICH, 2007).

Os conceitos desenvolvidos no movimento italiano, como a desinstitucionalização, a noção de território e de atendimento em rede integrada, formaram as bases para a reforma brasileira sendo incorporados na política nacional de saúde mental, sobre a qual iremos discorrer uma breve apresentação do percurso histórico.

A experiência brasileira

No período entre o descobrimento do Brasil e a vinda da Família Real portuguesa para o país, a loucura não era considerada como uma doença, porém, a maneira de estar em sociedade dos loucos apresentava variações atreladas à sua classe social. Os desviantes pertencentes às famílias ricas ficavam isolados em suas casas e eram vigiados por seus parentes e criados, enquanto os pobres, de comportamento manso, viviam perambulando pelas ruas como que pertencentes à paisagem da cidade. Já aqueles que perturbavam a ordem eram levados e trancafiados nos porões da Santa Casa de Misericórdia, sob a vigilância e o cuidado de irmãs de caridade e carcereiros (SOARES, 2016).

A loucura passou a ser institucionalizada a partir da era imperial, quando aqueles que causavam perturbações e eram improdutivos, foram isolados das cidades, momento este conhecido como modelo “alienista”, marcado pela inauguração do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro pelo Decreto 82 de 18 de julho de 1841, que foi o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina, criado vinculado à Santa Casa de Misericórdia, sob a tutela do Imperador, denotando seu caráter filantrópico e não médico.

Durante o período “alienista” os asilos tinham grande importância e se proliferaram por todo o Brasil, caracterizando uma época marcada pela institucionalização de todos os excluídos e pela superlotação dos hospitais psiquiátricos.

Oda e Dalgalarondo (2005) descrevem que do ano de 1852 a 1886 foram criados hospitais psiquiátricos em diversas províncias brasileiras, e segundo os relatórios elaborados por médicos e diretores responsáveis por essas instituições, os estabelecimentos não eram capazes de atender as demandas apresentadas pelos doentes mentais. Os principais problemas relatados se referiam à superlotação, a mistura entre loucos, indigentes e presos, bem como o tratamento desumano e as dificuldades financeiras para o seu funcionamento.

Nessa época, na literatura, Machado de Assis escreveu em 1882 sua obra “O Alienista”. Este livro conta a história de um médico, Dr. Bacamarte, dedicado aos estudos da psiquiatria, que constrói em sua cidade, Itaguaí, um manicômio chamado Casa Verde para abrigar os loucos da cidade e região. No início, os internos eram realmente considerados loucos e seu isolamento aceito pela sociedade, até o momento em que Dr. Bacamarte passa a enxergar a loucura em todos, e suas internações, a partir de então, causam espanto na população da cidade. Nesta obra, Machado de Assis denunciou a relação entre ciência e poder, expressando como o homem da ciência pode negar o direito que cada um tem de dizer a sua própria verdade (SOARES, 2016).

Com a proclamação da república, novas ideias começam a aparecer e dominar o cenário relacionado à loucura e sua forma de tratamento:

[...] a crítica ao hospício parte dos alienistas cujos ideais positivistas republicanos provocaram a modernização da psiquiatria como modalidade médica e consequentemente a laicização do asilo e o poder institucional passou a ser outorgado à classe médica. (SOARES, 2016, p. 35).

Neste período, a psiquiatria se estabelece como ciência responsável pela investigação das doenças mentais, se desenvolvendo como especialidade médica e tendo o hospital psiquiátrico como local de atuação. O médico Philippe Pinel foi um dos principais influenciadores no entendimento da loucura como fenômeno médico, desenvolvendo objetivos médicos e científicos, considerando a doença mental como algo tratável e recuperável, o que promoveu transformações nos espaços de reclusão.

Navarro (2015) nos conta que, a partir de 1881 o proclamado Estado Brasileiro assume o controle do manicômio. O Hospício de Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados e foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, enquanto que, em 1886 foi criada a primeira **Lei brasileira do alienado**, conquistada por uma articulação política do deputado João Carlos Teixeira Brandão, o primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional, defensor da medicalização do asilo, e de que a classe médica tivesse um poder de intervenção maior e mais efetivo na instituição. Esta Lei fez do psiquiatra reconhecidamente a maior autoridade sobre a loucura no Brasil.

Posteriormente, em 1903, foi aprovada a **Lei Federal de Assistência aos alienados nº 1.132 de 22/12/1903**, buscando a reorganização da assistência aos doentes mentais. Em seu primeiro artigo regulamentava que: “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, seria recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903). Esta Lei baseava-se nas ideias de higienização do espaço urbano (NAVARRO, 2015).

Sobre os primeiros quarenta anos do hospital psiquiátrico no Brasil, a literatura nos revela que

[...] dos objetivos levantados para justificar a necessidade de um hospital para doidos, quais sejam, ‘remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar’ os loucos, apenas os dois primeiros foram garantidos. Os demais, voltados à assistência propriamente dita, não foram mantidos, segundo o autor, nem mesmo para legitimar os primeiros. Pelo contrário, o caráter excludente e segregador do hospital psiquiátrico manteve-se sem nenhum constrangimento (HEIDRICH, 2007 p. 75)

Esse momento caracterizado pela estatização dos hospitais psiquiátricos, foi a primeira reforma vivida no Brasil, marcada pela criação de inúmeras colônias agrícolas por todo o país, tendo como seus principais expoentes especialistas como Teixeira Brandão, Nina Rodrigues, Juliano Moreira, Franco da Rocha, Adalto Botelho, entre outros (SOARES, 2016). A institucionalização da higiene mental se iniciou em 1919, a partir da criação do Ambulatório Rivadavia Correa, que ficava anexo à Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Este modelo ambulatorial funcionava como um instrumento auxiliar da assistência psiquiátrica asilar, exercendo funções assistenciais terapêuticas e a triagem dos pacientes para os hospitais especializados. Tais ambulatórios, juntamente com os Hospitais-Colônias foram o principal modelo institucional escolhido para organizar a atenção psiquiátrica no Brasil ao longo das décadas seguintes (LUIZ & BRAGA, 2014).

O crescimento acelerado dos hospitais psiquiátricos foi paralelo à introdução no Brasil dos instrumentos considerados os mais avançados para o tratamento das doenças mentais, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoaterapia, e a eletroconvulsoterapia. Afirmava-se aos psiquiatras que essas técnicas possuíam verdadeira e eficiente função médica e terapêutica (NAVARRO, 2015).

Vale ressaltar a relação, nesta época, entre a doença mental e as outras doenças epidêmicas como a febre amarela, a varíola, tifo, entre outras, e o trato do Estado brasileiro para com as questões de saúde da população. Conforme Heidrich (2007), tais doenças eram consideradas advindas das camadas mais empobrecidas para atingir a sociedade como um todo, transformando-as em problemas públicos aos quais o Estado brasileiro era obrigado a responder institucionalmente com táticas diversas. A partir dessa necessidade é que as instituições de saúde passam a produzir discursos sobre a cidade, o meio ambiente, a estrutura sanitária, a vida das pessoas, os costumes, sendo que as preocupações com a loucura se inserem nas preocupações com a saúde coletiva brasileira.

Desta forma, a Saúde Pública (prevenção de epidemias) e a psiquiatria deram-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, “remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas de centro da cidade” (RESENDE, 1994, p. 45 apud HEIDRICH, 2007, p. 78). Segundo o autor, à psiquiatria coube o papel de recolher as sobras humanas do processo de saneamento, encerrando-as nos asilos e tentando recuperá-las de alguma forma. Percebe-se que a preocupação não era com os indivíduos portadores de determinados males como a loucura ou outras pestes, mas sim com os próprios males.

Nesse momento da história do Brasil, a intervenção estatal na saúde da população não tinha um caráter de garantir direitos, mas sim de assegurar que um dever fosse cumprido: o tratamento como obrigação inquestionável. Obrigar o enfermo ao tratamento era uma questão do Estado e, por conseguinte, da polícia, configurando uma política de higienização das cidades (HEIDRICH, 2007).

Em 1946 o decreto de **Lei nº 8.550** autorizou o Serviço Nacional de Doenças a realizar convênios entre o poder federal e os poderes estaduais para construção de hospitais psiquiátricos. O governo estadual se comprometia em doar o terreno, arcar com as despesas de manutenção e folha de pagamento, enquanto que, o governo federal se responsabilizava pelo projeto, construção, instalação e equipamentos (NAVARRO, 2015). O período correspondente entre 1941 e 1954 é marcado por um aumento de mais de 16mil leitos psiquiátricos no país, o que não amenizou a situação caótica dessas instituições quanto à superlotação e abandono dos pacientes.

Neste contexto, na década de 1940, vale destacar o trabalho pioneiro da médica psiquiatra Nise da Silveira que ousou recusar os tratamentos vigentes à época como a eletroconvulsoterapia, o choque insulínico e a lobotomia, e optou pelas teorias da psicologia de base Junguiana e pela terapia ocupacional enquanto métodos terapêuticos (SOARES, 2016).

Nise teve contato com o trabalho desenvolvido pelo psiquiatra Osório César, na década de 1920, no Hospital Juquery, em São Paulo. César introduziu, no Brasil, a utilização de recursos artísticos como forma de intervenção no campo da saúde mental, implantando, em 1948, a Seção de Artes Plásticas para os internos. Inspirada por este trabalho, Nise iniciou as atividades artísticas como método terapêutico, em 1946, na Seção de Terapia Ocupacional do Hospital de Engenho de Dentro no Rio de Janeiro. Em 1956 ela inaugurou, juntamente com artistas e outros profissionais da saúde mental, a Casa das Palmeiras, uma clínica em regime de externato, sem fins lucrativos, tendo como tripé terapêutico a afetividade, a atividade e a liberdade enquanto princípios para a reorganização psíquica e a reinserção social (OLIVEIRA; MELO & VIEIRA-SILVA, 2017). Sua experiência no Setor de Terapia Ocupacional deu origem ao famoso Museu das Imagens do Inconsciente, existente até os dias atuais. Seu trabalho na saúde mental foi representado em uma obra cinematográfica intitulada “Nise: o coração da Loucura” em 2015.

O trabalho de Nise se desenvolveu em uma época onde os hospitais psiquiátricos privados despontaram no cenário brasileiro, destacando o remanejamento dos pacientes para instituições privadas, por meio de convênios firmados entre o Estado e os hospitais privados, transformando a loucura em algo totalmente rentável, momento que ficou conhecido como a

“indústria da loucura”. A partir de 1964, o governo militar introduziu uma nova concepção capitalista-monopolista como modelo de poder, com repercussões significativas na saúde pública, na área previdenciária e na saúde mental.

No período de 1961 a 1981, Sampaio apud Navarro (2015) descreve um aumento significativo do número de leitos psiquiátricos em hospitais privados, indicando que em 1941, 19,3% dos leitos eram de psiquiatria com um aumento para 24,9% em 1961 e para 70,6% em 1981. Esses dados mostram a mudança do perfil assistencial em psiquiatria, quando o estado diminui a destinação de recursos para as instituições públicas e direciona os investimentos para hospitais particulares.

A articulação entre o governo militar e o setor privado era intensa. O governo financiava a construção e reforma dos hospitais privados a juros baixíssimos. Depois, comprava os serviços desses mesmos hospitais. Dentre 1969 e 1975, por exemplo, a compra de serviços de terceiros representava cerca de 90% da despesa geral do INPS (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989 apud HEIDRICH, p. 91, 2007).

O governo militar, na busca por legitimar-se como poder político diante das classes sociais excluídas, ampliou a cobertura previdenciária para os setores da população que não a possuíam. Em 1962 a Previdência Social lançou a resolução de serviço **CD/DNPS 942/62 – Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais**, com o objetivo de disciplinar a assistência psiquiátrica, enfocando o aspecto preventivo, bem como determinar seu desenvolvimento em ambulatorios, locais de trabalho, domicílio dos segurados e hospitais gerais. Porém essa resolução nunca foi operacionalizada (PAULIN & TURATO, 2004).

Tal política previdenciária, além de levar a um déficit financeiro pela priorização de serviços particulares, também evidenciava as precárias condições de vida dos portadores de transtornos mentais, como o grande tempo de permanência dos casos agudos em internações hospitalares, bem como um elevado índice de mortalidade nas colônias de doentes mentais crônicos. Diante do contexto de elevado déficit financeiro, a Previdência Social buscou por soluções saneadoras para a melhor utilização da rede pública e modernização de seus serviços, desta forma, em 1968 constitui, no então estado da Guanabara, a **Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos** – CPAP-GBM, com o objetivo maior de estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no estado e fazer proposta de melhorias, utilizando-se dos fundamentos básicos da psiquiatria comunitária norte-americana (NAVARRO, 2015).

Nos anos de 1970, como corrobora Soares (2016), tiveram início os primeiros movimentos contra a violação de direitos humanos, comuns nos hospitais psiquiátricos, e as

discussões sobre a necessidade de humanização desses espaços, denunciando as práticas excessivamente hospitalocêntricas e iatrogênicas, ou seja, excludentes. Os primeiros grupos que se opuseram à lógica manicomial foram os Ambulatórios de Saúde Mental (ASM) e as Equipes Mínimas de Saúde Mental, implementadas no Brasil nos anos 80, também fundamentadas pela psiquiatria comunitária norte-americana e pela psiquiatria de setor francesa. Esses movimentos iniciais foram protagonizados por um grupo de militantes da reforma sanitária, que lutava por mudanças sociais e políticas no país.

A década de 1970 se destaca pela elaboração de vários planos, manuais e ordens de serviço propostos para a viabilização de uma prática psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica. A criação do Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica, aprovado em 19 de julho de 1973 pela Secretaria de Assistência Médica do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), foi considerada um marco histórico para a assistência psiquiátrica, embora, como aponta Navarro (2015), nunca tenha saído do papel.

Em janeiro de 1974, foi expedida a **Portaria 32** do Ministério da Saúde, por meio da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que se tornou o órgão responsável por preconizar e normatizar os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária. Essa portaria se constituiu da reedição de documentos anteriores como o **Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica, o Plano Decenal de Saúde para as Américas e as Declarações de Princípios da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP**. No entanto a normativa não foi viabilizada, “o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado, por meio da contratação, pela Previdência Social, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil” (NAVARRO, 2015, p. 31).

O Brasil não acompanhou as discussões que aconteciam na Europa e nos Estados Unidos, no período após a Segunda Guerra Mundial, sobre seus sistemas de assistência psiquiátrica e quanto às críticas ao modelo hospitalocêntrico. A situação dos manicômios brasileiros permanecia inalterada. Para Soares (2016) o ponto de partida para as críticas ao hospital psiquiátrico no Brasil foi o **I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições**, no ano de 1979. Esse evento contou com a presença de importantes críticos da área da psiquiatria como Robert Castel, Felix Guatarri, Erwin Goffman e Franco Basaglia, que promoveu uma série de debates, palestras e conferências em estados como Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro.

Na concepção de Yasui (2006) o processo de reforma psiquiátrica no Brasil se iniciou a partir das reflexões e provocações produzidas por estes autores/atores, em especial por Basaglia, em um contexto de perseguição e de repressão aos movimentos de oposição ao regime de

governo na época. Se destaca a mobilização dos trabalhadores que denunciaram as condições de violência e segregação dos manicômios e o papel do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, que promoveu importantes discussões sobre a democratização da saúde.

No campo legislativo e normativo, grandes marcos foram a **8ª Conferência de Saúde** que estabeleceu as bases para a **I Conferência Nacional de Saúde Mental** em 1987 e a apresentação do **Projeto de Lei nº 3.657** pelo deputado Paulo Delgado no Congresso Nacional em 1989. A construção do PL Paulo Delgado sofreu grande influência do movimento dos trabalhadores de saúde mental e propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais.

Cabe destacar também, a proclamação da **Constituição Federal** em 1988, assegurando a criação de um sistema de saúde universal, oficializado em 1990 com a regulamentação do **Sistema Único de Saúde (SUS)** brasileiro. O novo sistema de saúde possibilitou condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde pública, entre elas as de saúde mental.

Soares (2016) refere que neste período importantes transformações nos campos político e sanitário favoreceram a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental, conformado aos princípios norteadores do SUS e do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. Foram criadas Portarias que normatizaram a assistência farmacêutica, os estudos avaliativos no âmbito do SUS e a criação das cooperativas sociais.

Outros dois acontecimentos importantes para as transformações propostas pelo movimento de reforma foram a inauguração do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do Brasil, nomeado de Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e a intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, no ano de 1989, considerada a primeira experiência concreta de desmonte da estrutura manicomial no Brasil e que teve como resultado a construção da primeira rede de saúde mental brasileira, dando materialidade à proposta Basagliana (NAVARRO, 2015).

Para Amarante (1998, p.34) esses acontecimentos marcaram o início de “[...] um trabalho revolucionário semelhante àquele de Franco Basaglia na Itália. Em seu lugar foram implantadas novas maneiras de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertos 24 horas nos sete dias da semana”.

Paralelamente, o movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM) ganhou força no **II Congresso Nacional do MTSM** em Bauru, no ano de 1987. A partir desse evento, o movimento assumiu a denominação de **Movimento Nacional de Luta Antimanicomial** e decidiu pela organização do **Dia Nacional de Luta Antimanicomial** no dia 18 de maio.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão da violência institucionalizada, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é a expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, a saúde, justiça e melhores condições de vida (II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL, 1987).

A tramitação do PL (Projeto de Lei) Paulo Delgado, no Congresso Nacional e o desenvolvimento das experiências de serviços extra hospitalares, fizeram com que o tema da saúde mental e da reforma psiquiátrica permanecessem presentes no debate público brasileiro (HEIDRICH, 2007). No cenário internacional, em 1990, destacou-se a **Conferência de Caracas**, trazendo à tona questões de tal ordem, criando um consenso entre governantes latino-americanos em torno da necessidade de um novo modelo para saúde mental e conclamando os Ministérios da Saúde e Justiça, Paramentos, Seguridade Social, prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades, entre outros, a apoiar a reestruturação da atenção psiquiátrica (OMS, 1990). O Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas.

Nessa mesma década, outro evento importante no âmbito brasileiro foi a **II Conferência Nacional de Saúde Mental**, realizada em Brasília de 01 a 03 de dezembro de 1992, que teve como tema: “A reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania.” Esse evento se destacou pela presença de mais de vinte mil pessoas, pela participação ativa dos representantes dos usuários e pela presença de personalidades estrangeiras (HEIDRICH, 2007).

Em termos legislativos, essa década foi marcada por duas Portarias do Ministério da Saúde, que incentivaram a criação de serviços de atenção psicossocial. A **Portaria SNAS 189**, em 19 de novembro de 1991, alterou o financiamento das ações de saúde mental e a **Portaria SNAS 224** de 20 de janeiro de 1992 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, normatizando os serviços de atenção diária (BRASIL, 2004)

Entende-se que o fortalecimento do movimento social foi imprescindível para as conquistas no campo da saúde pública brasileira, e em especial para as transformações propostas e concretizadas durante o processo de reforma psiquiátrica. O movimento declarava sua luta não só pela extinção das instituições manicomiais, mas principalmente por mudanças na sociedade que envolvessem o resgate do respeito à subjetividade dos cidadãos, aos seus pensamentos e a sua criatividade, bandeira esta levantada em 1993 no **I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial**, em Salvador.

Outro fato de grande relevância no cenário brasileiro que teve repercussões internacionais, foi o caso de Damião Ximenes, que morreu violentamente no ano de 1999, vítima de grave agressão física e lesão corporal sofrida no Hospital Psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, no município de Sobral, onde se encontrava internado para tratamento em saúde mental. O caso foi denunciado na Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA). O estado brasileiro foi condenado pela primeira vez, no dia 04 de julho de 2006, por violação dos direitos humanos na CIDH. A condenação contribuiu para acelerar o processo de aprovação da lei da reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que o país foi obrigado a dar uma resposta eminente à demanda internacional (LIMA e PONTES, 2015).

