

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, OUT 2020
ISSN 0103-1104

**Retratos da
Reforma Psiquiátrica
Brasileira**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Livia Angeli Silva
Diretor Administrativo:	Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Heleno Rodrigues Corrêa Filho Maria Lucia Freitas Santos Vinicius Ximenes Mourici da Rocha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes | *Substitutes*
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

June Corrêa Borges Scafuto - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília (DF), Brasil
André Vinicius Pires Guerrero - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília (DF), Brasil
Fernanda Maria Duarte Severo - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília (DF), Brasil
Ana Maria Szapiro - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo Roberto Fagundes da Silva - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, OUT 2020

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 5 **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios**
The Brazilian Psychiatric Reform: paths and challenges
Cristiani Vieira Machado

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 9 **Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**
Portraits of the Brazilian Psychiatric Reform
Fernanda Maria Duarte Severo, André Vinicius Pires Guerrero, June Corrêa Borges Scafuto, Ana Maria Szapiro, Paulo Roberto Fagundes da Silva

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

- 15 **Porque a Reforma Psiquiátrica é possível**
Why Psychiatric Reform is possible
Edmar Oliveira, Ana Szapiro

- 21 **Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado**
Going back to the beginning: unveiling the political background of the Paulo Delgado Law
Paulo Gabriel Godinho Delgado

- 29 **O futuro da psiquiatria e da saúde mental**
The future of psychiatry and mental health
Benedetto Saraceno

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 33 **Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental**
Deinstitutionalization in debate: an ethnography in mental health events
Milene Santiago Nascimento, Martinho Braga Batista e Silva

- 45 **Saúde mental e visibilidade: efeitos de uma produção audiovisual**

Mental health and visibility: effects of an audiovisual production

Fernanda Klunck, Rafael Wolski de Oliveira

- 58 **Eu quero entrar na rede: análise de uma experiência de inclusão digital com usuários do Caps**

I want to join the network: analysis of a digital inclusion experience with Psychosocial Care Center users

André Pereira Neto, Bruna Dantas Ribeiro, Ana Paula Freitas Guljor, Leticia Barbosa, Christiane Moema Alves Sampaio, Carolina Aires de Castro, Paulo Amarante

- 70 **Uma análise de um grupo de ouvidores de vozes enquanto movimento social e potência política**

An analysis of a hearing voices group as a social movement and political power

Juliana Valeri Simão Trevisan, Daiana Paula Milani Baroni

- 82 **'Coringas do cuidado': o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental**

'Jokers of care': the exercise of interprofessionality in the context of mental health

Gerfson Moreia Oliveira, Mônica Ramos Daltro

- 95 **Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial**

Study on patient dropout and non-adherence to mental health treatment in Psychosocial Care Centers

Noemi Bandeira, Carlos Alberto dos Santos Treichel, Rosana Teresa Onocko Campos

-
- 107 **Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo**
Mental health in Primary Care: identification and organization of care in the state of São Paulo
Lígia Rivero Pupo, Tereza Etsuko Costa Rosa, Arnaldo Sala, Marisa Feffermann, Maria Cecília Goi Porto Alves, Maria de Lima Salum e Morais
- 128 **Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e Caps: o que os dados secundários mostram?**
Matrix support as a networking tool between primary health care and Psychosocial Care Center: a secondary data overview
Lídia Pereira da Silva Godoi, Lorrayne Belotti, Érica Marvila Garcia, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Oswaldo Yoshimi Tanaka
- 144 **Narrativas de familiares de autistas de Capsi da região metropolitana do Rio de Janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado**
Narratives of family members of Capsi's autistic patients from the metropolitan region of Rio de Janeiro: participation, protagonism and barriers to care
Rossano Cabral Lima, Maria Cristina Ventura Couto, Bárbara Costa Andrada, Pedro Henrique Corrêa, Alda Carla Alves Cardozo
- 156 **Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores**
Care for families in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center: an intervention-research with workers
Vania Bustamante, Rosana Onocko Campos
- 170 **A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR)**
Autonomous Medication Management in Psychosocial Care Centers of Curitiba (PR)
Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Chayanne Federhen, Thiago Augusto da Silva, Isabella Renata dos Santos, Caroline de Azevedo Levino, Rosana Teresa Onocko Campos, Sabrina Stefanello
- 184 **O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde**
Access to treatment for women crack users from the perspective of health professionals
Tais Veronica Cardoso Vernaglia, Marcelo Santos Cruz, Simone Peres
- 198 **Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD**
Between Caps AD and Therapeutic Communities: care from the perspective of users of Caps AD
Ana Caroline de Moraes Oliveira Quintas, Priscilla dos Santos Peixoto Borelli Tavares
- 210 **Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde**
Permanent Education in Health: innovative experiences in mental health in Primary Health Care
Priscilla Regina Cordeiro, Rosilda Mendes, Flavia Liberman
- 223 **Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro**
Mental health beds in general hospitals: the case of Rio de Janeiro
Rodrigo Cunha Echebarrena, Paulo Roberto Fagundes da Silva