Refletindo sobre os principais acontecimentos a nível legal e social que ocorreram na década de 1990, é possível dizer que muitas mudanças começaram sua operacionalização nessa época, porém, como corrobora Heidrich (2007), muitas delas limitaram-se ao campo conceitual das discussões nos movimentos e eventos de saúde mental. Segundo o autor, conforme dados do Ministério da Saúde, em 2000, o Brasil contava com duzentos e oito serviços de CAPS funcionando, mas 93% dos recursos ministeriais para a saúde mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos, demonstrando a manutenção da hegemonia hospitalocêntrica.

Somente após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, no dia 06 de abril de 2001 foi sancionada a **Lei nº 10.216** que substituiu o projeto original do deputado Paulo Delgado, se constituindo em um marco legal, que norteia a reforma psiquiátrica e a substituição do modelo de atenção e tratamento dos portadores de sofrimento psíquico no Brasil.

Amparada pela Lei 10.216/2001, a reforma psiquiátrica brasileira representa a conquista de uma luta de muitos anos pela substituição do isolamento do ser louco por um tratamento mais digno, humanizado e de re-inserção social, direcionadas pelas premissas da lógica do modo psicossocial com novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS), e através de um novo paradigma, não tendo mais a cura como meta, mas a inclusão social (LOPES NETO, 2009)

O texto aprovado está organizado em treze artigos que dispõe sobre “a proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial” (BRASIL, 2001). Os dois primeiros artigos da Lei 10.216, tratam dos direitos da pessoa acometida de transtorno mental, incluindo o direito de ser tratada “preferencialmente” em serviços comunitários de saúde mental. O terceiro artigo se refere a responsabilidade do Estado pelo desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, bem como pela assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. Dos artigos 4º ao 10º, a Lei trata sobre as questões relativas à internação e regulamenta a internação involuntária. O 11º artigo é referente à necessidade de consentimento do paciente para a realização de pesquisas e o 12º sobre a necessidade de o Conselho de Saúde acompanhar a implementação da Lei. Já o 13º e último artigo, determina que esta Lei entra em vigor a partir da data de sua publicação (HEIDRICH, 2007).

Heidrich (2007) considera que o texto aprovado da Lei 10.216, reflete o contexto de disputa de interesses que envolve o campo da saúde mental até os dias atuais. Conforme o autor, o PL Paulo Delgado sofreu alterações que demarcaram a “reforma psiquiátrica possível” para o momento, considerando os posicionamentos contrários de diversos grupos envolvidos como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, a Federação Brasileira de Hospitais, a Associação dos Familiares dos Doentes Mentais e o grupo chamado de “Psiquiatria Científica” formado por psiquiatras pesquisadores e professores universitários.

O texto original do PL Paulo Delgado, apresentado em 1989, previa a extinção dos manicômios e a proibição da construção e contratação de novos leitos psiquiátricos. No entanto, o texto aprovado em 2001, limitou-se a discorrer sobre o redirecionamento da assistência, sem apontar claramente para que direções. Verifica-se que em seu artigo 2º refere que a “pessoa portadora de transtorno mental deve ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001), o que deixa margem para a possibilidade de utilização de outras formas de cuidado, como o modelo tradicional hospitalar, assim como discute Heidrich (2007, p. 116).

O ‘preferencialmente’ deixa uma brecha para a existência concomitante dos dois modelos antagônicos de cuidados em saúde mental. Ainda que a rede de serviços que está sendo construída esteja descentrada do hospital/manicômio e utilize os Centros de Atenção Psicossocial como principal estratégia, há que se destacar que o hospital ainda se faz presente, e arriscamos afirmar, na maioria dos casos é o ‘ator principal’.

Corroboramos com o pensamento de Soares (2016), que apesar de a versão final desta Lei não determinar a extinção gradativa dos manicômios, como previsto no texto original, ainda assim, representa um grande avanço na legislação brasileira de saúde mental, à medida que prevê a substituição da internação hospitalar pelo desenvolvimento de serviços e ações comunitárias, extra hospitalares.

A **III Conferência Nacional de Saúde mental**, ocorrida em Brasília, no mesmo ano da aprovação da Lei da reforma psiquiátrica, foi de grande contribuição para o fortalecimento da nova regulamentação, tendo como tema “Cuidar sim, excluir não”. Nela foram discutidas e elaboradas propostas para a efetivação de um modelo de atenção mais humano, efetivo e com a garantia de participação e controle social (SOARES, 2016).

Outros eventos de significativa importância foram, em 2005, a **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**, que ocorreu em Brasília, executada pela Organização Pan Americana de saúde (OPAS), em que foi assinada a **Carta de Brasília** reafirmando os princípios explicitados na Declaração de Caracas, assim como a **IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental**, também em Brasília no ano de 2010, que teve como tema “Saúde Mental: um compromisso de todos”, que reforçou os princípios básicos da reforma psiquiátrica brasileira, principalmente a superação do modelo asilar e a construção de uma rede de serviços substitutiva diversificada, com a garantia dos direitos à cidadania das pessoas com transtornos mentais e seus familiares (SOARES, 2016).

Após a IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental, em 2010, até os dias atuais, não ocorreram outros eventos dessa natureza específicos da área. Em 2011 e 2015, ocorreram respectivamente a **14ª e a 15ª Conferências Nacionais de Saúde** que discutiram como tema central a garantia dos direitos humanos e a superação de preconceitos, incluindo a consolidação e ampliação das políticas e estratégias de cuidados para a saúde mental.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção diária da rede substitutiva foram normatizados a partir da **Portaria GM nº 224/1992**, sendo complementada pela **Portaria GM nº 336/2002** e consolidada pela **Portaria GM nº 3.088** de 23 de dezembro de 2011 que instituiu a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Sua finalidade está na criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental, de caráter público, de base territorial e comunitária, com uma lógica interdisciplinar

focada na construção de um projeto terapêutico singular, e com um controle social ativo dos usuários, seus familiares e comunidade.

Nos Artigos 5º e 6º, encontram-se descritos os elementos e serviços que compõem a RAPS, a saber:

I -Atenção Básica à Saúde: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Centro de Convivência e Cultura.

II -Atenção Psicossocial Estratégica: Centro de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades.

III -Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192 (Serviço de atendimento móvel de urgência), Sala de Estabilização, UPA 24horas (Unidade de pronto-atendimento), Pronto-Socorro hospitalar.

IV -Atenção Residencial de caráter transitório: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial.

V-Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em Hospital Geral, Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral.

VI -Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa.

VII -Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais. (BRASIL, 2011, s.p.).

Vale ressaltar que esta Portaria não inclui os leitos em hospital psiquiátrico especializado como componentes da RAPS, priorizando a expansão e a qualificação dos outros dispositivos constituintes da rede substitutiva. Porém, em 14 de dezembro de 2017, entrou em vigor a **Resolução nº 32** que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS, e passa a considerar os hospitais psiquiátricos especializados como um dos pontos de atenção da rede de cuidados em saúde mental, como observado em seu Artigo 1º:

“Considera-se como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção:

- 1- Atenção básica;
- 2- Consultório no rua;
- 3- Centros de Convivência;
- 4- Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil);
- 5- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II;
- 6- Hospital Dia;

- 7- Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais;
- 8- Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades;
- 9- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental;
- 10- Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2017).”

Essa resolução gerou questionamentos e críticas apontando para um retrocesso no processo de reforma psiquiátrica brasileira por considerar um rompimento com a lógica de desestruturação da instituição manicomial, defendida pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e por outras instituições como a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP), entre outros. As medidas receberam apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e outras instâncias médicas, por considera-las importantes para a ampliação e o fortalecimento da rede de cuidados em saúde mental.

A experiência no contexto amazônico e no município de Manaus:

Tendo a Resolução nº 32/2017 como uma das modificações na legislação da política de cuidados em saúde mental mais recentes no âmbito nacional, trazemos o foco para as especificidades histórica, social e política do contexto amazônico, especialmente da cidade de Manaus, com o objetivo de compreender como se deu o processo da reforma psiquiátrica no Estado e conhecer suas configurações atuais partindo da história local de interlocução com a loucura e construção dos cuidados às pessoas que sofrem com transtornos mentais.

A partir da década de 1870 o Amazonas vivia um período econômico marcado pela exploração da mão de obra local e pelo recebimento de grandes levas de migrantes nacionais e estrangeiros, devido ao “boom” da borracha e aos grandes períodos de seca no Nordeste. Nesta época, havia uma única instituição que recebia as pessoas consideradas “loucas”, “indigentes” ou “incapacitadas”. Tratava-se da Santa Casa de Misericórdia, local responsável pelo amparo e contenção dos sujeitos indesejáveis no convívio social, que era administrada tanto pela Igreja, quanto pela elite da cidade (LOPES, 2011).

A cidade apresentava fortes características indígenas tanto em sua paisagem, representada pelas ruas de barro, sem pavimentação, pelas casas cobertas de palha e pelos traços nos rostos dos moradores, quanto pelos costumes como pescar e tomar banho de rio. Porém, a

partir de 1880, passou por um processo de urbanização que visava não só embeleza-la, higieniza-la, mas também “civiliza-la”. Manaus ficou conhecida como a “Paris dos Trópicos” sendo remodelada para refletir o que havia de mais moderno na época. Mesmo possuindo potencial para tornar-se uma Veneza brasileira, o estado optou pelo aterramento de seus igarapés para construir uma nova cidade com características europeias (ARAÚJO, 2017).

Quanto ao trato com a doença mental, Manaus refletia os moldes nacionais utilizando-se da exclusão e do isolamento como intervenção. No ano de 1889, foi construído o Hospício Barão de Manaós, momento em que a província do Amazonas se torna estado do Amazonas, no início da República. Essa instituição funcionou, como nos conta Navarro (2015), para o recolhimento de doentes mentais, chamados de “alienados”, e se manteve por pouco tempo, sendo extinto em 1894. A partir de então, o atendimento deste público destinou-se a uma ala da Santa Casa de Misericórdia e à cadeia pública do estado.

Conforme Araújo (2017), a vida em Manaus se construía conforme os padrões da elite urbana. Habitações cobertas de palha não eram mais aceitas no centro da cidade, por serem consideradas rústicas. Por esse motivo, foram mantidas nos subúrbios onde passaram a morar os pobres e trabalhadores expulsos da área central, criando assim, áreas de segregação social. Era visível a divisão entre o espaço para os ricos e para os pobres.

Aos pobres cabia a adaptação aos novos costumes que eram valorizados pela elite, buscando reproduzir a cultura europeia e desvalorizar as vivências locais considerando-as inadequadas e bárbaras.

Como exemplo dessa busca pela transformação civilizatória da cidade, tem-se a construção do Teatro Amazonas, como a expressão da cultura europeia que a elite almejava. Foi possível perceber, e até os dias atuais ainda é, a ausência de identificação da classe popular com esses monumentos não compatíveis com a situação financeira da maioria da população, como discutido por Francisca Costa apud Araújo (2017, p. 17).

Nem a praça nem o teatro foram idealizados como espaços de expressão da cultura popular. Pelo contrário, as reformas urbanas que lhes possibilitaram a existência tencionavam desterrar da memória a Manaus indígena. Mas a cidade que muda fisicamente é a mesma que muda culturalmente, forjando novos sujeitos sociais cujo relacionamento gera novas formas de sociabilidade que estão em constante dinamismo, recolocando novos/velhos desafios na apropriação dos espaços.

No campo da saúde mental, nessa época, o aumento da demanda por serviços para doentes mentais, e a promulgação da Lei nº 65/1894, culminaram na criação do Asilo de Alienados, corroborando com as práticas no país de sanitização e higienização do espaço urbano. Momento em que se iniciou oficialmente a prática da internação psiquiátrica na cidade de Manaus.

Em 1898 o Asilo para doentes mentais teve sua denominação alterada para Asilo dos Alienados Eduardo Ribeiro, em homenagem ao então governador Eduardo Ribeiro (LOPES, 2013). A instituição sofreu ainda várias mudanças no local de funcionamento, até 1928 quando foi instalada na Avenida Constantino Nery, onde se localiza até a atualidade. Navarro (2015, p. 46), descreve as mudanças de nomenclatura sofridas pelo hospital.

A instituição teve diferentes denominações no passar dos anos, dependendo as concepções teóricas e políticas de cada época: ‘Asilo dos Alienados’, no governo de Eduardo Ribeiro, localizada num prédio às margens do Rio Negro; Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro na década de 1920 quando foi transferida para o prédio ocupado pelo Asilo de Mendicidade no bairro de Flores; Hospício Eduardo Ribeiro quando funcionava no asilo de mendicidade, até ser denominado como Hospital Colônia Eduardo Ribeiro a partir de 1940, quando funcionava com 150 leitos, mas abrigava o dobro de internos do estado do Amazonas e estados vizinhos, dentre eles os presidiários portadores de transtornos mentais.

Visando a constituição e organização dos espaços sociais da cidade, foram instituídos os Códigos de Postura, caracterizados como medidas que estipulavam normas e regras para a manutenção da ordem em Manaus. Os períodos que possuíram tais regulamentos foram os anos entre 1893, 1904 e 1920. Analisando tais códigos é possível perceber o processo de exclusão que os considerados “degenerados” e “alienados” sofreram na cidade de Manaus. Estes, entraram no processo de disciplina e correção por, em muitas vezes, serem recolhidos à força em instituições médicas para serem “tratados”, tendo que se enquadrar ao novo modo de vida dentro do internamento (ARAÚJO, 2017).

Neste contexto, destaca-se o papel da polícia sempre presente no processo de manutenção da ordem e higienização da cidade, usando o poder instituído à corporação com frequência e eficiência na correção e punição dos marginalizados. A polícia era responsável pelo recolhimento dos sujeitos que infringissem os códigos, para espaços adequados como delegacias, hospitais, orfanatos e hospícios. Porém, houve um movimento de resistência dos moradores locais aos Códigos de Postura, muitos dos antigos costumes foram mantidos, e a população encontrou mecanismos de burlar as ordens estabelecidas.

Taxados como perniciosos e nocivos à ordem pública, vivendo em difíceis condições materiais, trabalhando ou não nos mais diversos serviços, esses sujeitos sociais não deixaram de experimentar e preservar alguns de seus costumes, comportamentos, crenças, tradições, nos locais onde encontravam espaço para a sua sociabilidade: as ruas, as praças, os becos, as várzeas e os lugares mais distantes. Sinais de um modo de vida que se deseja excluir e destruir, mas que resistia reinventando, reocupando e se relacionando diariamente, com as tentativas de reordenação dos espaços e construção de modelos de comportamento vinculados à europeização e branqueamento (ARAÚJO, 2017, p. 22).

A autora destaca ainda, a referência aos alienados que aparece no Código de Postura de 1893 em seu artigo 18, estabelecendo que, tanto aquele que sofre com falta de razão quanto aquele afetado por doença contagiosa, estavam proibidos de circular pela cidade e deveriam ser encaminhados para local específico. Quando identificados em local público, era solicitado seu recolhimento em instituição adequada. Nota-se a ausência de diagnósticos ou a confusão com o mau comportamento de sujeitos que se apresentavam mais agitados que o comum.

A Colônia de Alienados tornou-se o centro de toda política de saúde mental do estado do Amazonas, caracterizando uma política de estadualização, enquanto que no Brasil, as instituições manicomiais viviam grande expansão devido à possibilidade de financiamento de clínicas particulares pela Previdência Social. Quanto a ausência de instituições privadas como característica do campo de saúde mental amazônica, Lopes (2011), infere que essa realidade pode ter impedido a expansão e o crescimento caótico de grandes asilos particulares no estado.

O hoje intitulado Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro está subordinado à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) desde 1982, a partir do Decreto Governamental nº 6.472, publicado no Diário Oficial do Estado em 22 de julho de 1982. A instituição era composta por uma ampla estrutura constituída pelo ambulatório Rosa Blaya, por quatro pavilhões de internação, sendo dois femininos e dois masculinos (Raimunda Belém, Maria Damasceno, José da Silva e Alberto Lacerda), e pelo Pronto Atendimento Humberto Mendonça.

Para contextualizar as transformações ocorridas no campo da saúde mental no Amazonas é possível traçar um paralelo com as mudanças que aconteceram no âmbito nacional durante o mesmo período, como sistematizado na Tabela 3.

Tabela 3: Transformações no campo da saúde mental brasileiro e no estado do Amazonas

Período Histórico	Contexto brasileiro	Contexto no Amazonas
Entre 1978 e 1991	Implantação do 1º CAPS no Brasil e de NAPS 24h.	Mudanças para humanização e melhorias na infraestrutura de atendimento do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro.

	Entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei Paulo Delgado. Intervenções em hospitais psiquiátricos.	Criação do ambulatório Rosa Blaya e do Pronto Atendimento Humberto Mendonça no mesmo espaço do Hospital Eduardo Ribeiro. Criação do grupo de agricultura, terapia ocupacional e atividades extra muros. Nomeação do 1º Coordenador Estadual de Saúde Mental. Início da descentralização da assistência na capital e no interior.
Período Histórico	Contexto brasileiro	Contexto no Amazonas
Entre 1992 e 2000	Movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis de substituição do hospital por uma rede integrada.	Não houve a implantação de CAPS no estado. Descentralização do atendimento para ambulatórios estaduais e nos municípios do interior. 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Amazonas em 2000. Discussão da Política Estadual de Saúde Mental, antes mesmo da aprovação da Lei nacional.
A partir de 2001	Promulgação da Lei nº 10.216. Expansão da rede de serviços de base comunitária.	1º Curso de Especialização em Saúde Mental em 2003. Mobilização do movimento dos trabalhadores para formulação da Política Estadual de Saúde Mental. Promulgação da Lei Estadual de Saúde Mental nº 3.177 em outubro de 2007.

Fonte: elaborado pela autora. Fonte: Navarro, 2015.

Navarro (2015) aponta que na década de 1970 e 80 o Amazonas mostrou pioneirismo à nível nacional pela militância de alguns trabalhadores de saúde mental, que inspirados pelas ideias reformistas italianas e do movimento brasileiro, mobilizaram-se contra a corrupção administrativa no Hospital Colônia do estado e buscaram por melhorias no atendimento. Destaca-se as primeiras medidas interventivas sob a coordenação do psiquiatra Silvério Tundis e as modificações, no modelo de atendimento oferecido no hospital, implementadas pelo também médico psiquiatra Rogélio Casado. Este criou um “grupo de agricultura”, onde se produziam verduras que eram vendidas, além da criação de suínos, da plantação de macaxeira, milho, e da construção de uma casa para produção de farinha.

Essa mudança passa a interferir diretamente no cotidiano do hospital psiquiátrico público, fazendo com que uma nova realidade se desenvolvesse naquele espaço, alterando as relações, entre funcionários e pacientes, e, principalmente, contribuindo na restituição da identidade daqueles sujeitos que se encontravam em regime de internação, muitos deles com mais de 20 anos de institucionalização. Tal iniciativa se estendeu por todos os anos oitenta

e mesmo que produzida e mantida dentro das “velhas estruturas manicomiais”, não deixava de representar um passo importante no que diz respeito à reforma psiquiátrica no Amazonas (LOPES, p. 20-21, 2013).

A política de descentralização da assistência em saúde mental se inicia nesta época, quando Silvério Tundis assume a Coordenação Estadual de Saúde Mental. Sua operacionalização foi oficializada em um documento de 06 de junho de 1988, que especificava a descentralização das ações do programa de saúde mental no município de Itacoatiara e, para alguns demais municípios como Urucurituba, Maués, Nova Olinda do Norte, Coari, Envira, Humaitá, Itapiranga, Tabatinga, Benjamin Constant, Barreirinha e Lábrea, regulava a descentralização da cesta básica de medicamentos, com a supervisão da Saúde Mental do estado (COLAMBAROLLI et al, 2010).

Os movimentos de mudança da política assistencial para saúde mental no Amazonas iniciados nos anos de 1970-80, bem como a criação de novas propostas terapêuticas, receberam críticas pela manutenção do modelo hospitalocêntrico, sendo que as atividades grupais aconteciam dentro da instituição. As críticas também se referiam à redução dos leitos psiquiátricos sem a devida implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital, gerando, muitas vezes, uma prática de desassistência e abandono ao usuário de saúde mental, além de reforçar para a sociedade a necessidade de espaços totalizantes e de exclusão como os manicômios (NAVARRO, 2015).