-
- ENSAIO | ESSAY
- 235 **A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral**
The Brazilian Psychiatric Reform as a struggle for recognition and moral progress
Martín Mezza, Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
- 250 **Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma**
Brazilian Psychiatric Reformation and its parliamentary discussion: political disputes and counter-reformation
Yuri Prado, Fernanda Severo, André Guerrero
- 264 **Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira**
Neither crioulo doido nor negra maluca: for an aquilombamento of the Brazilian Psychiatric Reform
Emiliano de Camargo David, Maria Cristina Gonçalves Vicentin
- 278 **Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira**
Care for crisis in contemporaneity: challenges in the Brazilian Psychiatric Reform
Volnei Antonio Dassoler, Analice de Lima Palombini
- 292 **Os sentidos da cozinha de Centros de Atenção Psicossocial e a inserção do nutricionista no cuidado em saúde mental**
The senses of the kitchen of Psychosocial Care Centers and nutritionists performance in mental health care
Leticia Almeida, Cristiane Marques Seixas, Francisco Romão Ferreira, Fabiana Bom Kraemer
- REVISÃO | REVIEW
- 305 **Bibliometria das publicações da revista 'Saúde em Debate': uma fotografia da saúde mental**
Bibliometrics of the publications of the journal 'Saúde em Debate': a photograph of Mental Health
Tiago Oliveira de Souza, Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral, Fernanda Teles Morais do Nascimento, Gizele da Conceição Soares Martins, Hércules Rigoni Bossato
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 320 **Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta**
Psychosocial care and good living: experience report of a Singular Therapeutic Project by the dimensions of Gross National Happiness
Roberto Tykanori Kinoshita, Alexandre Teixeira Trino, Cristina Soares Guimarães, Carolina Aires de Castro, Christiane Moema Alves Sampaio Prado
- RESENHA | CRITICAL REVIEW
- 333 **Albuquerque A. Capacidade jurídica e direitos humanos**
Isis Layne de Oliveira Machado

A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios

Cristiani Vieira Machado¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E300

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA CONSTITUIU um dos mais expressivos movimentos de transformação na área da saúde no País nas últimas quatro décadas. Inspirada por pensadores críticos ao modelo de atenção psiquiátrica predominante e por experiências com práticas de cuidado inovadoras na área, no plano internacional e nacional, a luta antimanicomial mobilizou numerosos atores na academia, nos órgãos públicos, nos serviços de saúde e nos movimentos sociais. A democratização da sociedade e a reforma sanitária, nos anos 1980, impulsionaram as ideias e as iniciativas de mudanças na área, bem como foram por elas favorecidas, dada a relevância do movimento antimanicomial no âmbito dos processos de luta pela ampliação dos direitos e da noção de cidadania.

A Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios do direito à saúde, da universalidade e da atenção integral, ofereceriam as bases legais e institucionais para avanços na área. As transformações necessárias, no entanto, transcendiam o âmbito administrativo-formal, implicando profundas mudanças nas concepções sobre loucura, nas práticas para lidar com as diferentes condições classificadas como doenças mentais ou sofrimento psíquico e, sobretudo, no reconhecimento de direitos plenos das pessoas identificadas com essas condições (nos marcos dos direitos sociais e humanos). Tais mudanças exigiriam intensa mobilização social, ocupação de novos espaços e enfrentamento de interesses econômicos e políticos.

Ao longo de 30 anos de implantação do SUS, avançaram iniciativas de desospitalização, de expansão de novas estratégias de atenção não hospitalar – como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) –; e os programas voltados para o resgate de laços afetivos e a integração de pessoas com transtornos mentais às famílias, comunidades e territórios, como o programa ‘De volta para casa’. Transformaram-se as práticas de cuidado, em busca de deslocamento de um processo de medicalização social¹ para a incorporação de outras formas de promoção da saúde mental, por exemplo, com a valorização das artes, da música, da cultura. Transformaram-se, também, as pessoas, que agora ocupam seu lugar de reação ao exercício do poder praticado nas instituições totais².

A reflexão sobre essas transformações é oportuna e fundamental, especialmente quando avanços conquistados ao longo de décadas, às vezes, são colocados em risco, por interesses político-econômicos e retrocessos no plano da compreensão sobre ciência e sobre os processos saúde-doença. São, também, especialmente importantes

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação (VPEIC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cristiani.machado@fiocruz.br



no cenário da pandemia de Covid-19, que coloca no centro do debate internacional o tema da saúde mental e do isolamento.