Segundo Lopes (2011), na década de 1990 o Amazonas experimentou uma estagnação do movimento em direção à reforma psiquiátrica em que todos os atores envolvidos, tanto profissionais, quanto institucionais e sociais não mais discutiam os rumos da saúde mental no estado. Paralelamente, a desarticulação e o enfraquecimento do controle social ficaram evidentes pela ausência de participação nas discussões, conferências, e em eventos nacionais e locais.

O novo modelo de atenção regulamentado pela Lei nº 10.216 em 2001, passou a ser implantado timidamente no Amazonas somente a partir de 2005 com o funcionamento de alguns serviços substitutivos como o CAPS II Adolfo Lourido inaugurado em 2005 na cidade de Parintins, o CAPS III Silvério Tundis na capital, inaugurado em 2006, e o CAPS Ligia Rodrigues Barros implantado em 2007 na cidade de Tefé.

A partir de 2006 o atendimento realizado no ambulatório Rosa Blaya do CPER foi sendo substituído pelas “Clínicas de Recepção”, “Clínicas de Patologias”, e “Clínicas de Dependência

Química”. O Pronto-atendimento Humberto Mendonça também foi reestruturado e passou a ser referência para os atendimentos de urgência e emergência, e para as internações breves, com funcionamento 24 horas. Quanto aos pavilhões que abrigavam internos de longa permanência, foi feita a tentativa de transforma-los em residências provisórias enquanto aguardavam a implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) (NAVARRO, 2015).

Seguindo uma cronologia histórica, em outubro de 2007 se conseguiu o sancionamento da **Lei Estadual de Saúde Mental nº 3.177** que dispõe sobre o dever do estado e dos municípios de promover a instalação e garantir o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da implantação dos serviços substitutivos como os CAPS, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, os serviços especializados de hospital-dia, centro de convivência, cooperativas, os serviços residenciais terapêuticos, a atenção básica de saúde, entre outros.

No mesmo ano de 2007, o ambulatório Rosa Blaya foi extinto e sua demanda de cerca de 3.000 atendimentos por mês, foi direcionada para algumas Policlínicas estaduais da cidade, onde foram feitas tentativas de compor equipes de saúde mental para atendimento ambulatorial. O CPER passou a funcionar como um serviço de emergência psiquiátrica e de internação breve. Os pavilhões continuaram em funcionamento para assistência aos pacientes de internações de longa permanência, devido à ausência do SRT.

Verificou-se a dificuldade do cumprimento da legislação estadual pela escassez dos serviços, sendo que, no início do reordenamento da atenção na cidade, Manaus possuía um único CAPS, localizado na zona Norte da cidade, que foi implantado após intervenção do Ministério Público Estadual. Além disso, a visível limitação e despreparo dos serviços ambulatoriais no acolhimento e atendimento da demanda em saúde mental, denotando que não houve o planejamento adequado e tão pouco a organização e estruturação da rede de saúde para o cuidado dessas pessoas após a iniciativa de desmonte do CPER.

A Tabela 4 descreve, com base na Portaria 3.088/2011, a relação estabelecida entre o perfil populacional e a orientação do Ministério da Saúde quanto à implantação de serviços especializados, em suas diferentes modalidades, para o cuidado em saúde mental de base comunitária e territorial.

Tabela 4: Relação entre perfil populacional e a implantação de CAPS.

Perfil Populacional	Atenção Psicossocial Estratégica
Abaixo de 15.000 habitantes	Equipe de saúde mental na atenção básica
Entre 15.000 e 70.000 habitantes	CAPS tipo I
Entre 70.000 e 150.000 habitantes	CAPS tipo II e CAPS ad
Acima de 150.000 habitantes	CAPS tipo III e CAPS i

Fonte: “*Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa*”, SOARES, M.S., 2016, Dissertação de mestrado, UNB, DF, Brasil. p.29.

Para caracterizar a distribuição dos serviços de atenção psicossocial no Amazonas, entende-se como relevante especificar as regiões de saúde, que foram instituídas a partir de 2011 no estado, como um elemento fundamental para a estruturação das redes de atenção à saúde (RAS), que contém sub-redes temáticas, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

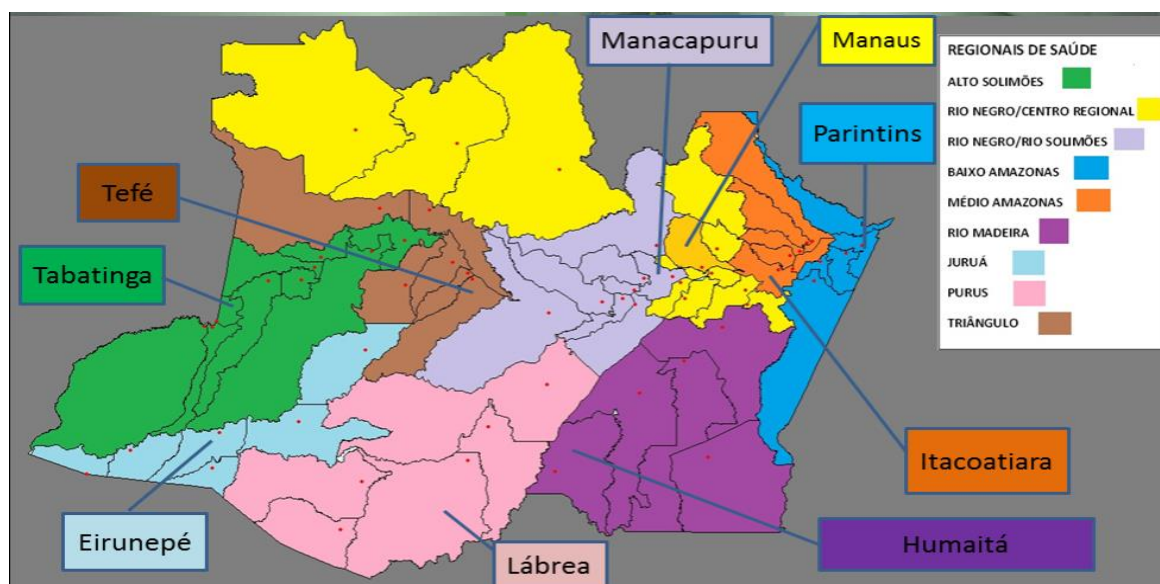
A região de saúde é descrita pelo Art. 2º do Decreto nº 7.508, de junho de 2011, como,

[...] um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestruturas de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b, s.p.).

Conforme o artigo 5º (I) do referido Decreto, para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de “atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde” (BRASIL, 2011).

O Amazonas se encontra dividido em 09 regiões de saúde, a saber: Alto Solimões, entorno de Manaus, Rio Negro e Solimões, Baixo Amazonas, Médio Amazonas, Rio Madeira, Juruá, Purus e Triângulo, representadas na Figura 1.

Figura 1: Mapa físico das Regiões de Saúde do estado do Amazonas.



Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental do Amazonas, 2016.

A Tabela 3 representa os CAPS em funcionamento no estado, por região de saúde, indicando a cidade onde se localiza, o ano de sua implantação e o perfil populacional de cada região de saúde.

Tabela 5: Centros de Atenção Psicossocial no Amazonas.

Região de Saúde	Serviço	Modalidade	Município	Ano	Perfil Populacional do município	Perfil Populacional da Região de saúde
Entorno de Manaus	CAPS	CAPS I	São Gabriel da Cachoeira	2012	40.806 hab.	2.191.562 hab.
	CAPS Iranduba	CAPS I	Iranduba	2010	41.947 hab.	
	CAPS Hilda Siqueira Pinto	CAPS I	Rio Preto da Eva	2009	31.274 hab.	
	CAPS infanto-juvenil leste	CAPS i	Manaus	2013	2.057.711 hab.	
	CAPS Silvério Tundis	CAPS III	Manaus	2006	2.057.711 hab.	
	CAPS Dr. Afrânio Soares	CAPS ad III	Manaus	2015	2.057.711 hab.	
	CAPS Sul	CAPS III	Manaus	2010	2.057.711 hab.	

	CAPS José Antônio de Araújo	CAPS I	Manaquiri	2015	29.327 hab.	
	CAPS de Autazes	CAPS I	Autazes	2010	37.752 hab.	
	CAPS Nova Vida	CAPS I	Nova Olinda do Norte	2013	35.800 hab.	
	Centro de Reabilitação em Dependência Química Ismael Abdel Aziz	CRDQ	Rio Preto da Eva	2014	31.274 hab.	
Rio Negro e Solimões	CAPS ad de Manacapuru	CAPS ad	Manacapuru	2013	94.175 hab.	259.145 hab.
	CAPS Codajás	CAPS I	Codajás	2015	27.303 hab.	
	CAPS Joaquim Pereira de Castro	CAPS I	Manacapuru	2010	94.175 hab.	
	CAPS Coari	CAPS I	Coari	2010	82.209 hab.	
Juruá	CAPS de Guajará	CAPS I	Guajará	2012	16.339 hab.	120.256 hab.
	CAPS de Eirunepé	CAPS I	Eirunepé	2013	30.901 hab.	
Rio Madeira	CAPS Maria Fernandes	CAPS I	Apuí	2012	20.258 hab.	170.985 hab.
	CAPS de Humaitá	CAPS I	Humaitá	2012	45.954 hab.	
	CAPS José Maria Pantoja	CAPS I	Borba	2010	39.885 hab.	
	CAPS Manicoré	CAPS I	Manicoré	2011	53.890 hab.	
Médio Amazonas	CAPS São Lucas	CAPS II	Itacoatiara	2013	98.503 hab.	152.778 hab.
Baixo Amazonas	CAPS de Maués	CAPS I	Maués	2011	59.983 hab.	220.363 hab.
	CAPS Adolfo Lourido	CAPS II	Parintins	2005	112.716 hab.	
Triângulo	CAPS Ligia Rodrigues Barros	CAPS I	Tefé	2007	62.662 hab.	124.003 hab.
Alto Solimões	CAPS Margarete Martins	CAPS I	São Paulo de Olivença	2013	31.426 hab.	231.482 hab.

Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental do Amazonas, 2016; DATASUS 2012.

Destaca-se que a região de saúde do Médio Amazonas e do Triângulo possuem apenas um CAPS cada uma. Esses dois dispositivos, de Itacoatiara e Tefé, respectivamente, funcionam como CAPS regional, ou seja, além da população da cidade atendem aos municípios do entorno. É importante ressaltar também, que os dispositivos elencados na Tabela 3, nem sempre conseguem desenvolver um funcionamento pleno e autônomo de suas ações, pois muitas vezes não possuem a equipe mínima de profissionais necessária, além da impossibilidade de acesso a certos tipos de medicamentos, o que prejudica a atenção integral, fazendo com que muitos usuários migrem para a capital em busca de atendimento em saúde mental.

O Amazonas, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2015), possui uma população de 3.938.336 habitantes, sendo que destes, 2.057.711 residem na capital Manaus, número que corresponde à aproximadamente 57,3% da população do estado.

Diante desta condição, atender as demandas relacionadas à saúde mental da população do interior do estado, especialmente dos municípios distantes da capital, “região onde há forte presença de comunidades indígenas e populações tradicionais, com especificidades étnicas, sociais e culturais” (SOARES, 2016), torna-se um desafio a ser enfrentado quanto as suas características geográficas, de acesso, infraestrutura, recursos humanos, comunicação, tecnologia, que deve ser enfrentado com o desenvolvimento de políticas públicas singulares que atendam as particularidades desse território.

Em um estudo que analisa o processo de regionalização em saúde no estado do Amazonas, Garnelo, Sousa e Silva (2017), apontam para um contexto de predomínio da assimetria, da verticalidade e da fragilidade nas relações de cooperação múltipla entre os municípios. Para os autores, as condições geograficamente determinadas e a organização social da vida amazônica, “marcada pela atomização e dispersão dos espaços sociais, em contraponto à absoluta centralidade de Manaus” (p.1233), são obstáculos que devem ser considerados no processo de planejamento em saúde, porém, vistos como objetos de iniciativas coordenadas e integradoras, que facilitem a gestão colegiada, e a partilha integrada de tecnologia, para assim, diminuir a assimetria entre os sistemas municipais, fazendo valer a efetivação da regionalização no Estado.

Soares (2016), caracteriza o Amazonas como o estado da região norte que possui a menor taxa de cobertura assistencial, especialmente pelo baixo escore de cobertura hospitalar que é de 18%. Refere ainda que, no estado, as internações em saúde mental, quando necessárias continuam sendo realizadas em leitos localizados nos hospitais psiquiátricos especializados, apontando para um atraso na mudança do modelo assistencial, especialmente quanto à implantação dos leitos de saúde mental e das enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais.

Na capital Manaus, em outubro de 2013, o gestor municipal implantou uma iniciativa que foi chamada de “Rede Saúde Manauara”, cujo foco principal era transformar o sistema de saúde de Manaus, partindo do reordenamento da Atenção Primária à Saúde (APS), no intuito de ampliar a cobertura assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 70%, até 2016. Estavam previstas ações para o desenvolvimento da capacidade técnica, reorganização dos processos de trabalho, construção de novas unidades de saúde, reforma e ampliação das unidades existentes e promoção de uma reforma administrativa (MANAUS, 2013d).

A partir de um diagnóstico sobre a situação de saúde do município de Manaus, foram elencadas cinco questões consideradas como prioritárias para intervenção: redução da morbimortalidade materno-infantil, da morbimortalidade por câncer de colo de útero e câncer de mama, da mortalidade por causas externas, da morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes e da morbimortalidade por doenças endêmicas.

Percebe-se que a RAPS não foi definida como prioridade na “Rede Saúde Manauara”, mesmo diante da estimativa do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2008) de que 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual, o equivalente a aproximadamente 242.436 pessoas na cidade de Manaus.

A RAPS em Manaus é composta pelos seguintes dispositivos: serviços dos CAPS e do Centro de Reabilitação em Dependência Química (CRDQ) descritos na Tabela 3; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); serviço de emergência psiquiátrica hospitalar e de internação breve no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro; além da atenção básica de saúde (AB).

O município conta também com o serviço de cinco Policlínicas estaduais que possuem equipe para atendimento em saúde mental. Esse serviço ambulatorial não era previsto pela RAPS até a resolução nº 32/2017, e se caracteriza como um arranjo da gestão estadual para a descentralização dos atendimentos realizados no CPER, já que nem todas as zonas da cidade possuem cobertura de CAPS.

Outro serviço implantado pela gestão estadual, não previsto pela RAPS, é o CRDQ, que foi constituído por uma iniciativa do governador do estado à época, sendo divulgado como uma de suas propostas durante a candidatura ao governo do estado. O CRDQ se destina ao atendimento de pessoas que sofrem por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, tanto adultos, quanto adolescentes, e funciona com um sistema de internação voluntária de, no mínimo, noventa dias.

Já o Serviço Residencial Terapêutico, foi inaugurado em Manaus somente no ano de 2014 e conta com oito casas em que residem 33 moradores egressos do CPER e do Hospital de

Custódia. Navarro (2015), refere que a morosidade e demora na desinstitucionalização dos pacientes internados por longos períodos, por meio do SRT, se deveu a discordância entre os atores, gestores e profissionais de saúde, sobre às possibilidades de local para sua implantação.

Quanto ao dispositivo atenção básica de saúde, Gerbaldo (2017), em um estudo que avaliou as ações de cuidado em saúde mental ofertadas pelas equipes da AB, revela a persistência de um modelo hegemônico de atenção, que pode estar relacionado a dificuldades como: a inexistência de protocolos clínicos; a um fazer com baixo nível de planejamento e programação; à limitada qualificação dos profissionais, especialmente quando se refere ao campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Ainda segundo Gerbaldo (2017), tais dificuldades podem estar associadas ao histórico distanciamento entre o atendimento feito a esse público e as ações desenvolvidas no nível primário de atenção, e à concepção de que o atendimento a essas demandas pertence aos níveis especializados, denotando a necessidade de investimento tanto em ações de qualificação dos profissionais da rede, quanto na inserção desse item nos currículos de formação dos profissionais da saúde, além do incentivo à participação dos profissionais já atuantes em curso de qualificação.

O estudo revelou também, que a região norte do país apresenta os menores percentuais de oferta e realização de cuidados em saúde mental na AB, reconhecendo a existência de diferenças populacionais e socioeconômicas entre as regiões brasileiras, assim como da assimetria na distribuição dos serviços e no caráter diferenciado da região Norte frente as demais (GERBALDO, 2017).

Em Manaus, dados oficiais do MS, emitidos em nota técnica⁵, com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revelam que a cobertura assistencial estimada da AB é de 55,14%, enquanto os dados relacionados à implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) indicam uma redução nesse índice, apresentando uma cobertura de 32% de assistência, mostrando um distanciamento da meta estabelecida até 2016. Porém, esses dados não condizem necessariamente com a realidade da oferta dos serviços, sendo que ainda há unidades da AB que não foram implantadas ou que não contam com equipes completas para seu pleno funcionamento.

No que diz respeito ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que corresponde a um serviço estratégico na rede de saúde e na AB, por funcionar como apoio as equipes de ESF no atendimento às populações específicas e como articulador dos demais pontos da RAS,

⁵ Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmlistaMunic.php>>. Acesso em: 7 fev. 2017.

já que trabalha de modo integrativo para a ampliação da cobertura das ações e sua resolatividade na AB, existem três unidades implantadas no município até a presente data⁶.

Não se encontram registros oficiais sobre a sistematização de ações conjuntas entre a atenção básica e o serviço de saúde mental em Manaus. Esta realidade foi enfatizada por Lopes (2011), argumentando que, no que se refere à rede de atenção básica, o município, segundo dados do Ministério da Saúde, não realizava nenhum tipo de ação em saúde mental, seja ela sistemática, com apoio de profissionais de saúde mental, ou assistemática, sem o apoio de profissionais de saúde mental, indicando a ausência de integração da rede de saúde municipal nas políticas públicas de saúde mental (COLOMBAROLLI et al., 2010).

Percebe-se que a oferta de serviços constituintes da RAPS ainda é insuficiente para garantir o atendimento da demanda em saúde mental de Manaus. Além disso, serviços estratégicos ainda não foram implantados, como as unidades de acolhimento, os serviços de atenção em regime residencial, e ainda, na esfera hospitalar, os leitos de saúde mental e as enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais, sendo que o CPER permanece como o único serviço que oferece atendimento em regime hospitalar de emergência e internação breve. A escassez dos serviços já implantados, bem como a ausência de unidades essenciais para o atendimento da complexidade dos agravos que envolvem a saúde mental, são fatores que podem ser problematizados quando se discute a atenção integral proposta pela RAPS, e sua operacionalização na cidade de Manaus.

Considerações finais:

A história da loucura nos mostra que sua representação para a humanidade nem sempre foi relacionada à doença. Nas civilizações mais antigas como no século XV a loucura possuía explicações místicas, e aqueles considerados loucos eram dotados de capacidade para se comunicar diretamente com os deuses, sendo considerados como fonte de sabedoria. A partir do advento do pensamento racional, o louco passa a ser visto como alguém desprovido de razão, e que necessita de tratamento moral, momento em que surgem as instituições para o recolhimento dos alienados e sua segregação do meio social.

Somente durante o século XVIII é que a ciência tomará a loucura por seu objeto de estudo, formulando o conceito de doença mental e estabelecendo o hospital psiquiátrico como

⁶ Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmlistaMunic.php> acessado em 07 de fevereiro de 2017.

o locus de seu tratamento. O louco será submetido aos conhecimentos, métodos e técnicas desenvolvidos pela psiquiatria enquanto ciência médica.

Essa realidade começa a ser questionada a partir do século XX. No Brasil, as denúncias referentes as condições desumanas e de violação de direitos, em que se encontravam os internos dos manicômios, ganharam força com o movimento dos trabalhadores e demais movimentos sociais que lutavam contra o sistema manicomial vigente, pedindo por reforma e democratização das políticas públicas de saúde. Para a saúde mental, buscou-se inspiração na reforma psiquiátrica italiana, com a desativação da instituição manicomial e a construção de uma rede de serviços comunitários de reinserção social.

No contexto do estado do Amazonas, a capital Manaus se constituiu em um período de prosperidade econômica, em que a cidade foi sendo construída nos moldes das modernas metrópoles europeias da época. A organização e regulamentação da vida no local tinha por objetivo sua urbanização e “civilização”. Por isso, tanto a arquitetura tradicional das ruas, como os comportamentos e hábitos de origem indígena da população eram reprimidos e punidos pelo Estado.

A instituição psiquiátrica surge, neste cenário, como espaço de repressão e exclusão daqueles considerados indesejáveis na formação da cidade idealizada. Manaus seguia o modelo adotado pelo país, até então, de interlocução com a doença mental, porém, com a especificidade de centralização de toda a política de saúde mental em um único hospital psiquiátrico que atendia a toda região. Fato esse que, à princípio deveria se caracterizar como um facilitador do processo de reforma psiquiátrica no estado, devido à ausência de um grande número de instituições públicas e privadas, porém, não foi o que se viu.

As tentativas de mudanças no atendimento em saúde mental iniciadas na década de 1980, mantinham a centralidade no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Foram feitas inovações como o “grupo de agricultura”, atividades de terapia ocupacional e artísticas, porém todas desenvolvidas no espaço da instituição e submetidas a dinâmica de funcionamento manicomial.

A reforma psiquiátrica no estado do Amazonas só teve início no ano de 2005, ou seja, 21 anos depois da implantação do primeiro CAPS no Brasil em 1986, mostrando um atraso nesse processo que pode estar relacionado a falta de sensibilização dos gestores e preparação de competências municipais no campo da saúde mental, além da não priorização de investimentos públicos na rede substitutiva. Ressalta-se que o primeiro CAPS de Manaus foi inaugurado pelo gestor estadual, em 2006, após intervenção do Ministério Público, permanecendo a estadualização como característica da sua política de saúde mental.

Quando iniciado o desmonte do Hospital Eduardo Ribeiro em 2006, Manaus contava com apenas um serviço de CAPS na zona Norte da cidade. O ambulatório Rosa Blaya foi desativado, e seus atendimentos de cerca de 3.000 pessoas/mês destinaram-se à três policlínicas estaduais, onde foram constituídas equipes mínimas de profissionais de saúde mental para absorver esta demanda. O que demonstra a ausência de estruturação da rede de serviços para efetivação da reforma psiquiátrica, sendo que recursos do estado foram investidos na manutenção de um modelo de atendimento ambulatorial, de práticas biomédicas e medicalizantes.

O estado, ao invés de promover o diálogo e as negociações necessárias para o avanço no processo da reforma, assume serviços que não são de gestão estadual, como o CAPS, e o SRT implantado em 2014. Essas unidades, até os dias atuais, não foram repassadas ao município. Paralelamente, a falta de cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais contribui para a manutenção do Hospital Eduardo Ribeiro como único local para atendimento de urgência e emergência hospitalar e internação breve, reforçando para a população da cidade que essa instituição deve ser mantida como recurso terapêutico em saúde mental.

A dificuldade de articulação com a atenção básica de saúde, mantém o entendimento de que a demanda da saúde mental é de responsabilidade dos serviços especializados, o que pode levar a um inchaço dos CAPS, que são em número insuficiente, ao se considerar o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde de 1 CAPS X 100.000 habitantes. Essa dinâmica pode inviabilizar a prática desenvolvida nos serviços substitutivos, em que se propõem um modelo de atuação psicossocial, acabando por recorrer a práticas tradicionais, com ações ambulatoriais centradas na medicalização.

A rede de atenção psicossocial de Manaus se constituiu em um contexto histórico de estadualização da política, que configura um panorama de escassez de serviços substitutivos, necessários para atender a demanda da cidade, além de limitações causadas pela dificuldade de articulação entre serviços existentes, como a atenção básica de saúde, o que pode configurar um contexto de desassistência e abandono aos sujeitos/usuários de saúde mental da cidade.

Entende-se como necessário para o melhoramento do panorama atual da saúde mental na cidade de Manaus a promoção, por parte dos atores envolvidos, de espaços de discussão que incluam gestores, profissionais, sujeitos/usuários, familiares e sociedade civil. Considera-se a possibilidade de elaboração de uma agenda para o tema, em que se priorizem ações como a implantação de tecnologias de informação e comunicação, além de outras medidas que viabilizem a coordenação da articulação entre os elementos da RAPS existentes e sua implementação com a criação de novos dispositivos de atenção em saúde mental.

Referências:

AMARANTE, P. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____, P. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

ARAÚJO, M.J.C de. **Instituições médicas para alienados na cidade de Manaus (1880-1927)**. 2017. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizartexto.cfm>>. Acesso em: maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília. Ministério da Saúde, 2011.

COLOMBAROLLI et al. Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Manaus. **Psicologia: teoria e prática**, v. 12, n. 3, p. 23-33, 2010.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Ed Perspectiva, 1982.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____, M. **A História da Loucura**. 11ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

GARNELO, L.; SOUSA, A.B.L e SILVA, C. O da. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. 22(4):1225-1234, 2017.

GERBALDO, T. B. **Organização do cuidado em saúde mental no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ – AB**. 2017. 81 f. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia). Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane/ FIOCRUZ, Manaus, 2017.

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

HEIDRICH, A.V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-

graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

LAING, R. **Sobre loucos e sãos**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LIMA, A. F. de; PONTES, M.V.A. O caso Damião Ximenes Lopes e a primeira condenação internacional do Brasil na corte interamericana de direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.16, p.01-13, 2015.

LOPES, D.N. **Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil**: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – Vol 1. N. 2 – Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147.

LOPES, L. **Análise da Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

LOPES, R.S. **Entre a atenção à saúde e a legalidade**: atuação do hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico. Parte 1, 2013.

LUIZ, A.; BRAGA, D.C. **A Campanha Nacional de Saúde Mental: a higiene mental como método de alcance da saúde mental**. Belo Horizonte: 14º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 2014.

MACHADO DE ASSIS, J. **O Alienista**. Porto Alegre: L&PM, 1998.

NAVARRO, R. M. **A História da Política de Saúde Mental do Amazonas**: a reforma psiquiátrica e sua estruturação. 2015. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Programa Multi-institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. História, ciências, saúde de Manguinhos, V. 12 n.3, p. 983-1010. Set/Dez, 2005.

OLIVEIRA, P.F.; MELO, W. e VIEIRA-SILVA, M. Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. **Práticas e Pesquisas Psicossociais**. 12 (1): 23-35, São João Del Rei, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Formulação de estratégias com o fim de alcançar a saúde para todos no ano de 2000**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1990.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. História, ciências, saúde de Manguinhos. Vol. 11 (2): 241- 258. Mai/Ago, 2004.

PESSOTI, I. **O Século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

REIGOTA, M. Da etnografia às narrativas ficcionais da práxis ecologista: uma proposta metodológica. **Revista Estudos Universitários**, Sorocaba, v. 25, n.1, p. 36-60, jun.1999.

_____. **Ecologistas**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 1999b.

SOARES, M.S. **Navegando pela saúde mental do Centro Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia clínica e cultura da Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

THORNICROFT, G., & TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental Comunitária**. Barueri: Editora Manole, 2010.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Tese de doutorado apresentada a Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública – Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

2. METODOLOGIA

2.1. Pesquisas narrativas e práticas discursivas – a produção ético-política no espaço da psicologia social.

Entendemos que a aproximação para a investigação do fenômeno que se refere à experiência de sofrimento de sujeitos/usuários do serviço de saúde mental, bem como o cuidado ofertado pelos profissionais, parte de uma compreensão deste objeto considerando o paradigma da complexidade, pois o mesmo se constitui de um sistema com múltiplas determinações que se interconectam: a histórica, a política, a social, a subjetiva e a cultural.

Além disso, tal fenômeno que se pretendeu conhecer, se constrói pelas vivências dos sujeitos, participantes da investigação, no campo tema estudado, e pelos sentidos construídos sobre essas vivências. Para Spink e Gimenes (1994, p. 151), “dar sentido ao mundo implica, em posicionar-se em uma rede de relações e pertence, assim, à ordem da intersubjetividade”. Portanto, foi adotado o pressuposto da intersubjetividade, que tem como princípio a relação estabelecida entre observador e observado. (VASCONCELLOS, 2013).

As bases ontológicas e epistemológicas que fundamentaram o percurso metodológico deste estudo se relacionam à perspectiva construcionista em psicologia social, que considera que tanto o sujeito quanto o objeto são construções sócio-históricas, ou seja, possuem a mesma natureza. Nesse sentido, o modo pelo qual o pesquisador acessa a realidade, partindo de suas categorias, convenções, práticas, linguagem, marcadas por um contexto humano, social e histórico, é que institui os objetos que constituem a realidade, caracterizando um movimento de reflexibilidade. Como bem define Peter Spink (2003, p. 36), “[...] o olhar de quem vê é parte do objeto observado [...]”.

Nessa ótica, a instituição dos objetos existentes se caracteriza por um processo de objetivação comum à sociedade e por meio do qual as pessoas compreendem e lidam com os

fenômenos que as cercam. Na perspectiva construcionista, essa dinâmica tem como elemento central a linguagem, enfatizando a construção linguístico-conceitual para a produção do conhecimento, e as práticas discursivas situadas como seu elemento essencial de análise (SPINK; FREZZA, 2013).

Para Oliveira,ARC; (2015) o construcionismo social se configura muito mais como um movimento do que como uma teoria ao caracterizar-se por uma postura crítica diante do mundo, abrindo mão da pretensão de postular verdades inquestionáveis determinadas por princípios pré-estabelecidos. Dentro desse enquadre, o construcionismo tem fundamentado importantes reflexões teóricas e metodológicas sobre a análise de práticas discursivas em psicologia social.

Oliveira,ARC; (2015, p.61), refere também, que para o construcionismo “a realidade só existe na interdependência do conhecimento que se produz sobre ela, sendo configurada num emaranhado de versões construídas coletivamente, permitindo uma atitude relativista”. A autora esclarece ainda, que “o construcionismo social busca compreender de que maneira as pessoas geram significados sobre si mesmas e o mundo, entendendo que o próprio ato de significar algo é construtor de realidades” (OLIVEIRA,ARC; 2015, p. 62).

Essa compreensão se fez essencial para a postura ética e crítica assumida pela pesquisadora no campo tema do estudo, ao não se colocar em busca de uma verdade única ou de um ponto de vista privilegiado sobre o fenômeno da experiência de sofrimento e das práticas de cuidado no cotidiano do serviço de saúde mental. Ou seja, entendendo que o objeto a ser compreendido se constituiu por meio das práticas discursivas construídas a partir da inserção da pesquisadora no contexto do fenômeno.

O movimento construcionista se configura como fundamento para uma vertente da psicologia social que se utiliza das práticas discursivas para o estudo de temas pertencentes ao seu campo de conhecimento. Para Oliveira,ARC; (2015, p. 62):

O movimento construcionista, como uma perspectiva crítica em Psicologia Social, enfoca o estudo das práticas discursivas, considerando a linguagem como prática que provoca efeitos. Essa perspectiva possibilita estudos que focalizam acontecimentos na interface entre os usos da linguagem e as condições de sua produção e veiculação; trata-se de uma perspectiva que se opõe às vertentes representacionistas.

Com as contribuições de Mary Jane Spink, foi possível pensar a análise dos sentidos construídos sobre o cuidado no cotidiano de um serviço substitutivo, por meio das práticas discursivas produzidas nesse espaço. A partir dos pressupostos discutidos pela autora sobre as práticas discursivas, consideramos a linguagem como elemento central na produção de

realidades e como agente de práticas sociais. A autora traz o seguinte entendimento sobre as práticas discursivas.

[...] as diferentes maneiras em que as pessoas, através do discurso, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais. O discurso, neste enquadre, é por sua vez entendido como o “uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais de tipo linguístico” sendo que a institucionalização pode ocorrer tanto no nível mais macro dos sistemas políticos e disciplinares, quanto no nível mais restrito dos grupos sociais (DAVIES e HARRE apud SPINK e GIMENES, 1994, p. 153).

O uso das práticas discursivas como elemento central para a análise dos sentidos é também referido por Oliveira,ARC; (2015, p. 27):

O discurso tem muitas formas: históricas, culturais e intersubjetivas. Assim, por meio da linguagem, o sujeito transforma a realidade em que vive e a si mesmo, constrói a existência, ou seja, lhe confere sentido. É essa capacidade do sujeito – de incessantemente atribuir sentidos promovendo seu constante devir e o das coisas – que interessa à prática discursiva.

Portanto, a construção metodológica desse estudo, visando alcançar as práticas discursivas e a produção de sentidos no cotidiano, parte do entendimento de que “produzir sentido [...] é o que permite lidar com situações e fenômenos do dia-a-dia, do cotidiano. Podemos fazer um recorte das atividades do cotidiano e analisar os processos de produção de sentido” (SPINK, 1999).

Partindo dessa compreensão, pensa-se os sentidos como construção social, coletiva e interativa, além de ser o motor da ação humana, pois, por meio deles as pessoas compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK, 2004).

Para Muylaert, Júnior, Gallo, et al. (2014) as narrativas são ferramentas bastante apropriadas para os estudos qualitativos em que se objetiva investigar representações da realidade dos interlocutores. A partir dessas representações, é possível captar o contexto em que os sujeitos estão envolvidos.

Se por um lado a pesquisa qualitativa se preocupa em capturar um nível de realidade que não pode ser mensurado quantitativamente, por outro, o pesquisador só poderá desenvolver uma postura crítica que o qualifique no aprofundamento da captura dos dados, se permanecer em uma busca ativa e atenta por novos interlocutores e observações em campo, com o objetivo de articular e enriquecer as informações coletadas, uma vez que o objeto da investigação é sempre um objeto construído (MUYLAERT, 2015, p. 197).

O campo escolhido para o estudo se caracterizou pelos microlugares onde os encontros cotidianos e a interação entre a pesquisadora, os sujeitos/usuários e os profissionais do serviço substitutivo de saúde mental se deram. Para essa atividade de pesquisa, entendida como prática

social, considerou-se a noção de microlugares como os espaços onde os encontros cotidianos acontecem, como nas praças, ruas, casas, instituições.

Tais espaços foram construídos por interações permeadas por sociabilidades e materialidades particulares (SPINK, 2008). Nos microlugares, tal como os entendemos, foram produzidas práticas discursivas, por meio do falado e do ouvido, nas conversas, nos diálogos, debates, entrevistas, envolvendo o campo tema da pesquisa. Neste contexto, a pesquisadora se colocou em uma relação horizontalizada com os participantes, assumindo uma postura atuante como parte do processo contínuo de construção de sentidos coletivos.

Os encontros cotidianos que marcaram os microlugares aconteceram nos espaços institucionais de um CAPS de tipo III, da cidade de Manaus, onde foi realizada a observação participante por um período de 60 dias. O CAPSIII é regulamentado pela Portaria n° 336/GM/MS/2002 como um serviço estratégico na rede substitutiva ao modelo hospitalar, para o atendimento prioritário de pessoas com sofrimento psíquico intenso em decorrência de transtornos mentais graves e persistentes. Possui uma equipe especializada que oferece acompanhamento e cuidados contínuos, com funcionamento 24h, incluindo finais de semana e feriados, ofertando acolhimento noturno, a partir de uma lógica territorial de funcionamento.

Durante o período de observação participante, a pesquisadora esteve inserida no cotidiano das atividades, dos encontros e atendimentos no serviço. As práticas discursivas vivenciadas nessa etapa foram fontes de dados enquanto conversas espontâneas entre a pesquisadora e os interlocutores da pesquisa, como produção de discursos orais, e também escritos nos documentos oficiais de comunicação entre a equipe do CAPS. Tanto as vivências nesta etapa da pesquisa, quanto as lembranças despertadas na pesquisadora pela interação com o campo tema, foram transformadas em narrativas ficcionais, construídas intencionalmente pela pesquisadora, e utilizadas como unidades de análise para a discussão sobre o objeto da pesquisa.

A escolha pelo uso de narrativas se deu pela busca de compreensão da experiência vivida, a partir de histórias contadas, baseando-se nas ideias de Clandinin e Connelly (2011, p. 18) de que “uma verdadeira pesquisa narrativa é um processo dinâmico de viver e contar histórias, e reviver e recontar histórias, não somente aquelas que os participantes contam, mas aquelas também dos pesquisadores”.

Para Clandinin e Connelly os sujeitos se constroem a partir das narrativas, ou seja, elas marcam sua existência, sendo a vida vivida narrativamente. Desta maneira, as narrativas se apresentaram como forma de entender a experiência enquanto preceito fundamental a ser captado pela pesquisa. Muylaert, Júnior, Gallo, et al. (2014, p. 197) entendem as narrativas como,

[...] uma forma dos seres humanos experienciarem o mundo, indo além da simples descrição de suas vidas, pois ao repensarem suas histórias – as que contam e ouvem – refletem quem são reconstruindo continuamente significações acerca de si.

Por sua fecundidade, as narrativas podem potencialmente capturar circunstâncias nas quais o pesquisador almeja investigar mediações entre experiência e linguagem, estrutura e eventos, ou ainda situações da coletividade envolvendo memória e ações políticas.

A pesquisa narrativa é caracterizada pelo que Clandinin e Cornnelly (2011) chamam de **espaço tridimensional**, que é composto pela **interação**, tanto pessoal, quanto social, pela **continuidade**, que se refere à dimensão temporal (presente, passado e futuro), e pela **situação**, que diz respeito ao lugar. Esse espaço tridimensional é considerado pelos autores como um dos elementos-chave no desenvolvimento do método narrativo.

Toma-se como referência o espaço tridimensional para discussão sobre o papel do pesquisador na pesquisa narrativa, pois este se encontra em um “entremeio” ao constituir-se, assim como seu objeto de investigação e o contexto observado, a partir de dimensões temporais, espaciais, pessoais e sociais. São vidas e histórias em movimento – tanto dos participantes da pesquisa quanto dos pesquisadores, uma vez que a pesquisa narrativa tem como uma de suas características fundantes a relação – que se expressam narrativamente na busca da construção de significados (CLANDININ e CORNELLY, 2011).

Na pesquisa narrativa, o pesquisador entra na paisagem e participa de uma vida em andamento, chamando a atenção para o papel deste que a partir da sua relação com a história em movimento, tem o ofício de construir os chamados “textos de campo” e os “textos de pesquisa”. O conjunto de encontros que a pesquisa proporciona, com o contexto do campo tema e os sujeitos que dele fazem parte, caracterizam a pesquisa narrativa como “prática social ética, estética e política” (KIND e CORDEIRO, 2016, p. 308).

Os autores Clandinin e Cornnelly (2011) se utilizam dos termos “texto de campo” e “texto de pesquisa” para discutir as linguagens construídas na pesquisa narrativa. Os textos de campo se referem às transcrições, registros de campo, notas e reflexões, enquanto que os textos de pesquisa são as produções acadêmicas representadas pelas dissertações, teses, artigos.

É importante não delimitar um conjunto fechado para os textos de campo, pois como referem Clandinin e Cornnelly (2011), a complexidade das paisagens investigadas requer a criatividade do pesquisador para, se necessário, criar novas formas de composição de textos. Os autores usam como exemplos para a produção de textos de campo a escrita autobiográfica, a escrita de diários, notas de documentos, fotografias, caixas de memória, histórias de vida, entre outros.

Ressalta-se ainda, a importância dos textos de campo como sinalizadores da memória para a construção do texto de pesquisa, sendo o movimento de transição para a construção do texto de pesquisa uma tarefa complexa e difícil, pois as questões pensadas antes da pesquisa precisam ser retomadas ao final da fase de campo.

Assim é possível concluir que existem diferentes formas de representar o texto de pesquisa. Refletindo sobre a complexidade existente no processo de transição dos textos de campo para os textos de pesquisa, os autores discutem questões relacionadas às conexões que se estabelecem entre memória, textos de campo e textos de pesquisa, explorando o lugar da memória nesse processo (CLANDININ e CORNNELLY, 2011).