O fortalecimento do SUS para lidar com os impactos da pandemia de Covid-19 na saúde mental da população pode buscar, nos caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira – e aqui retratados –, boas direções para o cuidado de base comunitária e territorial, promotor de direitos e sensível às necessidades da população.

Colaboradora

Machado CV (0000-0002-9577-0301)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Amarante P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante P. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.
2. Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, organizador. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

The Brazilian Psychiatric Reform: paths and challenges

Cristiani Vieira Machado¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E3001

THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM was one of the most expressive transformations in the field of health in the country in the last four decades. Inspired by thinkers who were critical of the prevailing psychiatric care model and by experiences with innovative care practices in the field, at national and international levels, the anti-asylum struggle mobilized numerous actors in academia, public agencies, health services and social movements. The democratization of society and the health reform in the 1980s spurred ideas and initiatives for changes in the field, as well as being favored by them, given the relevance of the anti-asylum movement in the context of the processes of struggle for the expansion of rights and the notion citizenship.

The 1988 Constitution and the creation of the Unified Health System (SUS), based on the principles of the right to health, universality, and comprehensive care, would offer the legal and institutional bases for advances in the field. The necessary transformations, however, transcended the administrative-formal scope, provoking profound changes in the conceptions of madness, in the practices to deal with the different conditions classified as mental illness or psychological suffering and, above all, in the recognition of full rights of the people identified with those conditions (within the framework of social and human rights). Such changes would require intense social mobilization, occupation of new spaces and confronting economic and political interests.

Over 30 years of the implementation of the SUS, initiatives for dehospitalization have advanced, for the expansion of new non-hospital care strategies – such as the Psychosocial Care Centers (Caps) –; and programs aimed at rescuing emotional ties and integrating people with mental disorders into families, communities and territories, such as the ‘Back home’ program. Care practices have been transformed, in search of a displacement of a process of social medicalization¹ to incorporate other forms of promoting mental health, for example, with the appreciation of the arts, music, and culture. People have also been transformed, who now occupy their place of reaction to the exercise of power practiced in total institutions².

The reflection on these transformations is timely and fundamental, especially when advances achieved over decades are put at risk, sometimes, due to political-economic interests and setbacks in terms of understanding about science and health-disease processes. They are also especially important in the scenario of the Covid-19 pandemic, which

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação (VPEIC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cristiani.machado@fiocruz.br



puts the topic of mental health and isolation at the center of the international debate.

The strengthening of the SUS to deal with the impacts of the Covid-19 pandemics on the mental health of the population may seek, in the paths taken by the Brazilian Psychiatric Reform – and depicted here – , good directions for community and territorial based care, promoting rights and sensitive to the needs of the population.

Collaborator

Machado CV (0000-0002-9577-0301)* is responsible for preparing the manuscript. ■

References

1. Amarante P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.
2. Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, organizador. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Fernanda Maria Duarte Severo¹, André Vinicius Pires Guerrero¹, June Corrêa Borges Scafuto¹, Ana Maria Szapiro², Paulo Roberto Fagundes da Silva³

DOI: 10.1590/0103-11042020E301

ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE', intitulado Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é um compromisso democrático, tributo histórico e compartilhamento de saberes. Em cada texto, temos um retrato da nossa época. Um recorte do cotidiano dos serviços de saúde e de formas de cuidado reveladoras de um tempo que exigiu transformações sociais. Cada composição é uma espécie de instantâneo recortado do fluxo de um tempo produtivo dos novos paradigmas da desinstitucionalização. Retratos que se apresentam como peças da roda do conhecimento e das práticas do campo da saúde mental e da atenção psicossocial contemporâneos. São instantâneos da ousadia em que a aceitação da diversidade e o amadurecimento da construção da democracia aboliam o que aprisionava, para consumir a liberdade. São retratos da inclusão e da justiça social que aproximam a saúde mental da saúde coletiva.

No cenário factual, a Constituição de 1988 apresenta-se como a baliza dessas transformações da saúde pública brasileira, momento da construção do Sistema Único de Saúde e da abertura dos horizontes do cuidado da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica Brasileira na conjuntura da democratização do País. Esses novos modelos de cuidados desembocaram na construção de uma rede de atenção orientada à substituição da lógica de internação hospitalar, até então principal meio de tratamento àqueles que apresentavam sofrimento psíquico. Foi essa implementação e sustentação política, por mais de 30 anos, que conferiu ao Brasil um lugar de destaque e reconhecimento internacional no campo da saúde mental¹.