O texto de pesquisa é uma composição que tem como centro pessoas, lugares e coisas, que estão em constante processo de transformação, portanto não são estáticos. Sendo assim, o pesquisador necessita compreendê-los a partir dessa dinamicidade, que envolve vidas e histórias narradas a partir dos espaços tridimensionais em que se encontram (SAHAGOF, 2015, p. 06)

Neste estudo, optamos pelas narrativas ficcionais construídas pela pesquisadora a partir das histórias de vida de sujeitos/usuários do serviço, de suas narrações orais e dos profissionais, bem como de narrações escritas nos prontuários, e no documento chamado de “livro de comunicação”, que era utilizado para registros da equipe de profissionais do CAPS. A pesquisa recebeu aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio do parecer de nº 2.597.366/2018.

A escolha pelas narrativas enquanto unidades de análise, se deu com a intenção de trazer a existência dos sujeitos e garantir seu espaço de fala, tendo suas identidades preservadas como um princípio ético da pesquisa. Considerando que o campo tema do cuidado em saúde mental se constitui por dimensões sociais e políticas características, houve a preocupação de preservar a identidade dos interlocutores com a produção de narrativas ficcionais “assim denominadas e sugeridas por Reigota (1999) para proteger, numa perspectiva ética, aqueles que estarão efetivamente contribuindo com sua composição [...] (OLIVEIRA,ARC; 2015, p. 164).

Oliveira,ARC (2015) descreve a expressão “narrativas ficcionais”, a partir da formulação de Reigota (1999), como “as montagens textuais nas quais o cotidiano vivido é integrado aos textos sem que as pessoas e os locais visitados sejam explicitados [...]” (OLIVEIRA,ARC; 2015, p. 165). A autora destaca ainda, os dois critérios fundamentais para a construção das narrativas ficcionais que são o seu compromisso ético e a pertinência temática.

Portanto, as narrativas ficcionais foram escolhidas como um valioso recurso metodológico, ético e político, dentro de uma pertinência temática que possibilitou a análise dos sentidos

construídos sobre a experiência de sofrimento dos sujeitos/usuários do sistema de saúde mental, bem como sobre o cuidado em saúde mental para os profissionais do serviço.

Trata-se de um recurso valioso para trabalhar com temas nos quais a identidade das pessoas com as quais obtive dados e informações, com quem convivi no cotidiano das várias escolas, precisa ser preservada. Por meio das narrativas ficcionais, memória, política e escrita são acionadas como recursos de composição de cenários, personagens e tramas (OLIVEIRA,ARC; 2015, p. 165).

Para Muyaert as narrativas ficcionais

São consideradas representações ou interpretações do mundo e, portanto, não estão abertas a comprovação e não podem ser julgadas como verdadeiras ou falsas, pois expressam a verdade de um ponto de vista em determinado tempo, espaço e contexto sociohistórico. Não se tem acesso direto às experiências dos outros, se lida com representações dessas experiências ao interpretá-las a partir da interação estabelecida.

Assim, o importante é o que está acontecendo no momento da narração, sendo que o tempo presente, passado e futuro são articulados, pois a pessoa pode projetar experiências e ações para o futuro e o passado pode ser ressignificado ao se recordarem e se narrarem experiências (MUYLAERT, et al., 2014, p. 195).

As narrativas escolhidas para compor este trabalho se referem a minha história de vida e profissional, sendo que, conforme Spink (2003, p. 30) “o campo começa quando nós nos vinculamos à temática” e a outras narrativas ficcionais de histórias presenciadas, ouvidas, lidas ou vividas, no campo tema da pesquisa.

Um lugar tão, tão distante

À época, ainda em 2006, o clima entre os atores do campo da saúde mental era de tensão. Pelos corredores do Hospital Eduardo Ribeiro se entrecruzavam funcionários antigos, funcionários novos, alguns recém-chegados para apresentar-se à direção do hospital após tomar posse de seu cargo público. Dentre eles, duas psicólogas aguardavam para a entrega do documento oficial a fim de assumir sua função na instituição, e enquanto isso, ouviam a conversa de duas atendentes:

- E elas, quem são?*
- São psicólogas, vieram tomar posse.*
- E vão para onde? O hospital não vai fechar?*
- Vão para o CAPS, mas enquanto não inaugura, vão ficar aqui*

fazendo treinamento.

O treinamento que ocorreu nas semanas seguintes, destinava-se aos profissionais recentemente contratados pela Secretaria de Saúde do Estado que iriam formar a equipe do CAPS a ser inaugurado após alguns dias. A capacitação pareceu desorganizada e mal planejada, sem articulação entre os assuntos abordados e a prática no serviço substitutivo. Por se tratar da primeira instituição desse gênero na cidade, logo se percebeu que ninguém ali conhecia a dinâmica de um CAPS. Aguardavam ansiosos pela chegada de Silvio Yasui⁷, que estaria em Manaus nos próximos dias para sanar todas as dúvidas e angústias referentes ao processo de mudança que se anunciava.

Quando Silvio chegou, foi com os trabalhadores do futuro CAPS e com os gestores do hospital conhecer o prédio onde se instalaria o serviço. A “viagem” até o local, que se encontrava no último bairro da cidade, próximo à barreira física que demarca o limite do município, ainda contava com 2KM de estrada “de chão”, não asfaltada.

A escolha desse lugar foi justificada pelo fato de ser esta zona da cidade a que possuía o maior número de pessoas com sofrimento psíquico grave, conforme dados do ambulatório Rosa Blaya. Porém, mesmo para os moradores dessa zona, o acesso ao local se tornava difícil pela escassez de linhas de ônibus com itinerário que contemplasse o bairro. Muitos deles

⁷ Psicólogo, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2006) e livre-docente em Psicologia e Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2017). Atualmente é professor-adjunto da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção psicossocial, reforma psiquiátrica, saúde mental e Política Nacional de Humanização.

tinham que ir ao terminal central da cidade para então conseguir se deslocar até o CAPS.

Em meio ao barulho ensurdecedor produzido pela obra no prédio em reforma e ao calor escaldante que prejudicava a atenção de todos, Silvio Yasui deu importantes contribuições, nos dois dias que se seguiram, sobre o funcionamento e a organização do trabalho no espaço do CAPS, deixando claro a ideia de que o serviço deveria ser dinâmico e flexível às necessidades do território e das pessoas ali atendidas.

O serviço deu início em um dia festivo no bairro, onde o governador e sua comitiva se fariam presentes para descerrar a placa inaugural da unidade de saúde. Muitos moradores compareceram ao evento e relatavam sua insatisfação porque esperavam por uma policlínica no bairro, como havia sido prometido, ao invés de um “lugar para doidos”, ou um anexo do hospício, como diziam. A estrutura física do prédio era de uma policlínica, com amplo salão de espera, recepção central e vários pequenos consultórios. Havia apenas três salas um pouco maiores que seriam usadas para trabalhos de grupo e reuniões de equipe.

Incluindo as duas psicólogas, que foram para o CAPS, a equipe técnica se formou por estrangeiros. Todos do grupo, exceto uma terapeuta ocupacional, eram de outros estados e mudaram-se para Manaus por conta da admissão em seus cargos públicos. Alguns com mais experiência, outros com menos, porém todos com uma grande motivação e imensa vontade de acertar frente ao enorme desafio de desconstrução do modelo manicomial e construção do trabalho psicossocial no primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico da cidade. Eram vistos pelos profissionais da cidade como forasteiros, vindo de outros lugares para “roubar” o trabalho e desafiar os profissionais nativos da cidade.

A cada dia que se passava as dificuldades tomavam forma e exigiam longos períodos de reuniões de equipe e discussão para que o serviço fosse se construindo, em meio a um lugar onde não era bem aceito, e onde a distância e a dificuldade de acesso marcavam um sentimento de exclusão e isolamento. A sensação de desafio se fazia presente também durante as tardes, quando o CAPS, cercado por janelas de vidro, carinhosamente apelidado de “aquário”, era tomado por crianças e jovens adolescentes que ficavam nas janelas com o intuito de “espionar” o que acontecia lá dentro...

3. RESULTADOS

3.1. Reflexões sobre os sentidos do cuidado construídos no cotidiano: um espaço de contradições e potencialidades.

Nesta pesquisa partimos do entendimento de que a transição de paradigmas epistemológicos e de modelos de cuidado em saúde mental pode ser efetivada mediante a problematização e discussão do que seja cuidar nas várias esferas da sociedade e especialmente nos espaços dos serviços, com os profissionais atuantes e os sujeitos/usuários por eles atendidos. Desta forma, nos utilizamos de narrativas presentes nos espaços do serviço de um CAPS, enquanto práticas discursivas cotidianas, para analisar os sentidos construídos sobre a experiência de sofrimento e sobre as práticas de cuidado construídas em um dispositivo do modelo psicossocial de saúde mental.

A observação participante foi realizada em um CAPS de Manaus, construído em um contexto histórico singular. Se refere ao primeiro serviço substitutivo implantado na cidade no ano de 2006, após intervenção do Ministério Público junto ao Estado, determinando providências quanto ao cumprimento da Lei 10.216/2001 e cobrando por adequações na política de saúde mental, bem como na organização e oferta de serviços regulamentados pela nova legislação. Até os dias atuais esse serviço é gerido pela Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.

Sua implantação se deu em uma área periférica, distante dos bairros mais desenvolvidos, e distante da expectativa dos moradores daquele território, que esperavam por um serviço de policlínica. Esse distanciamento gerava um sentimento de isolamento e exclusão, comum na história do trato com a loucura no Brasil, com o movimento de escondê-la, tirá-la de onde pode ser vista, excluí-la do convívio na cidade.

A inserção no cotidiano do serviço desse CAPS desvela um espaço de constantes disputas. Um lugar de complexidade, construído por uma rede de relações, de encontros e desencontros, atravessados por demandas subjetivas de todos aqueles que frequentam o local, e por processos institucionais que tem como finalidade o cuidado das pessoas que o procuram em busca de ajuda para seu intenso sofrimento psíquico.

Corroboramos com Rosa e Zambenedetti (2014) quanto ao entendimento de que as redes de relações e as ações que dela resultam, são construídas coletivamente, dentro de um contexto histórico e cultural, e por vezes são instituídas e cristalizadas de modo que não existem “culpados” ou “vítimas” na realidade observada:

Considerar a historicidade da constituição deste campo e os fatores sociais e culturais que o permeiam mostra-se indispensável para que caminhemos no sentido de não culpabilizar os atores desse processo e, para que com isso, a partir da compreensão de uma realidade que atravessa e se coloca para além dos sujeitos em si mesmos, possamos olhar criticamente para essa realidade e propor novos modos de produção do cuidado em saúde mental, tendo em vista as diretrizes do modelo psicossocial de atenção (2014, p. 333).

Propondo esse olhar para a complexidade e não linearidade das interações humanas, a observação participante aconteceu no dia a dia do espaço do CAPS, com a inserção na rotina de atividades diárias frequentadas por um grande número de sujeitos/ usuários que vão ao serviço em busca de atendimentos diversos, como as atividades em grupo, os atendimentos com terapeuta de referência, o atendimento médico, ou o atendimento de “porta de entrada” para acolhimento da livre demanda, além dos momentos de encontro entre os profissionais da equipe, como nas reuniões institucionais.

Os sujeitos atendidos no CAPS em sua maioria se referem a adultos moradores da zona norte da cidade. O território da zona norte de Manaus possui aproximadamente 551.149 habitantes⁸. Segundo levantamento dos atendimentos no extinto ambulatório Rosa Blaya, essa era a zona da cidade com o maior número de pessoas que realizavam consultas em saúde mental. Em sua constituição geográfica, possui alguns bairros formados por ocupações voluntárias, em que os habitantes sofrem com a ausência de urbanização e infraestrutura, apresentando carências relacionadas ao fornecimento de água, energia elétrica, e saneamento básico, bem como maior dificuldade de acesso à serviços de transporte público, educação, saúde e segurança, e ainda, a insuficiente promoção de espaços de lazer e cultura.

⁸ IBGE 2015.

As demandas relacionadas à violência são bastante comuns nas falas dos sujeitos/usuários moradores da região. Além das experiências de violência nas relações intrafamiliares e sociais, alguns bairros são comumente conhecidos como “zona vermelha”, devido ao grande número de ocorrências de situações violentas como assaltos, roubos e assassinatos. Essas vivências são narradas rotineiramente pelos sujeitos/usuários nos encontros diários, causando espanto pela naturalidade com que esses acontecimentos são descritos em seus detalhes.

Além da violência explícita, presente em suas histórias de vida, os sujeitos/usuários, em sua grande maioria, se encontram em situação de vulnerabilidade social e econômica, e possuem comumente nível de escolaridade não superior ao ensino fundamental. Muitos deles dependem de benefícios assistenciais enquanto única fonte de renda. Deparar-se com condições de extensa pobreza e miséria como elementos constituintes da subjetividade dos sujeitos é comum, adentrando cotidianamente no serviço pelas mais variadas formas de expressão da dor e do sofrimento psíquico intenso.

Quanto a esse contexto, Resende (2015) discute, a partir das contribuições de Scarcelli (2011) e Demo (2006), as interconexões existentes entre as questões de saúde e as questões sociais, refletindo sobre a pobreza e a exclusão social frente às políticas públicas de saúde, em especial as de saúde mental. A autora amplia a discussão ao referir o conceito utilizado por Demo (2006) de “pobreza política”, que busca estender o entendimento de pobreza para além do ponto de vista econômico, indicando que “o pobre não está destituído apenas dos bens materiais, mas sobretudo de sua cidadania; está coibido de ter e ser; pobreza é injustiça” (RESENDE, 2015, p. 96).

Neste sentido, a pobreza e a exclusão se articulam na dimensão da desigualdade social, caracterizando uma condição de opressão, onde o oprimido mendiga por seus direitos, sendo que, as impossibilidades e privações por ele vivenciadas não se reduzem somente ao campo econômico.

Criam-se dois mundos separados materialmente e unificados de modo ideológico. Neles podem ser encontradas as mesmas coisas, aparentemente as mesmas mercadorias, ideias individualistas e competição, porém as oportunidades são muito desiguais. O imaginário que cimenta essa ruptura é único, mercantilizado, enganador e manipulável (...)Essa humanidade é ‘sub’ em todos os sentidos, pois se baseia em insuficiências e privações que se desdobram para fora do econômico. As pessoas podem ter dinheiro – às vezes grande quantidade decorrente de atividades ilícitas – mas estão à margem, são tratadas como cidadãos de segunda e para eles não há justiça (SCARCELLI, 2011, p. 40).

Ainda sobre esse enfoque, Resende (2015) se refere à três orientações teóricas que dizem respeito à exclusão social, citadas por Scarcelli (2011), que são: o conceito de **trajetória**, relacionado ao processo de socialização dos sujeitos; a **identidade**, vista como a internalização de aspectos negativos trazidos pelas vivências de estigmatização e discriminação e o **território**, relativo ao processo de exclusão ocorrido em lugares específicos, como por exemplo, em bairros pobres.

Compartilhamos a ideia de Resende (2015) quando considera que estas três dimensões da exclusão estão presentes no campo da saúde mental, chamando atenção para as políticas públicas nesta área, que orientam práticas de reinserção social e que podem apenas limitar-se a uma diminuição dos efeitos da exclusão sem efetivamente enfrenta-la. As políticas de inserção em um contexto neoliberal e de globalização, que tem como pressupostos o individualismo e a competição, podem perpetuar a condição de segregação e marginalização dos sujeitos. O que se almeja são propostas que contemplem medidas de proteção social e diminuição da desigualdade, juntamente com transformações na sociedade capitalista para o enfrentamento de seus processos excludentes (SCARCELLI, 2011).

O contato com o sofrimento e com a problemática da desigualdade e segregação social no cotidiano do serviço, nos desperta para a necessidade de desenvolvimento, por parte dos profissionais, do que Caponi (2012) chama de **vigilância epistêmica**. A autora se refere à adoção de uma posição de constante reflexão sobre o fazer, um movimento de ação-reflexão-ação, no sentido de evitar as armadilhas da reprodução e da naturalização de práticas que mantêm os sujeitos/usuários em uma condição de invisibilidade política e social.

O que se busca é o desenvolvimento de práticas que superem a ação de “remediar” o sofrimento, em que o sujeito/usuário se conforme ou encontre maneiras de se adaptar à condição de exclusão, pelo contrário, o que se pretende é a construção de políticas públicas e ações equitativas, que os coloquem em condições iguais de oportunidades para o enfrentamento concreto da desigualdade.

Deparar-se todos os dias com as questões sociais envolvidas no sofrimento psíquico grave, pode levar os profissionais a uma sobrecarga emocional, ao cansaço e desestímulo, que são propulsores de um fazer acrítico e distante da clínica baseada nos preceitos da reforma psiquiátrica. Algumas dessas características puderam ser observadas, trazendo sentidos subjetivos aos profissionais e sendo expressas como a angústia gerada pela proximidade com as condições de vida e o sofrimento dos sujeitos/usuários. Neste ponto, Oliveira e Caldana (2014), destacam aspectos das relações que se estabelecem no trabalho psicossocial e suas implicações na subjetividade e nos sentidos construídos pelos trabalhadores:

[...] o contato com o sofrimento mental, que traz angústias e muitas vezes sobrecarga emocional ao trabalhador. No modelo de atenção psicossocial, isso parece acontecer de maneira expressiva, em função do envolvimento do profissional com o sujeito em sua integralidade, o que envolve o contato prolongado com o sofrimento psíquico, mas também com as dificuldades sociais, como falta de moradia, alimentação e outros aspectos concretos de sobrevivência dos usuários (2014, p. 187).

A proximidade com a vida concreta dos sujeitos/usuários, seu sofrimento e condições de vida, aparenta construir um sentido de responsabilidade ao lidar e buscar por formas de alívio para essas questões. Ao mesmo tempo, a implicação subjetiva, apesar de ter se mostrado angustiante e frustrante em alguns momentos, é entendida pelos profissionais como necessária para a prática do cuidado.

Correntes invisíveis

Dira é uma mulher de 49 anos e uma história de vida difícil. Seu rosto sempre mostra um semblante fechado, aparenta seriedade. É pequena e magra, mas sua voz é grave e forte, talvez precisou desenvolver este tom de voz para defender-se pela aparente fragilidade de seu corpo franzino. Sua fala é carregada de sofrimento. Conta sobre a infância pobre, no interior do Amazonas, onde os pais precisavam trabalhar na agricultura para prover as condições básicas de sobrevivência da família. Dira era a responsável pelos cuidados com os três irmãos mais novos do que ela. Cozinhava, lavava as roupas, limpava a casa, arrumava. “Não tive infância” ela diz, “nunca soube o que era brincar”. Quando adolescente, era cobrada pela mãe, de forma rígida, pelos afazeres domésticos. Queria fugir de casa, mas lhe faltava coragem. Um de seus irmãos sofria de “doença de criança” e não andava. Ela se preocupava com ele. Mais tarde, casou-se e teve a oportunidade de vir morar em Manaus. Esperava por uma vida diferente, mais feliz, onde pudesse fazer o que gostava, buscar pela vida que desejava, mas, não foi bem assim. O marido de Dira se mostrou possessivo e opressor, passando a agredi-la fisicamente. A vivência de violência perdurou por alguns anos, até que Dira, cansada, disse a ela mesma: “Essa é a última vez que ele encosta a mão em mim!”. Então fugiu para o interior com o filho pequeno, Raoni. Alguns anos depois, teve outro relacionamento amoroso do qual nasceu Rafael. A história se repetiu, Dira, se viu novamente em uma condição de violência: “ele era muito ciumento”. Desta vez, conseguiu sair do relacionamento de forma mais rápida e amigável, porém, agora com dois filhos pequenos para criar. Precisou arrumar trabalho e para isso teve que abrir mão da convivência com os filhos, que ficaram com a avó, mãe de Dira. Este fato lhe gerou um sentimento de culpa que carrega até os dias atuais e pelo qual sofre intensamente. Em Manaus, trabalhou como cobradora de ônibus em uma empresa de transporte público, da qual se desligou recentemente, após um longo período de afastamento do trabalho. Dira começou a ter problemas na coluna, com fortes dores, devido as longas jornadas de trabalho, com pouco descanso, na tentativa de aumentar sua renda para garantir boas condições

de vida aos filhos. Pouco tempo depois, as crises de enxaqueca iniciaram e ela resistia em manter sua jornada de trabalho até o dia em que, não aguentando mais conciliar as fortes dores e as pressões da função de cobradora (assaltos que sofreu, responsabilização pelo dinheiro da empresa, agressões que sofria por parte dos usuários do transporte coletivo), perdeu o controle sobre si e não mais conseguiu retornar ao trabalho. “Estou cansada, muito cansada. Pensei em tomar um daqueles venenos para rato, você conhece? Só uma bolinha daquelas para ver o que acontece, ver se faz efeito mesmo. Mas aí penso no Raoni, o que será dele? Ele vai pirar...quando foi preso ele pirou, pirou mesmo, e agora ele não sai mais de casa, passa o dia inteiro na cama deitado, ele não faz nada, não vai a lugar nenhum sem mim, se eu não estiver, ele nem come. Mas ele ainda usa, eu sei, eu vejo quando ele vai e volta rapidinho. Acho que ele tem medo porque nessa semana mataram outro lá do lado de casa, depois daquele que te contei, da outra rua, que mataram no mês passado. Eu tenho medo! Tenho medo porque não sei o que vai ser dele, quando ouço alguém batendo no portão, tenho medo, olho primeiro para ver se é alguém que conheço para depois abrir, meu coração dispara, temo por ele. Pelo Rafael não, ele tem mais autonomia, ele se vira, só tem esses problemas de não querer estudar, não querer trabalhar, não se alistou. Diz que foi criado pela avó e que ela é a mãe dele. Mas isso não é verdade! Ele foi o que ficou mais tempo comigo, foi morar com a avó já com sete anos...estou cansada. Minha prima me arrumou um advogado, quer que eu jogue a empresa na justiça, disse que o acordo que eles fizeram comigo foi injusto, mas eu acho que não foi. Ele disse para eu ir atrás de um ortopedista que me dê um laudo, mas isso não é assim que funciona, eu fiz acompanhamento há muito tempo atrás, já não faço mais, agora até conseguir marcar um...e eu vou chegar lá olhar pra cara dele e pedir um laudo, nunca que vai dar, não é bem assim... e eu já estou muito cansada disso. Fiz exame e a médica disse que meu mioma cresceu, preciso ver isso também, mas a prioridade é a mamãe, ela precisa fazer a cirurgia na vista, não conseguiu porque apareceu uma coronária, é assim que diz? É uma veia lá do coração que está entupida e ela vai precisar fazer um cateterismo. Vou ter que correr atrás disso pra ela, porque se não for eu, não tem ninguém, minha irmã já falou que não pode, porque está doente e tem que cuidar dela, o outro é doente também e a outra trabalha. Só tem eu, mas eu estou me sentindo muito esquisita, acho que é porque não tomei meu remédio ontem, faço isso quando tenho que acordar cedo, como hoje, pra marcar a consulta dela e vir pra cá. Estou muito cansada de tudo isso, penso muito que se eu morresse seria melhor. Acho que é isso que eles querem”.

O cotidiano e suas contradições

A relação de implicação no cuidado integral do sujeito se mostra paradoxal e acaba se apresentando no cotidiano por contradições presentes nas práticas, nos momentos em que demandas complexas esbarram em ações instituídas como a própria organização do trabalho e a burocratização do serviço.

Foi visível o esforço dos profissionais na tentativa de fortalecer a prática da interdisciplinaridade e das articulações com o território dos sujeitos atendidos no CAPS, porém, os obstáculos para efetivação do modelo psicossocial também estão presentes no cotidiano. Um deles, e talvez o mais perceptível à primeira vista, se refere ao número de pessoas que buscam por atendimento no CAPS. A equipe se via sobrecarregada para cumprir as atividades diárias, realizar o acolhimento e dar resolutividade às demandas que se apresentavam no cotidiano, representada por uma média de 80 atendimentos diários, para uma equipe formada por cinco técnicos de referência para o período matutino e outros cinco para o vespertino.

Barbosa, Martinhago, Hoepfner, Daré e Caponi (2016), em um estudo que problematiza o cuidado em saúde mental no Brasil à luz dos conceitos de biopoder e biopolítica, se referem ao contexto da experiência de sofrimento presente na realização do trabalho em saúde mental.

Os profissionais sentem-se sobrecarregados ante o desafio de transformar as práticas em saúde mental. A falta de investimento profissional, com as restrições de recursos agrava as vivências de sofrimento, constituindo-se em mais um obstáculo para a mudança das práticas, uma vez que a precariedade das condições de trabalho permanece (2016, p. 184).

Os arranjos organizacionais que se estabeleceram para garantir aos usuários o acesso ao atendimento em saúde mental, refletem também, a centralidade desse CAPS como o único serviço de atenção especializada na zona norte da cidade. A equipe conta com o único profissional psiquiatra de toda essa região, além da ausência de comunicação e de articulação com as equipes da atenção básica de saúde, e da insuficiência das ações de cuidado em saúde mental nesse nível de atenção, culminando na concentração da demanda por cuidados ao sofrimento psíquico no CAPS.

A ausência de organização do fluxo dos atendimentos em uma rede de cuidados articulada, gera um acúmulo de demanda, que chega ao serviço quando o sujeito/usuário se encontra em uma condição de desassistência e agravamento do sofrimento, em que, muitas vezes, há a necessidade de intervenção do profissional médico e até mesmo do aparato hospitalar de urgência e emergência psiquiátrica.

A criação de uma rede articulada de serviços, como preconiza a Portaria nº 3.088/2011, mostrou-se precarizada pela ausência de investimentos em seu funcionamento. Podemos citar a baixa cobertura de equipes da atenção básica, que chega a menos de 34%⁹ para toda a cidade,

⁹ Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 7 fev. 2017.

além da ausência de serviços de apoio com profissionais especializados, a falta de capacitação dos trabalhadores e de desenvolvimento de tecnologias de comunicação para a superação do funcionamento isolado e fragmentado das equipes.

Entende-se que essas ações, dependem, para além dos sentidos construídos pelos profissionais sobre seu trabalho em saúde mental, de processos decisórios dos gestores executivos das políticas de saúde, responsáveis pelo gerenciamento e pela alocação dos recursos existentes. O que denota, como apontam Barbosa et al. (2016) uma grande ineficiência na gestão dos serviços e ainda, uma dissociação entre as políticas de governo e as políticas públicas.

Segundo Oliveira e Caldana (2014), o volume excessivo de usuários para a capacidade instalada das equipes e dos serviços de saúde mental parece ocorrer na maioria dos municípios brasileiros, tendo influência direta nos sentidos construídos pelos profissionais sobre o cuidado oferecido aos sujeitos/usuários. A sobrecarga dos serviços existentes, se torna um problema cotidiano, sendo o reflexo de como as políticas nacionais e locais vêm desenvolvendo a construção da rede de atenção psicossocial.

[...] esse excesso de usuários, do volume de trabalho e o número insuficiente de profissionais na equipe impossibilitam a reflexão e a discussão sobre o processo de trabalho – seja nas reuniões da equipe, seja em outros momentos - ,sendo este sentido como mecanizado e repetitivo, o que, além de gerar sobrecarga e a frustração de um trabalho sempre insuficiente, acaba gerando momentos de uma não identificação com a prática que executam, por executarem sem atribuir significado (p. 189)

Diante desse contexto, criou-se no CAPS uma dinâmica de agendamento para o atendimento médico. Tal organização foi vista pelos profissionais como um prejuízo para a prática do cuidado, sendo que, o trabalho interdisciplinar ficava comprometido e a demanda mais emergente dos sujeitos/usuários, em muitos casos, se referia à consulta médica e aos medicamentos, priorizando a perspectiva biológica ao invés da integralidade do indivíduo.

A consulta do psiquiatra continua a ser tomada como a atividade prioritária e essencial, fato esse que gera uma agenda exagerada, atendimentos de curta duração visando à produtividade, medida pelo número de consultas médicas realizadas (BARBOSA et. al, 2016, p. 184).

Desta forma, o cuidado pode se limitar a garantia de acesso do sujeito/usuário ao atendimento médico especializado e aos medicamentos, sem alcançar a complexidade da condição de sofrimento, sua subjetividade e seu contexto de vida. Essa dinâmica, trouxe inquietações aos profissionais que, durante as conversas no cotidiano e nos momentos de reunião de equipe, frequentemente debatiam sobre essa problemática. Alguns demonstraram no conteúdo de suas falas um sentimento de frustração e desesperança ao se considerarem impotentes na transformação desse contexto.

O cotidiano que escurece

“Gente, é sério. Enquanto nós não tivermos uma rede que funcione de verdade, vamos ficar aqui enxugando gelo. A pessoa chega aqui já em um estado de sofrimento muito grande, está delirante, alucinando, não dorme, agitada, e o que eu tenho para oferecer? Ela precisa de avaliação médica, nesse momento, precisa de medicação, e o que eu posso fazer? Marcar uma consulta para daqui à 3 ou 4 meses? Vou ter que mandar para o Eduardo Ribeiro (hospital psiquiátrico) e torcer para que consiga ser atendida lá. Quando voltar a gente vê o que faz.

Olha já estou nessa há mais de vinte anos e é sempre a mesma coisa, essa falta de rede. Ninguém quer atender e fica por isso mesmo, ninguém faz nada! Lugar de doido é no CAPS é no hospício. Eu já estou cansada e não acredito mais que isso vá mudar. Vou me aposentar e não vou ver nada acontecer...” (Narrativa do profissional do serviço durante a reunião de equipe, quando se discute a possibilidade de aumentar o número de acolhimentos diários, após a declaração das Policlínicas da cidade, que realizam atendimentos em saúde mental, de que não mais receberão usuários novos da RAPS).

Os espaços coletivos de construção da interdisciplinaridade

A expressão da fala dos profissionais nos encontros coletivos, além de proporcionar o “desabafo” das angústias subjetivas, se mostrou como um importante meio de fortalecimento do trabalho interdisciplinar e de promoção de reflexão sobre as práticas. Santos, Coimbra, Kantorski, et. al (2017) discutem a importância dos espaços de discussão coletiva no serviço.

A reunião de equipe tem como proposta reunir os trabalhadores, com vistas ao planejamento conjunto, à discussão e decisão de casos e situações, proporcionando que os envolvidos tenham maior clareza sobre os papéis que desempenham no processo de trabalho, tornando-se importante dispositivo para (re)delinear o trabalho por meio das discussões interdisciplinares dos casos em saúde (p. 606).

A reunião de equipe se mostrou como um espaço fundamental para o planejamento das ações desenvolvidas buscando o modelo psicossocial de atuação. Dentro da organização do trabalho no CAPS, o encontro dos trabalhadores era sistematizado em uma frequência semanal, o que acabava gerando um acúmulo de demandas para serem tratadas no momento da reunião. Nesse espaço eram discutidos os casos mais complexos, as situações que se apresentaram como de maior gravidade durante a semana, os projetos terapêuticos singulares e os principais problemas referentes à dinâmica cotidiana da unidade.

Para compreender o funcionamento do trabalho interdisciplinar, podemos nos remeter aos conceitos elaborados por Campos (2007) referentes ao núcleo do saber e ao campo de saber. O núcleo do saber se refere ao conjunto de saberes e reponsabilidades que são específicas de cada profissão, enquanto que a noção de campo está relacionada aos saberes e responsabilidades comuns às várias profissões ou especialidades, permitindo o diálogo entre as diferentes ciências e a articulação de práticas conjuntas entre profissionais com especificidades técnicas distintas.

Na perspectiva do trabalho em equipe, é fundamental identificar claramente o que cada profissional se encarregará de fazer, e esse, com a ajuda de outros, também com responsabilidade pela situação, buscará a melhor forma de intervir. Assim, os profissionais destacam o espaço da reunião como uma proposta interdisciplinar importante, pois os profissionais de diferentes núcleos do saber que estarão em espaços distintos desempenhando determinadas atividades, se encontrarão na reunião para trocar as informações e contribuir com ideias e sugestões possibilitadas pela especificidade de sua formação profissional. Diante disso, trata-se de um espaço potencializador da interdisciplinaridade a fim de proporcionar um cuidado qualificado (SANTOS, et. al, 2017, p. 611)

A prática da interdisciplinaridade vista como um dos pilares para o cuidado na atenção psicossocial permite a horizontalização das relações de poder entre os profissionais da equipe, possibilitando superar a supremacia do conhecimento médico diante dos outros saberes, bem como a dinâmica da divisão social do trabalho, típica do modo capitalista de produção, no campo da saúde, que gera a hierarquização das relações na qual o saber médico é hegemônico (BARBOSA et. al, 2016).

A arte de fazer junto

“No dia do enfermeiro (a) eu não consegui escrever tudo o que queria, então vou aproveitar para escrever no dia do técnico de enfermagem.

Quando a gente começa a cursar medicina, nós achamos que teremos um conhecimento superior aos outros. Mas depois cai a ficha. É um outro conhecimento, que se soma aos dos profissionais que trabalham com a saúde.

Logo no início de meus estágios em hospitais, recebi a dica de médicos/professores mais antigos e experientes: cola na enfermagem. Assim fiz.

Vocês não sabem o quanto me confortava ter minhas referências no plantão. Minhas referências não eram médicos do plantão, já formados. Era aquele técnico que estava sempre com a mão na massa, que sabia me falar como o paciente ficou durante o banho (além de se queixar de dor nas costas, pq putz, virar doente de um lado pro outro, eu nunca daria conta). Era aquele enfermeiro que colocava a mão no meu ombro, e falava, calma doutora, vamos fazer assim?

Até hoje. Até hoje chego e pergunto quem é “a enfermagem” de plantão. Já sei em quem colar. Obrigada a vocês por ter transformado minha vida profissional em algo mais humano e confortável.” (Registro feito por um profissional da equipe do serviço no “Livro de Comunicação¹⁰”)

A escrita que produz sentidos

“Ao ler os encaminhamentos feitos, peço para discutir com equipe três casos, que estavam na caixa justamente para esse fim, por dificuldades de definirmos sozinhas a conduta: Caso 1- Está fora do território e conforme se observou há histórico de alcoolismo e sequela devido ao uso, histórico de morador de rua, suspeita-se que mesmo é andarilho; Caso 2 – Ficou de retornar ao CAPS para definição do Projeto Terapêutico, não compareceu, mas suspeito que não é caso para CAPS, desse modo preciso de ajuda para definir esse caso; Caso 3 – Essa usuária já está em acompanhamento no CAPS, mas é um caso complexo, pois o médico psiquiatra acredita que ele não é caso para CAPS embora eu discorde, então precisamos discutir mais”. (Registro feito por um profissional da equipe do serviço no “Livro de Comunicação”)

“Usuário deixado no CAPS pela equipe de um SPA, sem documentos ou referência. No atendimento, em virtude da dificuldade de verbalização do usuário, apenas algumas informações foram possíveis de serem coletadas, sendo pois, necessário o deslocamento do usuário até sua ‘possível residência’. Como não contávamos com o transporte na instituição (pois estava em manutenção), foi solicitado da Direção transporte alternativo para a atividade. O deslocamento foi realizado em carro da SUSAM, por volta das 17h50, com as auxiliares de enfermagem. Será realizada visita domiciliar para aprofundar o caso, pois o contato com a família foi rápido e a mesma diz que não tem disponibilidade de vir ao CAPS. Reforço que o acolhimento e imprevistos como o relatado acima fazem parte da dinâmica do serviço e podem ocorrer independente da vontade da equipe e da presença do carro na instituição”. (Registro feito por um profissional da equipe do serviço no “Livro de Comunicação”)

¹⁰ Livro utilizado pela equipe para registro de informações e comunicação entre os profissionais.

Durante o cotidiano do serviço, mostrou-se aparente o esforço da equipe para a prática dialógica entre os profissionais. Buscou-se pelo atendimento conjunto entre técnicos de diferentes formações e pela realização de interconsultas quando o cuidado se referia aos casos de maior complexidade. Porém, essa dinâmica variava conforme as demandas apresentadas no dia a dia, e sua não efetivação na organização do trabalho mostra um certo empobrecimento, considerando a perspectiva da pobreza política, das práticas dos profissionais, que também podem ser violadas a partir da precarização das condições de trabalho.

No entanto, apesar da realização sistemática da reunião de equipe semanal, entende-se como necessário a ampliação desses espaços coletivos de comunicação orientada, visto que a equipe se divide entre três grupos distintos: a equipe do turno da manhã, do turno da tarde e da noite. É necessário que a comunicação entre os profissionais de turnos diferentes seja efetiva para a coerência e continuidade das ações de cuidado.

Nesse sentido, concordamos com a análise feita por Lopes (2011) sobre as práticas de cuidado desenvolvidas nesse mesmo CAPS:

[...] os trabalhadores deste CAPS realizam um trabalho multiprofissional com uma tendência para a interdisciplinaridade, pois percebem a necessidade dessa prática para o serviço. O que parece estar ausente no serviço é uma organização interna do trabalho que garanta esses momentos, uma vez que se observa o compromisso social e uma disposição dos mesmos para a prática interdisciplinar (p. 73).

Santos, et. al (2017) descreve a prática da reunião diária, em um CAPS considerado como referência no estado de Santa Catarina. Os encontros diários ocorrem no horário de “troca de plantão” entre as equipes da manhã e da tarde. A reunião diária conta com a participação dos trabalhadores que ficaram no serviço no turno da manhã e aqueles que estão assumindo o período da tarde, e é compreendida como uma boa prática por propiciar o entendimento mútuo das ações desenvolvidas: “É a ampliação de zonas de trocas, de graus de comunicação, de construções conjuntas que confere resistência aos espaços coletivos e seus usos” (p. 609).

O que se intenciona com a dinâmica interdisciplinar não é acabar com as especificidades de cada profissão, mas sim, trazer à prática da especialização um funcionamento mais pluralista. Propõe-se não o apagamento de determinada profissão frente as outras, mas o fortalecimento enquanto prática individual para transcender suas fronteiras e contribuir com os outros saberes (SOUZA e RIBEIRO, 2013).

O esforço para o trabalho interdisciplinar da equipe do CAPS, campo da pesquisa, se mostrou como tentativa de superação da prática centrada no atendimento médico e nos medicamentos, e desenvolvimento de um modelo psicossocial de atuação. Durante o cotidiano, verificou-se que os dois modelos convivem e por vezes se alternam no mesmo espaço, denotando uma dinâmica de contradições e disputas que marcam a construção do cuidado.

Barbosa, et. al. (2016), refletem sobre os desafios cotidianos dos serviços de saúde mental que buscam pela implantação do novo modelo assistencial, apesar de conviverem com práticas hegemônicas do paradigma que pretendem superar. Ressaltam que a superação da atenção hierarquizada e médico centrada é fundamental para o rompimento da lógica hospitalocêntrica. A fim de alcançar esse lugar, Oliveira e Caldana (2014, p. 190) recomendam,

[...] pensar as contradições presentes nas práticas, como também desvelar as armadilhas presentes no cotidiano que distanciam o profissional de uma verdadeira práxis transformadora, pois, frequentemente, tais profissionais se encontram capturados pelo desinteresse, pela alienação, pelo agir mecânico e burocratizado dos serviços em que se inserem. Nessa perspectiva, a criação de espaços de discussão sobre os casos e de reflexão sobre os norteadores do cuidado realizado se tornam estratégia essencial para que o modo psicossocial se efetive não só como política pública, mas como possibilidade de construção coletiva de sentidos e de uma base epistemológica para as práticas exercidas cotidianamente nos serviços e no território.

O cuidado no e com o território

Outro desses desafios presente na prática dos serviços substitutivos, considerando a relação com os sentidos construídos sobre o cuidado no modelo psicossocial, é a sua dimensão territorial. Essa dimensão se torna fundamental já que o CAPS se constitui enquanto um serviço comunitário, que marca a expansão do cuidado em saúde mental para o espaço social, produzindo uma nova relação espaço-temporal, que possa garantir a totalidade das intervenções sobre uma pessoa, desde a prevenção até o “pós-cura”. O lócus de atuação dos profissionais não estaria mais situado no hospício, mas na cidade, no território de vida das pessoas (CASTEL, 1987 apud BARBOSA et al., 2016).