Ciência, militância, sensibilidade artística e cultural e relatos de experiências dos serviços têm consolidado narrativas com diferentes matizes sobre o cuidado em liberdade, evidenciando o quanto a expressividade dessas construções de forte conteúdo simbólico e material demarcam os territórios das práticas locais. Entretanto, a partir de 2016, mudanças nas diretrizes governamentais relativas às políticas de saúde mental e publicações normativas ameaçam as conquistas do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O cuidado personalizado e as estratégias de atenção psicossocial vêm deixando a linha de frente dando lugar à retomada de um modelo que privilegia leitos em hospitais psiquiátricos, centrado em práticas que desconsideram as necessidades e os desejos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e daquelas com necessidades relacionadas com o uso de substâncias psicoativas.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Nusmad) – Brasília (DF), Brasil.
fernandasevero2018@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Nesse sentido, os saberes-fazer representativos dos avanços da saúde mental brasileira, em contraponto aos retrocessos e disputas, precisam ser analisados e debatidos em perspectiva. Aferir avanços e dificuldades, compartilhar conhecimentos e estratégias, de modo a estimular o desenvolvimento das políticas públicas de saúde sem maiores prejuízos para a garantia de direitos, mobilizaram essa comissão, resultando na presente proposta editorial.

Há que se destacar que a chamada para submissão dos artigos para este número temático, fruto de parceria do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), antecedeu a pandemia de Covid-19 e, por isso, não contempla a temática. Em contrapartida, são instantâneos de um mundo imediatamente anterior, já marcado pela incerteza e pelo/a isolamento/exclusão social, agora agravados pela pandemia. Os textos nos oferecem um acúmulo de aprendizados sobre o cuidado em saúde mental e nos lembram da importância dos vínculos, da escuta sensível, da promoção da autonomia e da cidadania.

Esta é a segunda vez que a revista 'Saúde em Debate' publica um número especial sobre a Reforma Psiquiátrica. Para os 'Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira', foram submetidos mais de 180 manuscritos, recorde absoluto para o Cebes e a revista 'Saúde em Debate' – e um desafio para a equipe editorial –, que acolheram a proposta, concebida em um momento adverso para a Política brasileira de saúde mental, álcool e outras drogas, decorrente dos movimentos retrógrados contra reformistas.

O resultado é um panorama diversificado da produção de conhecimento de autores de diferentes estados e instituições do País, a qual tem procurado compreender o alcance e os desafios das políticas e práticas da saúde mental. Os manuscritos aqui publicados destacam os avanços, relatam experiências implicadas e densas, mas não se esquivam das reflexões críticas; e, além das conquistas e possibilidades, contextualizam contradições, limites e impasses do campo.

Os textos selecionados dão ênfase aos vínculos construídos na vida experienciada nos territórios da liberdade, nos saberes e nas práticas presentes nas Redes de Atenção Psicossocial e abordam os temas da desinstitucionalização, saúde mental infantojuvenil, atenção às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, projeto terapêutico singular, crise, autonomia o papel das tecnologias de cultura e arte para a potencialização da vida.

Paralelamente, tópicos do processo histórico e do desenvolvimento das bases legais colocam em relevo o enfrentamento ao modelo manicomial e da implementação da rede assistencial de base comunitária e territorial. Entre os convidados para a edição, Benedetto Sarraceno prospecta o futuro da psiquiatria e da saúde mental, Edmar Oliveira e Ana Szapiro dialogam com a densidade do tempo vivido e o horizonte de possibilidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira no momento presente. No mesmo diapasão, a Lei nº 10.216, que, em 2019, completou 21 anos, foi revisitada por Paulo Delgado, em um recorte inédito do texto de uma entrevista concedida ao Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Fiocruz Brasília.

Retratos da Reforma Psiquiátrica, tal como outros retratos, recorta, documenta, descreve, idealiza, conhece e dá a conhecer, congela um pedaço dos percursos para serem visualizados – edições do tempo e do espaço sustentadas sobre o estatuto da verossimilhança e das representações do presente. Vivemos em tempos árdusos que precisam de lembretes do que somos capazes de realizar, do quanto todos os nossos feitos exigiram a ampliação das fronteiras do conhecimento, da humanidade, da persistência, do senso

crítico e da disposição para os ajustes. Esperamos que a leitura dos trabalhos aqui reunidos inspire novas questões para pesquisa e construção de propostas estratégicas, reafirmando o caminho de respeito à diversidade, de uma educação à liberdade² e de garantia de direitos plenos de cidadania a todas as pessoas.

Convidamos todos a se aproximarem desta coletânea de textos-retratos como parte de um esforço da resistência de consolidação de uma memória que provoca reflexões sobre o que já realizamos na Reforma Psiquiátrica Brasileira, como propulsão e potência para enfrentar os desafios que se renovaram.

Colaboradores

Severo FMD (0000-0003-4078-6768)*, Guerrero AVP (0000-0001-7240-1506)*, Scafuto JCB (0000-0003-4160-8293)*, Szapiro AM (0000-0003-3077-2645)* e Silva PRF (0000-0003-0811-4080)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Caldas ALJM. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública [internet]. 2019 [acesso 2020 out 1]; 35(11):e00129519. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502.
2. Basaglia F, Ongaro FB, Casagrande D, et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 11-40.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Portraits of the Brazilian Psychiatric Reform

Fernanda Maria Duarte Severo¹, André Vinicius Pires Guerrero¹, June Corrêa Borges Scafuto¹, Ana Maria Szapiro², Paulo Roberto Fagundes da Silva³

DOI: 10.1590/0103-11042020E3011

THIS SPECIAL ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE', entitled Portraits of the Brazilian Psychiatric Reform, is a democratic commitment, historical tribute and sharing of knowledge. In each text, we have a portrait of our time. A clipping of the daily health services and forms of care that reveal a time that demanded social changes. Each composition is a kind of snapshot cut from the flow of productive time of the new paradigms of deinstitutionalization. Portraits that present themselves as parts of the wheel of knowledge and practices in the field of contemporary mental health and psychosocial care. They are snapshots of the boldness in which the acceptance of diversity and the maturation of the construction of democracy abolished what was imprisoned, to consummate freedom. They are portraits of inclusion and social justice that bring mental health closer to collective health.

In the factual scenario, the 1988 Constitution presents itself as the beacon of those transformations in Brazilian Public Health, the moment of the construction of the Unified Health System and the opening of horizons of mental health care with the Brazilian Psychiatric Reform in the context of the country's democratization. These new models of care led to the construction of a Care Network aimed at replacing the logic of hospitalization, until then the main means of treatment for those who had psychological distress. It was this implementation and political support, for over 30 years, that gave Brazil a prominent place and international recognition in the field of mental health¹.

Science, activism, artistic and cultural sensitivity, and reports of experiences of the services have consolidated narratives with different nuances about care in freedom, showing how the expressiveness of these constructions with strong symbolic and material content demarcate the territories of local practices. However, as of 2016, changes in government guidelines regarding mental health policies and normative publications threaten the achievements of the Brazilian Psychiatric Reform process.

Personalized care and psychosocial care strategies have been leaving the front line giving way to the resumption of a model that privileges beds in Psychiatric Hospitals, centered on practices that disregard the needs and desires of people with mental distress or disorder and those with needs related to the use of psychoactive substances.

In this sense, the know-hows representative of the advances in Brazilian mental health, in contrast to the setbacks and disputes, need to be analyzed and debated in perspective. Measuring advances and difficulties, sharing knowledge and strategies, in

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Nusmad) – Brasília (DF), Brasil. fernandasevero2018@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



order to stimulate the development of public health policies without major losses for guaranteeing rights, have mobilized this commission, resulting in the present editorial proposal.

It should be noted that the call for submission of papers for this thematic issue, the result of a partnership between the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), preceded the Covid-19 pandemic and, therefore, does not include the theme. On the other hand, they are snapshots of an immediately previous world, already marked by uncertainty and social isolation/exclusion, now aggravated by the pandemic. The texts offer us an accumulation of learning about mental health care and remind us of the importance of bonds, of sensitive listening, of promotion of autonomy and citizenship.

This is the second time that the journal 'Saúde em Debate' has published a special issue on Psychiatric Reform. For the 'Portraits of the Brazilian Psychiatric Reform', more than 180 manuscripts were submitted, an absolute record for the Cebes and the journal 'Saúde em Debate' – and a challenge for the editorial team –, which welcomed the proposal, conceived in an adverse moment for the Brazilian policy on mental health, alcohol and other drugs, resulting from setback movements against reformists.

The result is a diversified panorama of production of knowledge by authors from different states and institutions in the country, which has sought to understand the scope and challenges of mental health policies and practices. The manuscripts published here highlight the advances, report implicated and dense experiences, but do not shy away from critical reflections; and, in addition to the achievements and possibilities, they contextualize contradictions, limits and impasses in the field.

The selected texts emphasize the bonds built in the life experienced in the territories of freedom, in the knowledge and practices present in the Psychosocial Care Networks and address the themes of deinstitutionalization, child and adolescent mental health, attention to the needs arising from the abuse of alcohol and other drugs, singular therapeutic project, crisis, autonomy in the role of culture and art technologies for the enhancement of life.

At the same time, topics in the historical process and the development of legal bases highlight the confrontation with the asylum model and the implementation of the community and territorial based assistance network. Among the guests for the edition, Benedetto Sarraceno looks into the future of psychiatry and mental health, Edmar Oliveira and Ana Szapiro talk to the density of the time lived and the horizon of possibilities for the Brazilian Psychiatric Reform at the present time. In the same tune, Ordinance No. 10,216 which, in 2019, completed 21 years, was revisited by Paulo Delgado, in an unprecedented cut of the text of an interview granted to the Center for Mental Health, Alcohol and other Drugs from Fiocruz Brasília.