Concordamos com Oliveira e Caldana (2014), no entendimento de que o cuidado na atenção psicossocial se faz quando o profissional entra em contato com aspectos da vida concreta do sujeito/usuário no serviço, quando se coloca em rede, estabelecendo parcerias, partilhando decisões e o cuidado dos diferentes aspectos da vida do sujeito.

O cuidado de base territorial se concretiza no cotidiano na medida em que a equipe se desloca até o território de vida do sujeito/usuário, “seja em visitas domiciliares, seja no contato direto com os recursos comunitários do território, como os serviços de atenção básica em saúde, escolas, serviços de assistência social, entre outros”(OLIVEIRA e CALDANA, 2014, p. 189).

Notou-se que no CAPS a ligação com o espaço social e o território se mostrou prejudicada. Durante o período de observação participante, o veículo do serviço encontrava-se sem condições de funcionamento devido a problemas mecânicos, impossibilitando a saída dos profissionais para as visitas domiciliares e demais atividades de articulação com o território. Em situações avaliadas como mais complexas e de maior gravidade, em que a ação no território era considerada pela equipe como prioritária, os trabalhadores chegaram a usar de seus veículos particulares para o desenvolvimento do trabalho.

Nesse contexto, a comunicação e interlocução do CAPS com o território se mostrou fragilizada, limitando-se a contatos telefônicos, orientações e encaminhamentos feitos aos usuários e seus familiares, sem que fosse possível um diálogo sistemático entre os serviços, e também com a rede não institucional, a fim de garantir a continuidade e o compartilhamento do cuidado entre estes. Percebeu-se a ausência de organização e instituição de práticas de comunicação e articulação com os recursos existentes no território para o efetivo fortalecimento das redes de apoio aos usuários em sua comunidade.

Alguns casos de maior complexidade, que exigiam a articulação entre instituições de setores diversos, especialmente aqueles que envolviam instâncias judiciais, além de representantes de setores como o da assistência social, habitação, direitos humanos, ministério público, entre outros, denunciavam a dificuldade de diálogo intersetorial e a fragilidade das ações fragmentadas, baseadas em políticas públicas sem interconexões, que culminaram em uma centralidade do cuidado no CAPS como o único serviço responsável pela resolutividade de demandas em saúde mental com elevada complexidade. Essa dinâmica remete à tradicionais práticas asilares, em que os manicômios eram o lugar de depósito de pessoas com intenso sofrimento psíquico por condição de violação de direitos e exclusão social.

Essa realidade se confirma na análise de Barbosa e Martinhago (2016), que referem que os CAPS são induzidos, dependendo da realidade que vivenciam, a trabalharem no limiar da institucionalização, e que, “apesar do advento de um paradigma radicalmente novo, é possível

ainda identificar a persistência de práticas vinculadas ao modelo asilar nos serviços substitutivos em saúde mental” (p. 185).

Desta forma, podemos notar que pouco se avançou no trabalho territorial e na interação com o espaço social, desde o estudo realizado por Lopes (2011). O cuidado é ainda pensado e centrado no espaço do serviço, o que pode se configurar como mais uma armadilha para a prática da institucionalização.

O CAPS era mais receptivo e acolhedor do que demandante de outros serviços. Não ocorreu uma troca constante entre o serviço e a cidade, esse entrelace entre os espaços do território. A comunidade se utilizava dos serviços do CAPS, mas o CAPS não se utilizava dos espaços da comunidade.

Mesmo frente aos inúmeros benefícios observados junto aqueles usuários acompanhados em um ambiente mais acolhedor como o CAPS, percebe-se, entretanto, uma prática institucional fechada em si mesma. O acionamento de uma rede ainda é uma dificuldade enfrentada pelo serviço, o que pode dificultar o diálogo com a sociedade. A sociedade vem em busca de ajuda no CAPS, mas o CAPS ainda não ocupa os lugares na sociedade e no território em que está inserido, não surgindo como articulador de uma rede de serviços (LOPES, 2011, p. 65).

É essencial que a noção de territorialidade no cuidado possa ser problematizada e discutida pela equipe interdisciplinar desse CAPS, a fim de desenvolver alternativas para sua efetiva inclusão na organização do trabalho e na construção coletiva de sentidos sobre o cuidado, além do fortalecimento de uma base epistemológica para a prática cotidiana nos serviços e na comunidade. O que se propõem, em concordância com Barbosa e Martinhago (2016) é

[...] que se estabeleçam redes de cuidado que ampliem as possibilidades de acolhimento do usuário e de seus familiares, potencializando o exercício da cidadania e da inclusão social. Tais redes devem ser compostas por entes institucionais (representados pelos serviços de saúde), ressaltando-se a importância da requalificação das equipes multiprofissionais de saúde, mas também e principalmente por entes não-institucionais (representados por associações e grupos comunitários, entre outros) situados no território do usuário, de forma a garantir a continuidade do cuidado, para além dos muros do serviço de saúde (p. 188).

A partir dessa proposta, entendemos que, o profissional que trabalha em um serviço substitutivo, deveria inferir uma prática que possibilite ao sujeito/usuário o aumento da sua capacidade de utilizar oportunidades e recursos sociais, inserindo-se em uma sociedade que deveria 102juda102ece-lo como um cidadão de direito (LOPES, 2011).

Autonomia versus tutela

Consideramos ser esse um dos maiores desafios para a construção das práticas e do cuidado partindo do paradigma da atenção psicossocial. A promoção da autonomia dos sujeitos/usuários, de sua inserção social e exercício da cidadania. Para isso, torna-se importante ressaltar o entendimento sobre o CAPS como um espaço de acolhimento inicial, configurando-se como um lugar de passagem, na medida em que as ações de cuidado vão se construindo cada vez mais para fora do serviço, assim como apontam Pinho, Souza e Esperidião (2018), com o processo inclusivo se iniciando fora de seus espaços.

Lopes (2011) também reforça a ideia de que o CAPS deve se constituir enquanto um local de passagem em uma etapa na vida dos sujeitos/usuários e não se caracterizar como um local que ocupa a vida destes. Sem reflexão e vigilância sobre as práticas, o CAPS pode se tornar, para muitos sujeitos/usuários, um meio de viver, dinâmica está definida como institucionalizante.

Na rotina do CAPS observado, foi comum a presença de discussões e práticas que colocavam em questionamento noções como a autonomia, a tutela, o cuidado e a desassistência. Notou-se, em alguns momentos, profissionais de referência para o cuidado de sujeitos/usuários, confundindo este papel com o de tutor, demonstrando um discurso mais controlador e ações mais prescritivas, configurando uma relação terapêutica de maior dominação por parte do profissional.

Tal prática se configura em ações de controle sobre os sujeitos/usuários, com o uso, por vezes, da tentativa de discipliná-los, ou fazer com que se adaptem a uma norma vigente, com uma prática baseada nas dimensões descritas por Foucault (2011) de biopoder e biopolítica enquanto exercício do poder controlador pelos profissionais que se materializa no cotidiano e aprisiona a subjetividade dos sujeitos/usuários.

O “deixar ser” e o “estar com”

“Quando cheguei aqui me disseram que o Ajuricaba foi morar sozinho com incentivo da equipe do CAPS. Achei isso um absurdo! Que loucura! Imagina, logo ele que adora ser ninja, tem delírios de que é super-herói. E se ele imaginar que pode voar e se jogar pela janela? E outra coisa, ele não sabe lidar com o dinheiro dele. Gasta tudo. Fica sem dinheiro para a comida, não consegue tomar medicação sozinho. Ele não tem condições de morar só. (Fala de um profissional da equipe, com menos de um ano de

trabalho no serviço, quando alguns profissionais conversavam sobre o Ajuricaba)

Ajuricaba tem 30 anos, frequenta o CAPS desde os 18. Sofre de graves alterações em seu mundo psíquico, que condizem com um diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia. Chama atenção por sua figura peculiar. As roupas que usa sempre fazem referência ao universo dos desenhos animados, à heróis, ninjas e guerreiros. Se vê como um protetor, defensor. Se coloca nessa posição na relação com alguns profissionais da equipe e com outras pessoas com as quais se relaciona.

Vai à escola, está cursando o ensino médio. Gosta de paquerar. Como um instrumento de sedução, dá presentes para as garotas por quem se interessa. Tem um comportamento pueril, por vezes infantilizado. Se mostra como um sujeito simpático, que conquista o afeto positivo de muitas pessoas com quem convive.

Em 2017, Ajuricaba decidiu-se por morar sozinho. Disse que já era homem e que deveria ter sua própria casa. Ele morava com a mãe e a irmã mais nova. O pai há 03 anos havia sumido e ninguém da família sabe dizer sobre o seu paradeiro, ele tinha problemas com o uso de álcool. Ajuricaba acredita que o pai fez algum trabalho de “macumba” para que ele passasse a ser perseguido pelo demônio. Tem dificuldades no convívio com a mãe. Os dois entram em desacordo constantemente pelas decisões dele, e também por questões religiosas. Ele recebe um benefício assistencial e decidiu que com esse dinheiro iria alugar uma quitinete onde pudesse morar sozinho. Assim o fez.

Sua decisão divide opiniões entre os profissionais da equipe do CAPS. Alguns deles chegam a defender que a possibilidade de Ajuricaba morar só é impensável, outros defendem estratégias para melhorar sua condição de autonomia. Ele frequentemente demanda por práticas de cuidado dos profissionais. Chega ao serviço, por vezes em busca de comida, e em outras, bastante agitado e confuso, com relatos de que o demônio, e outras figuras que querem o seu mal, estão em sua casa. Pede para ficar no acolhimento 24 horas por alguns dias. Alguns profissionais avaliam esse fato como algo negativo, como sinal de que ele não está “melhorando”, já outros, pelo contrário, entendem como positivo o fato de que, quando Ajuricaba se vê em sofrimento, atormentado pelos demônios e figuras aterrorizantes que o perseguem, recorre ao CAPS em busca de ajuda, por entender esse espaço como um lugar de acolhimento.

A mesma divergência de opiniões entre os profissionais, ocorre em relação as outras intervenções adotadas junto à Ajuricaba no sentido de ajudá-lo a desenvolver habilidades para fazer o uso adequado de seus medicamentos, e para conseguir administrar seu dinheiro de forma que possa suprir suas necessidades básicas.

Recentemente, nova tentativa foi feita de reaproximá-lo de sua mãe. Ele acabou aceitando morar novamente na companhia dela e de sua irmã.

“ela é muito brava, briga muito comigo. É tipo índia daquelas bem bravas. Ela é índia. Disse que o terreno lá atrás, onde iria ser construído o meu quarto, agora ela vai dar para o meu irmão. Eu não posso ficar mais lá, ela é muito difícil, eu quero ter o meu lugar...”

Durante algumas discussões sobre situações como a de Ajuricaba, percebeu-se que práticas tutelares eram entendidas por certos profissionais como ações de cuidado e de não desassistência ao sujeito/usuário. Em muitos momentos, o discurso era de que “algo poderia dar errado” ou, o usuário não faria a “melhor” escolha, e o profissional seria responsabilizado podendo sofrer sanções em decorrência do seu “descuidado”. Lopes (2011), ao analisar a fala de alguns trabalhadores no CAPS, reflete sobre a realização da prática da tutela:

[...] um sentimento de frustração no exercício da prática terapêutica, se essa tiver como foco somente a ideia de “cura”, de recuperação. Se a prática terapêutica for pensada nessa perspectiva em que não se compreende o sujeito/usuário como uma forma de estar no mundo, pode-se criar a sensação de fracasso, e a ideia ainda de onipotência e da necessidade de um terapeuta por toda a sua existência (p. 68).

A prática da tutela e o desafio da promoção da autonomia dos sujeitos/usuários, apareceram também nas dificuldades durante o processo da alta do projeto terapêutico singular (PTS) ou da transferência de cuidados para outros dispositivos. A não adesão dos sujeitos/usuários nesse projeto, pode se referir, como observado, ao medo pela piora de sua condição de sofrimento, a perda do espaço onde é visto como sujeito, onde pode ser acolhido, falar e ser ouvido, e principalmente a ideia de desassistência. Pinho et al. (2018) também comentam sobre o processo de vinculação dos sujeitos/usuários ao serviço no modelo de atenção psicossocial.

A alta não deve ser entendida como desassistência, mas como possibilidade de articulação com os serviços da rede que podem atender os usuários em suas necessidades, quando não for necessário o atendimento intensivo no CAPS. É primordial discutir com eles os benefícios e oportunidades que encontrará com a alta, pois é uma conquista do seu processo de reabilitação (p. 148).

Neste sentido, partilhamos da perspectiva de Resende (2015), sobre a necessidade de que os profissionais de saúde, desde sua formação, possam construir a noção de que é parte de seu trabalho estar atento aos sentidos políticos e sociais de sua atuação. Profissionais que atuam no CAPS e que tiveram sua formação no antigo modelo assistencial, mostram maiores dificuldades em construir uma prática pautada na atenção psicossocial.

Portanto, o campo da atenção psicossocial produz sentidos para as práticas cotidianas exercidas pelos profissionais, e também para a experiência de sofrimento dos sujeitos/usuários inseridos nos serviços substitutivos. Alguns destes referiram a importância do acolhimento no CAPS, o identificaram como um espaço de fala, onde podem comunicar seus sentimentos, e onde se sentem compreendidos, não só pelos profissionais, mas também pelas outras pessoas que frequentam o serviço.

O cotidiano e suas potencialidades

Percebeu-se com bastante frequência no cotidiano do serviço a existência de laços afetivos entre os participantes das atividades grupais. Notou-se a presença de relações de proximidade entre sujeito/usuários e familiares, que, a partir da convivência no espaço do CAPS, expandiram sua interação para outros espaços, como o de suas casas, fortalecendo vínculos de afeto. Durante os encontros em grupo, eram constantes as expressões de empatia mútua vivenciadas pelos sujeitos/usuários. Eles referiram que naquele espaço, podem ser compreendidos em suas falas, pois as pessoas que ali se encontram vivenciam situações muito semelhantes e compartilham de angústias comuns a todos.

Considerando este aspecto, Pinho et al. (2018) defendem que o CAPS deve se constituir como um lugar onde a circulação da palavra seja permitida, além da troca de experiências, levando em conta a subjetividade de cada um e o desafio de atender as demandas do indivíduo singular em um ambiente coletivo.

Nesse sentido, Resende (2017), apresenta a ideia da convivência enquanto um potencial dispositivo estratégico para o cuidado em saúde mental no campo psicossocial. A autora analisa a convivência a partir de três dimensões: a ética, a política e a clínica. E ainda, discorre sobre os complexos fenômenos existenciais de “estar com”, “deixar ser” e “fazer junto”, pretendendo a construção de uma convivência igualitária na relação de cuidado.

Parece-nos que um antídoto para combater a desigualdade é o esforço para construir uma convivência igualitária. O desafio da convivência igualitária é gerenciar as grandes desigualdades de oportunidades e usufrutos, em um esforço para transformar em relativa igualdade as diferenças, o que exige um relativo equilíbrio entre conflito e harmonia, uma dose de confronto e uma dose de solidariedade, objetivando a prevalência do bem comum (DEMO, 2005 apud RESENDE, 2017, p. 114).

Portanto, consideramos importante a frequente avaliação e qualificação da convivência diária estabelecida, bem como das atividades propostas, no sentido de que se tornem espaços

possíveis para a construção da autonomia e do empoderamento. Nesse sentido, é primordial chamar atenção à reflexão de Resende (2015), de que os sujeitos/usuários possam estar em uma condição de naturalização do lugar de exclusão, tendo dificuldades para reivindicar por melhorias no atendimento, ou seja, “ quem é politicamente pobre não é cidadão, ou se submete à tutela da elite, ou considera natural sua exclusão, se resigna e considera favor o que seria direito” (DEMO, 2006 apud RESENDE, 2015, p. 103)

Para os sujeitos/usuários que demonstraram interesse pela convivência no espaço do serviço e nas atividades em grupo, essa interação foi referida como importante ponto de apoio para sua vida e oportunidade de expressão de sua subjetividade. Corroborando com os resultados encontrados por Pinho et al. (2018):

Em estudo realizado com usuários, destaca-se que o grupo é tido num lugar de apoio, onde se debate a necessidade de ajudar a si próprio, pedir suporte quando necessário, sendo que as recomendações compartilhadas contribuem na valorização das atitudes positivas de seus membros e na maneira de se posicionarem no mundo (p. 145).

As atividades e oficinas de base artística, foram referidas como espaços promotores de alegria e de possibilidade de expressão de sentimentos. Alguns sujeitos/usuários relataram ter encontrado nesses espaços de produção de arte um mecanismo de comunicar e ressignificar sua experiência de sofrimento.

Entre essas atividades destacou-se duas oficinas que envolvem a música enquanto produção artística. Uma delas foi a oficina de canto-coral, e a outra, um grupo de maracatu que apresenta músicas autorais compostas por seus participantes. Ambos os grupos realizam apresentações em espaços da cidade culturalmente validados. A oportunidade de participar desses grupos se mostrou para os sujeitos/usuários como um meio de reinserção social e construção de subjetividade, pela possibilidade de assumir uma identidade de artista, social e culturalmente legitimada.

As oficinas de arte e cultura nos CAPS têm esse papel, ao se apresentarem como dispositivos terapêuticos, capazes de proporcionar, além da saúde mental, espaço de convivência e integração dos usuários com a sociedade, resultando em parcerias com espaços culturais no território, em que os participantes trabalhando com temas relacionados aos seus desejos, projetos e criações podem se reconhecer como sujeitos criativos, competentes e produtivos (PINHO et al. 2018, p. 146).

Proporcionar experiências de arte e cultura pode configurar-se em um importante meio para a construção da autonomia nos espaços de cuidado em saúde mental, entendendo que o cuidado pode se construir para além da racionalidade existente na dimensão técnica, e por meio da arte, ativar os “sensíveis” constituintes da natureza humana como forma de buscar a integralidade das ações.

O barulho que não pode silenciar

Atuando na equipe de profissionais do recém-inaugurado CAPS, conheci Mário em maio de 2006, há época com 41 anos. Ele relatava que, desde o ano de 2003, vivia momentos de um sofrimento perturbador ao sentir-se constantemente perseguido por pessoas conhecidas e desconhecidas, além de ver animais peçonhentos, como aranhas, cobras, lagartos, que apareciam nos lugares em que se encontrava, especialmente à noite em sua cama, fato esse que lhe impossibilitava o sono. A ideia de perseguição fazia com que Mário se munisse de um “terçado” que seria utilizado para sua defesa caso se sentisse ameaçado. Ele relatava ainda, ser incomodado por um forte cheiro de sangue humano que frequentemente sentia.

Profunda tristeza era percebida em Mário ao falar sobre seu trabalho. O desempenho profissional, como segurança de carros-fortes, foi interrompido após passar por um momento de intensificação do sofrimento, no ambiente de trabalho, quando a realidade parecia não mais fazer sentido, a não ser pela certeza de que naquele momento seria morto por um de seus colegas, certeza essa, que o fez ameaçar a todos com a própria arma de fogo com a qual trabalhava. Mário foi levado ao pronto atendimento psiquiátrico do CPER (hospital psiquiátrico) e a partir de então, não mais retornou ao seu trabalho.

A identidade profissional era uma referência importante em sua vida. Casado há 15 anos e pai de um casal de filhos pré-adolescentes, Mário era o provedor de sua família. Dizia sentir vergonha de contar a esposa sobre o que se passava com ele, e por esse motivo, no dia em que decidiu por pedir ajuda, foi ao CAPS sozinho.

O desafio para a equipe foi o de garantir a ele o cuidado em um espaço aberto, onde era livre para ir e vir, e autônomo para decidir ficar ou não. Mário optou por ficar e foi o primeiro sujeito/usuário ao qual se lançou mão de uma estratégia de enfrentamento à crise, oferecida pelo CAPS de tipo III, que é o acolhimento em regime de 24 horas, como uma proposta de alternativa à internação no hospital psiquiátrico. Mário permaneceu em acolhimento por quatro dias, recebendo cuidados intensivos da equipe.