Portraits of the Psychiatric Reform, like other portraits, cuts out, documents, describes, idealizes, knows and makes known, freezes a piece of the paths to be gazed – editions of time and space sustained on the status of verisimilitude and representations of the present. We live in arduous times that need reminders of what we are capable of accomplishing, of how much all our achievements required the expansion of the frontiers of knowledge, humanity, persistence, critical sense and a willingness to adjust. We hope that the reading of the works gathered here will inspire new questions for research and construction of strategic proposals, reaffirming the path of respect for diversity, of education for freedom² and of guaranteeing full citizenship rights to all people.

We invite everyone to approach this collection of text-portraits as part of an effort to resist the consolidation of a memory that provokes reflections on what we have already accomplished in the Brazilian Psychiatric Reform, as a propulsion and power to face the renewed challenges.

Collaborators

Severo FMD (0000-0003-4078-6768)*, Guerrero AVP (0000-0001-7240-1506)*, Scafuto JCB (0000-0003-4160-8293)*, Szapiro AM (0000-0003-3077-2645)* and Silva PRF (0000-0003-0811-4080)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Caldas ALJM. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública [internet]. 2019 [acesso 2020 out 1]; 35(11):e00129519. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502.
2. Basaglia F, Ongaro FB, Casagrande D, et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 11-40.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Porque a Reforma Psiquiátrica é possível

Why Psychiatric Reform is possible

Edmar Oliveira¹, Ana Szapiro²

DOI: 10.1590/0103-11042020E302

HERDEIRA DE UM MOVIMENTO DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL (MTSM), que como tantos outros movimentos sociais se anteciparam aos partidos políticos em reivindicações de grupamentos específicos, quando a ditadura militar dava sinais de esgotamento, a Reforma Psiquiátrica Brasileira impôs uma nova prática em saúde mental. Desde o seu início, ela questionou o manicômio para se firmar como uma nova proposta de cuidados em saúde mental tendo por base um tripé que reivindicava direitos, ética e tratamento comunitário. Reivindicou o direito da pessoa com transtornos mentais no campo dos direitos humanos; propôs uma ética inclusiva à sociedade em relação à loucura; e apresentou uma alternativa de serviços comunitários e substitutivos em oposição ao manicômio. Portanto, essa sustentação foi construída como resposta possível ao lema ainda utópico do MTSM: ‘Por uma sociedade sem manicômios’.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do ‘Movimento Sanitário’, nos anos setenta, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Contudo, se a Reforma Psiquiátrica é contemporânea da Reforma Sanitária, ela tem uma história própria ligada ao movimento internacional para a superação da violência asilar. O MTSM, fundado ainda na ditadura e no seu II Encontro, conhecido como Congresso de Bauru, lançou a utopia reformista ‘Por uma Sociedade sem Manicômios’ o que significava construir uma nova forma social e cultural de lidar com a loucura.

Desinstitucionalizar o louco. Não porque se almejasse sua cura, mas, ao contrário, abrir as condições de possibilidade de produção de vida, como Rotelli¹ ressaltava. Desinstitucionalizar era, neste sentido, acreditar que era possível ao louco inventar seus modos de andar a vida fora dos muros do manicômio. Era necessário sustentar uma política de grande fôlego que, naqueles idos da década de oitenta de fim do século XX, tendo como referência a reforma psiquiátrica italiana e acompanhado do olhar de otimismo para o processo de reconstrução democrática no Brasil, buscava-se criar as condições necessárias para, ao fim, podermos sepultar toda a lógica fundadora da tecnologia alienista pineliana.

Este era o cenário no qual, em 1987, fundou-se, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps Luís Cerqueira), possibilitando discussões que iriam finalmente propor uma assistência comunitária, o que veio a caracterizar a nossa Reforma Psiquiátrica. Ainda nesse mesmo ano, a I Conferência de Saúde Mental propôs a inserção da Reforma Brasileira no Sistema Único de Saúde (SUS), o que aconteceria no ano seguinte com a promulgação de nossa Constituição, considerada e nomeada a Constituição-Cidadã, dado que nela se afirmava

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
edmarsoliveiras@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



afirmava o papel de proteção social do Estado. Em 1989, através do que ficou conhecido como o Processo de Santos, após uma intervenção da Prefeitura de Santos no Hospital Psiquiátrico particular Anchieta, aconteceu a primeira experiência de criação de uma ‘rede substitutiva’ na prática da Reforma Psiquiátrica, sendo este o momento importante para experimentar o modelo em rede. Surgiu então a proposta de apresentação de uma lei que buscava garantir a transformação que já se encontrava em andamento na saúde mental – a conhecida Lei Paulo Delgado². Embora longe de sua proposta inicial e após uma série de negociações parlamentares, apenas em 2001 essa lei foi aprovada, recebendo o número 10.216. Denominada Lei da Saúde Mental, a Lei Paulo Delgado possibilitou a implantação da Reforma Psiquiátrica em todo o Território Nacional.