Com o passar do tempo os projetos terapêuticos construídos e reconstruídos buscaram o resgate de sua identidade artística. Durante a convivência, sempre demonstrou talento para a música. Nas oficinas do CAPS, redescobriu o prazer em tocar violão e cantar, passou a apresentar-se publicamente com um coletivo de frequentadores do serviço, e fez parte de um grupo musical chamado Loucozencena, um quinteto de voz e violão, que realizava apresentações artísticas em Manaus, chegando a representar o Amazonas em um evento de saúde mental na cidade de Curitiba em 2013. Foi a primeira vez que Mário viajou de avião.

Entendendo a importância de transformar o espaço do CAPS em lugar também de produção de arte, em 2011, a partir da iniciativa de alguns profissionais da equipe, que tinham proximidade com a cultura popular do Maracatu, foi criada uma oficina de percussão, com o objetivo de proporcionar aos participantes a experiência cultural e artística relacionada ao ritmo autêntico do Maracatu. Essa oficina se expandiu após uma parceria com o grupo local chamado Eco da Sapopema e com o financiamento do Ministério da Saúde, como incentivo para projetos de arte e cultura nos serviços de saúde.

Fundou-se então o grupo Maracatu Quebra Muro, aberto a participação da comunidade independentemente de idade, escolaridade, profissão, condição de saúde, religião, sexo ou raça, com o objetivo da convivência comunitária para a experimentação da arte e da cultura popular. O “baque virado”, produzido por instrumentos como a alfaia, o agbê, o apito e a caixa, é o estilo que identifica o ritmo e a cadência da percussão.

O grupo Quebra Muro, para Mário, representa hoje um lugar de reconstrução de identidade. Nesse espaço ele se descobre como compositor, escrevendo letras para as músicas, ou toadas como são chamadas nesse estilo musical. As letras expressam suas vivências e sentimentos, enquanto Mário parece preencher de sentido algumas lacunas presentes em sua história de vida, como aquela deixada pela abrupta interrupção de seu papel social de trabalhador e provedor da família.

Além da composição, sua participação no grupo se dá também como cantor e percussionista. A tarefa de produzir arte, assim como os convites para apresentações em eventos locais e até fora do estado, legitimam seu lugar de artista e sua capacidade de autonomia, vista como a liberdade de ser quem se é, de fazer escolhas e viver a vida em suas mais diferentes formas. A possibilidade de sua inserção em vários espaços, levando alegria, descontração e emoção para as pessoas, aumentou seu poder de trocas sociais. A arte se tornou para Mário um caminho de ressignificação do sofrimento e de promoção de vida.

A inserção da arte nas práticas do CAPS se mostra, para além de um recurso terapêutico de transformação da experiência de sofrimento, como um instrumento de promoção da cultura, da convivência entre as pessoas e da construção de um espaço mais alegre, onde tocar, dançar, cantar e brincar possam estar presentes no cotidiano de todos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido para a construção deste trabalho se mostrou permeado por emoções diversas. Em muitos momentos, diante do esforço intelectual de sua escrita, vivenciei a ativação de sensações, por vezes conflitantes, por vezes inquietantes, mas também motivadoras. A difícil missão de dissertar sobre algo que faz parte da minha história de vida, me exigiu revisitar memórias carregadas de muito afeto, especialmente as relativas às pessoas com as quais convivi em um tempo do qual trago imensas saudades.

Ao encerrar este trabalho, sinto que ele trata de algo que eu precisava dizer de alguma maneira e escrever foi a melhor forma de materializá-lo. Esse processo se caracterizou como uma constante desconstrução e reconstrução dos meus próprios sentidos, um movimento que caracteriza a dinâmica da vida e da construção subjetiva. Sua concretude se apresenta como um filho que nasce ou uma porta que se abre para o seu constante devir.

Esta dissertação teve como objetivo principal a análise dos sentidos construídos sobre o cuidado no cotidiano de um serviço substitutivo na cidade de Manaus. Considera-se que, a

construção do conhecimento sobre o campo da saúde mental e suas transformações durante o processo da reforma psiquiátrica brasileira, e ainda, sobre as práticas propostas, baseadas no modelo psicossocial de atenção em saúde mental, e as nuances encontradas na sua concretização, serviram com pano de fundo para a inserção da pesquisadora no campo tema.

A posição assumida de observadora participante, no cotidiano do serviço, permitiu o contato com as práticas discursivas presentes nos espaços do campo tema, e a coleta das narrativas escolhidas para compor o corpus do trabalho: “Construindo o lugar de fala”; “Um lugar tão, tão distante”; “Correntes invisíveis”, “O cotidiano que escurece”; “A arte de fazer junto”; “A escrita que produz sentidos”; “O ‘deixar ser’ e o ‘estar com’”, e “O barulho que não pode silenciar”. Tais narrativas, que se construíram no dia a dia vivido no campo tema, são ricas de sentidos sobre as experiências de sofrimento e cuidado. Elas compõem as análises realizadas, de modo que é possível considerar que o objetivo central do estudo foi alcançado.

Em relação aos objetivos secundários, vale a pena ressaltar a sua importância para o alcance do objetivo principal. A compreensão do processo histórico da mudança no modelo das práticas de cuidados em saúde mental na cidade de Manaus foi atingida mais especificamente no artigo 1.2, e o conhecimento sobre os sentidos da mudança no modelo de atenção em saúde mental para a experiência de sofrimento dos sujeitos/usuários e para as práticas dos profissionais do dispositivo da RAPS, se deu pelo conhecimento produzido no artigo 1.1 e pelas análises e reflexões sobre as narrativas ficcionais na quarta parte da dissertação.

Compreende-se que o modelo de cuidado à saúde mental no Brasil se construiu a partir de um processo cultural e histórico, marcado pela implantação de uma mudança paradigmática, que se propõem com o processo de reforma psiquiátrica brasileira em suas transformações nas dimensões técnica, ética e política do cuidado ofertado.

Tais transformações se caracterizam como conquistas de um movimento de luta de diversos segmentos sociais, em especial de trabalhadores, familiares e usuários do sistema de saúde mental, sendo que, até os dias atuais se mostram como um campo de luta para sua implementação e fortalecimento, com a disputa entre forças reformistas, que pretendem uma prática de cuidados comunitária e interdisciplinar, visando a autonomia, cidadania e maior participação dos sujeitos/usuários, contra as práticas hegemônicas de centralidade nas tecnologias médicas de cuidado.

As contradições que marcam o percurso histórico da reforma e que se fazem presentes até os dias atuais, são comuns em todo o país, onde também se percebe uma desarticulação histórica entre as políticas de saúde mental e as políticas de saúde coletiva, resultando no distanciamento das práticas e na dificuldade de integração entre os serviços, que se configuram e atuam de forma que a saúde mental parece não fazer parte da saúde geral. Esta dinâmica também se caracteriza como uma das grandes dificuldades para a implementação e o fortalecimento da RAPS.

O contexto no estado do Amazonas e em sua capital Manaus não se distancia da realidade brasileira, porém se constrói a partir de um processo histórico singular marcado pela estadualização dos cuidados em saúde mental e pela ausência dos atores municipais na execução da política. Este fato se expressa pela escassez de serviços da RAPS que são de competência municipal como os serviços de CAPS, e em especial, a insuficiência das práticas de cuidados em saúde mental ofertadas pelas equipes da atenção básica de saúde. Além disso, soma-se o fato de o primeiro CAPS de Manaus ter sido implantado em 2006 pelo governo do estado, assim como o SRT em 2014, sendo que ambos continuam sobre a administração estadual até os dias de hoje, caracterizando a centralidade do estado na execução da política.

Chama a atenção, a necessidade da sensibilização dos gestores municipais para ações de planejamento e execução de investimentos na implantação de serviços e na qualificação do funcionamento da RAPS, no sentido de contribuir para uma mudança nos valores da sociedade manauara, deixando para trás as crenças, socialmente construídas, de que o hospital psiquiátrico deve se manter ativo como um importante serviço de atendimento em saúde mental, para assumir uma proposta de cuidados efetivamente comunitária e em liberdade.

Questões relativas a como a política acontece concretamente na cidade, tem interferências diretas no cotidiano dos serviços e nos sentidos que se constroem pelos profissionais sobre o cuidado, assim como, sobre a experiência de sofrimento vivenciada pelos sujeitos/usuários dos serviços substitutivos.

As narrativas coletadas no dia a dia do serviço, ajudaram na compreensão destes sentidos expressando o quanto a experiência de sofrimento dos sujeitos, que buscam por ajuda nos serviços de saúde mental, se refere à condição de desigualdade social, exclusão e pobreza política que vivenciam, levando à reflexão sobre o papel das políticas de saúde, e mais especificamente de saúde mental frente a essa realidade. Se questiona se as políticas são

desenvolvidas no sentido de remediar a situação de desigualdade, adaptando ou conformando o sujeito nesta posição, ou se, realmente podem oferecer o enfretamento concreto da condição de exclusão característica do sistema capitalista e neoliberal em que vivemos.

A partir da análise das narrativas, foi possível perceber as contradições que se apresentam no cotidiano das práticas de cuidado, representadas por um esforço por parte dos profissionais no sentido de concretizar o cuidado psicossocial com práticas concretamente interdisciplinares, territoriais e que promovam a autonomia dos sujeitos/usuários, convivendo e alternando-se ao cuidado como oferta de tecnologias médicas e práticas controladoras dos sujeitos. Desta forma, concluímos que a mudança paradigmática do cuidado em saúde mental não se dá somente com a mudança no local onde elas acontecem, mas fundamentalmente na transformação das práticas ofertadas.

Neste sentido, entende-se a importância da vigilância epistêmica, não só no processo formativo dos profissionais de saúde, criando a consciência de seu papel político como parte do trabalho, mas também, se fazendo presente na rotina dos profissionais, tanto nos espaços coletivos do serviço, que podem ser garantidos na organização do trabalho, assim como a sistematização de ações de educação continuada. Essas ações podem ser fundamentais para a reflexão sobre as práticas e o distanciamento das armadilhas que se fazem presentes no cotidiano para a reprodução de modelos tradicionais que se deseja superar.

Por fim, destaca-se o potencial da arte enquanto meio de resignificação do sofrimento e construção de subjetividade nos espaços substitutivos, possibilitando a promoção da autonomia dos sujeitos/usuários e uma maior integralidade no cuidado, por meio da ativação de sensíveis e da aproximação com a cultura dos mesmos, possibilitando a expressão da saúde e da vida no cotidiano.

Vale ressaltar que os resultados aqui apresentados não se referem a totalidade dos sentidos construídos sobre as experiências de sofrimento e sobre o cuidado, e nem pretendem qualificar o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde mental do serviço substitutivo. Eles refletem uma realidade local que se inscreve dentro da complexidade das relações estabelecidas cultural e historicamente, que transcendem os sujeitos em si mesmos.

Destaca-se a importância do desenvolvimento de pesquisas que possam se aproximar de contextos locais e do cotidiano em que as práticas se concretizam, sobretudo aquelas que

reflitam sobre a vivência de sujeito/usuários, a fim de problematizar o cuidado e qualificar as reflexões teóricas referentes a esse tema.

Considera-se ainda, que para o aprimoramento da RAPS em Manaus é necessário promover espaços de discussão que incluam profissionais, gestores, instituições formadoras, sujeitos/usuários e a sociedade em geral, com a finalidade de estabelecer a prioridade das ações, como por exemplo, o uso da tecnologia de informação com o intuito de coordenar e promover a articulação entre os dispositivos, além da pactuação de uma agenda comum para o planejamento dos objetivos, metas e estratégias de fortalecimento do campo da saúde mental em toda sua amplitude. Diante dos desafios que se apresentam na atualidade para a resistência e o fortalecimento do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, esse é “o barulho que não pode silenciar”.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ABALO, J. A. G.; PEDREIRA, O. E. I.; GONZÁLEZ, J. A. D. Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. **Pensamiento Psicológico**, Pontificia Universidad Javeriana, v. 10, n. 2, p. 83-101, 2012.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____, P. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

ARAÚJO, M.J.C de. **Instituições médicas para alienados na cidade de Manaus (1880-1927)**. 2017. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v.8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BARBOSA, V.F.B.; MARTINHAGO, F.; HOEPNER, A.M. da S.; DARÉ, P.K.; CAPONI, S.N.C. de. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde Debate**. V. 40, N. 108, P. 178-189, JAN-MAR. Rio de Janeiro. DOI: 10.1590/0103-1104-20161080015. 2016

BASAGLIA, F. Loucura/Delírio. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos Selecionados: em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

_____. F. As instituições da violência. In: Basaglia, F. (org). **A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico** (pp. 99–133). Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Constituição de 1988.

_____. **Lei Federal nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. **Lei Federal nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizartexto.cfm>>. Acesso em: maio 2016.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 jun a 01 jul de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010, 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília. Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G.W. A Clínica do Sujeito. In: CAMPOS, G.W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, G.W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: Meryh EE, Onoko R, Organizador. **Agir em Saúde um desafio para o público**. 3.ed. São Paulo (SP): Hucitec; p.229-66. 2007.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CLANDININ, D.J. e CORNNELLY, F.M. **Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa**. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEI/UFU. Uberlândia. EDUFU. 250p. 2011.

COLOMBAROLLI et al. Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Manaus. **Psicologia: teoria e prática**, v. 12, n. 3, p. 23-33, 2010.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Ed Perspectiva, 1982.

DUTRA, V, F, D; BOSSATO, H, R e OLIVEIRA, R.M.P. Mediar a autonomia um cuidado essencial em saúde mental. **Escola Anna Nery**.21(3):e20160284. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0284, 2017.

ENGEL, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **Science**, New Series, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 8 apr. 1977.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos 1**: Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. A História da Loucura. 11^a ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C; MERHY, E. E. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

_____, M. **A História da Loucura**. 11^a ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

GARNELO, L.; SOUSA, A.B.L e SILVA, C. O da. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. 22(4):1225-1234, 2017.

GERBALDO, T. B. **Organização do cuidado em saúde mental no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ – AB**. 2017. 81 f. Dissertação (Mestrado em Condições

de Vida e Situações de Saúde na Amazônia). Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane/ FIOCRUZ, Manaus, 2017.

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

GRIGOLO, T.M. e PAPPIANI, C. Clínica ampliada: recursos terapêuticos de um centro de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. ISSN 1984-2147, v.6, n.14, p.01-26, Florianópolis, 2014.

GUERRA, A.M.C. Reabilitação social no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VII, nº 2, p.84-96, 2004.

HEIDRICH, A.V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HELMAN, C.G. Cuidado e Cura: os setores de assistência à saúde. In: HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

KIND, L. e CORDEIRO, R. **Os encontros que compõem o ofício de pesquisar**. Athenea Digital 16(2): 307-324, ISSN: 1578-8946. 2016.

LAING, R. **Sobre loucos e sãos**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LEAL, E. M. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.

LIMA, A. F. de; PONTES, M.V.A. O caso Damião Ximenes Lopes e a primeira condenação internacional do Brasil na corte interamericana de direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.16, p.01-13, 2015.

LIMA, S. S.; BRASIL, S.A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100067&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100005>.

LOPES, D.N. **Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – Vol 1. N. 2 – Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147.

LOPES, L. **Análise da Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

LOPES, R.S. **Entre a atenção à saúde e a legalidade: atuação do hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico**. Parte 1, 2013.

LOVELLE, R. P. **La Psicología de la Salud em Cuba**. La Habana: Universidad Médica de Moscú, 2003.

LUIZ, A.; BRAGA, D.C. **A Campanha Nacional de Saúde Mental: a higiene mental como método de alcance da saúde mental**. Belo Horizonte: 14º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 2014.

MACHADO DE ASSIS, J. **O Alienista**. Porto Alegre: L&PM, 1998.

NAVARRO, R. M. **A História da Política de Saúde Mental do Amazonas: a reforma psiquiátrica e sua estruturação**. 2015. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Programa Multi-institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

MUYLAERT, C.J.; JÚNIOR, V.S.; GALLO, P.R.; NETO, M.L.R. e REIS, A.O.A. Entrevistas Narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista Escola de Enfermagem, USP**. 48 (Esp 2): 193-199, 2014.

ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. História, ciências, saúde de Manguinhos, V. 12 n.3, p. 983-1010. Set/Dez, 2005.

OLIVEIRA, A. R. C. de. **Entre relatos cotidianos, práticas discursivas e drogas: perspectiva ecologista de educação**. 2015. Tese de Doutorado – Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade de Sorocaba. 2015.

OLIVEIRA, P.F.; MELO, W. e VIEIRA-SILVA, M. Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. 12 (1): 23-35, São João Del Rei, 2017.

OLIVEIRA, T.T.S.S.; CALDANA, R.H.L. Práticas Psicossociais em psicologia: um convite para o trabalho em rede. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. 9(2): 184-192, São João del-Rei, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Formulação de estratégias com o fim de alcançar a saúde para todos no ano de 2000**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1990.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. História, ciências, saúde de Manguinhos. Vol. 11 (2): 241- 258. Mai/Ago, 2004.

PESSOTI, I. **O Século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PINHO, E.S.; SOUZA, A.C.S.; ESPERIDIÃO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva** 23(1):141-151, DOI: 10.1590/1413-81232018231.08332015. 2018

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 19-26. Saúde Loucura, 10), 1996.

RESENDE, T. I. M. **Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. UNB. Brasília, 2015.

RESENDE, T. I. M e COSTA, I. I da. **A Convivência como Estratégia de Cuidado: dimensões ética, política e clínica**. Editora Juruá. Curitiba, 2017.

ROSA, M.P.; ZAMBENEDETTI, G. Descompasso da reforma psiquiátrica: a saúde mental em um município do interior do Paraná. **DESAFIOS: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins** – V. 1, n. 01, p. 317-335, jul/dez. DOI:<http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2014v1n1p317>. 2014.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., & MAURI, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados.” In: NICÁCIO, M.F.S.(org). **Desinstitucionalização** (pp. 17–59). São Paulo: Hucitec.

SAHAGOFF, A.P. **Pesquisa Narrativa: uma metodologia para compreender a experiência humana**. XI Semana de Extensão, Pesquisa e Pós-graduação. Centro Universitário Ritter dos Reis. Porto Alegre, 2015.

SAMPAIO, C. R. B. A Formação da Atitude Interdisciplinar do Educador. **Revista UA**, v. 6, n. 1, p. 35-42, 2012.

SANTOS, E.O. dos S.; COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P.; PINHO, L. B. de; ANDRADE, A.P.M. de; ESLABÃO, A.D. Reunião de equipe: proposta de organização do trabalho. **Cuidado é fundamental**. 9(3): 606-613. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.606-613. DOI: 10.9789/217 5361.2017.v9i3.606-613. 2017.

SANTOS, N.S.; ALMEIDA, P.F.; VENANCIO, A.T. e DELGADO, P.G. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: Ciência e profissão**. Vol. 20, nº4. Brasília, 2000. ISSN 1414-9893 <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000400006>

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria. In: PITTA, A. M.F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 150-154. (SaúdeLoucura, 10), 1996.

_____. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SCARCELLI, I.R. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SOARES, M.S. **Navegando pela saúde mental do Centro Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia clínica e cultura da Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SOUZA, A.C. S. de; RIBEIRO, M.C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Caderno de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, ISSN 0104-4931. 2013.

SPINK, P.K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pósconstrucionista. **Psicologia & Sociedade**, 15(2), 18-42. 2003.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>

SPINK, P. K. O Pesquisador Conversador no Cotidiano. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, Edição Especial, p. 70-77, 2008.

SPINK, M. J. P; GIMENES, M. da G.G.Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**. 3(2): 149-171, 1994.

SPINK, M. J. P; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido. In: **Práticas discursivas e Produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013 (publicação virtual).

THORNICROFT, G., & TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental Comunitária**. Barueri: Editora Manole, 2010.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. Em: A. M. F. Pitta (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

VASCONCELOS, E.M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10):2825-2835, 2013.

VASCONCELLOS, M. J. E. de. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 10. ed. rev. e atual. Campinas, SP: Papirus, 2013.

VIEIRA FILHO, N. G. Fundamentos do atendimento psicoterápico psicossocial. In: _____. (Org.). **Clínica Psicossocial**. Terapias, intervenções, questões teóricas. Recife: Ed. da UFPE, 1998.

_____. A prática complexa do psicólogo clínico: Cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 301-308, 2005.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Tese de doutorado apresentada a Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública – Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.