Entretanto, antes disso, ainda na última década do século XX, e inspirados no Projeto Paulo Delgado, que ainda tramitava sem aprovação, vários estados criaram leis que determinavam a substituição progressiva dos hospitais por uma rede substitutiva. Também nesse período, foram criadas normas e diretrizes para a criação de serviços substitutivos, enquanto eram aplicadas normas de fiscalização e controles dos hospitais psiquiátricos. No final do século, ainda em um processo descontínuo de criação de serviços substitutivos, já tínhamos mais de duzentos Caps espalhados em cidades de vários estados, embora mais de 90% do orçamento do Ministério da Saúde, vale notar, ainda financiava o modelo asilar antigo.

Nos primeiros cinco anos do novo século, após a aprovação da Lei da Saúde Mental, o Ministério da Saúde direcionou a assistência em saúde mental privilegiando os serviços de base comunitária, garantindo na lei a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Foram então progressivamente desativados leitos hospitalares e se consolidou, finalmente, uma política pública em saúde mental. A III Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe para esse período a participação efetiva do usuário dos serviços

em transformação. No quinquênio seguinte, embora com uma diminuição da intensidade anterior, houve – pela primeira vez – uma inversão nos gastos entre os novos dispositivos da Reforma e os hospitais psiquiátricos tradicionais. Em 2010, chegamos a ter mais de 1.600 Caps implantados com uma cobertura média no Brasil de 0,66 por 100 mil habitantes. Em um país continental e desigual, o Nordeste e o Sul chegam a uma cobertura excepcional de mais de 0,8 por 100 mil habitantes – os dados podem ser conferidos nos documentos oficiais do Ministério da Saúde publicados à época.

Fica evidente que, no primeiro decênio deste século, a Reforma Psiquiátrica Brasileira firmou-se na implantação de serviços e na inversão da lógica do modelo manicomial. Apesar dos ataques que começaram no início da nova década e que se seguiram nos anos seguintes, a Reforma pôde ser apresentada como um movimento exitoso que mudaria a forma de assistência em saúde mental e beneficiaria uma quantidade expressiva de pacientes que saíram dos manicômios para as Residências Terapêuticas. As práticas desenvolvidas nos Caps mudaram o destino de usuários que foram libertados do manicômio antes de serem por ele capturados. As práticas nos serviços substitutivos mudaram o destino de vidas antes soterradas no manicômio, que inexoravelmente as capturaria como novos prisioneiros. Finalmente, podemos afirmar que a Reforma Psiquiátrica mostrou a possibilidade e a vantagem do tratamento em liberdade.

A Reforma Psiquiátrica sempre foi um movimento em construção, desde suas premissas teóricas à apresentação de uma prática que não se sustenta por enunciados determinantes. Não é nosso objetivo aqui fazer um levantamento das correntes teóricas que alimentaram a Reforma Brasileira, tampouco, nem de longe, deseja-se aqui apresentar um ‘resultado’ prático ideal. É-nos bastante reconhecer que a inspiração na Psiquiatria Democrática Italiana deixou-se contaminar pela psiquiatria de setor francesa, pela psicanálise, e por tantos campos de saberes que ajudaram e ajudam a

construir uma prática comunitária oposta ao manicômio. Se, por um lado, esse ecletismo dificulta a delimitação de um campo específico e permite críticas, por outro, possibilita um exercitar de várias experiências exitosas que permitiram mudar o destino de pessoas condenadas às masmorras manicomiais e evitaram que tantas outras vidas fossem interrompidas pelo sistema prisional asilar. Portanto, deve-se sublinhar, cada experiência idiossincrática dos serviços está em permanente construção e aperfeiçoamento de sua prática e apresenta resultados exitosos, mudando o paradigma da obrigatoriedade da internação manicomial.

A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil alcançada pela Reforma Psiquiátrica não se limita à oferta de novos serviços ou à reestruturação de modelos assistenciais. Por se tratar de uma profunda alteração da resposta social à loucura, implica mudanças de ordem política, ideológica, ética e de sentido nas concepções de clínica e de reabilitação. Uma ‘clínica ampliada’ (conceito desenvolvido por Gastão Wagner³) preconiza uma clínica singular, na qual cada caso é um caso, enquanto dialoga e incorpora criticamente outros saberes e diretrizes, perpassando, assim, questões como o vínculo, a resolutividade e a responsabilização. O conceito da ‘clínica ampliada’ se contrapõe ao de uma ‘clínica degradada’ (dos pronto-atendimentos, funcionando na lógica da queixa-conduta) e clínica tradicional (absolutamente autocentrada nos seus saberes privatizados – bem como privatizados). Assim entendida, essa clínica desenvolvida nos serviços substitutivos visa produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica procura transpor a centralização das ações segundo o paradigma biomédico na doença: a um só tempo busca fazer a articulação entre o tratamento e a reabilitação psicossocial enquanto reavalia, permanentemente, as práticas em curso. Deve-se aqui ressaltar a noção de cuidado que, deixando para trás a oposição saúde-doença tal como consagrada no modelo biomédico, abre-se para

a compreensão do cuidado como acolhimento, em que o sujeito, antes subtraído segundo a lógica manicomial, tem seu lugar assegurado e central nos dispositivos de atenção.

Onde a Reforma produziu os melhores resultados, ela conseguiu, de fato, substituir os leitos manicomiais por internações curtas nos serviços comunitários que funcionam 24 horas ou em leitos nos hospitais gerais. Entretanto, como a implantação dos serviços se fez de forma desigual, existem regiões nas quais os dispositivos da Reforma não se fizeram substitutivos e a convivência com o manicômio ainda permanece. Contudo, são estas discrepâncias que atestam a possibilidade do modelo exitoso ser uma referência para a experiência que ainda não alcançou o objetivo da proposta reformista. Na verdade, os resultados conseguidos por uma proposta que substitui gradualmente os manicômios podem ser reconhecidos na diminuição efetiva dos leitos manicomiais e na inversão da equação financeira que veio aumentando os recursos para os serviços substitutivos e diminuindo, na mesma proporção, os recursos para o sistema asilar. Isso se deu nos anos em que os governos fizeram da Reforma Psiquiátrica uma Política de Estado baseada na Lei nº 10.216/2001, que garantiu esta política em estrita conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS – inscrita na Constituição de 1988.

Vale sublinhar, porém, que, mesmo ao longo dos tempos de normalidade democrática, a Reforma – ainda que assumida como Política de Estado – sofreu de uma certa tibieza característica de uma ‘conciliação de classes’ justificada por um certo ‘realismo político’ que caracterizou o governo popular que tivemos. Neste sentido cabe ressaltar o quanto foi escamoteada a relação tensa entre a Reforma Psiquiátrica e a Associação Psiquiátrica Brasileira (ABP). A representação dos médicos psiquiatras nunca aceitou uma ‘reforma da psiquiatria’. Lembremos aqui, com Castel, que “os sumo-sacerdotes da psiquiatria tudo fizeram para guardar o controle das mudanças”⁴⁽²⁹²⁾. A ABP admitia que o manicômio precisava ser

reformado, mas nunca a psiquiatria. Jamais concordou com Basaglia – e ainda antes, com Castel, que foi o saber psiquiátrico que produziu o manicômio. E essa contradição, nunca resolvida dentro de uma política de Estado, se mostraria crucial para a sobrevivência dos princípios reformistas após o golpe político promovido pela agenda neoliberal acontecido em 2016. Mais adiante, assistimos à tentativa de assimilação pela rede reformista das Comunidades Religiosas (chamadas eufemisticamente de terapêuticas) que preparou o terreno para o retorno dos manicômios que a Reforma pretendeu eliminar. A compreensão de que a Reforma Psiquiátrica não era simplesmente uma luta contra as péssimas condições de vida nos manicômios, mas dizia respeito a um processo político, social, epistemológico e cultural, teria sido fundamental para que o embate político entre o pensamento da reforma e o saber psiquiátrico tivesse emergido e contribuísse para a construção de uma sociedade sem manicômios.

Já mesmo antes do golpe de 2016, assistimos à entrega do Ministério da Saúde aos aliados da ABP, fato que permitiu uma interferência nos princípios da Reforma Psiquiátrica, o que provocou uma reação dos trabalhadores em saúde mental no movimento ‘Fora Valêncius’. Caminho aberto pelo realismo político – há que aceitar as coisas tal como elas são –, teve como resultado a ausência do embate necessário para construção das mudanças que a sustentação do paradigma da Reforma impunha. Uma vez no Ministério da Saúde, a ABP nomeou o Coordenador de Saúde Mental que revogou as diretrizes que permitiam a construção da Reforma Psiquiátrica. Uma ‘nota técnica’, pretensamente instituindo uma ‘segunda Reforma’, praticamente eliminou os princípios que estavam vigorando como Política de Estado. Um trecho dessa nota técnica, comandada pela ABP, exemplifica o desmonte dos princípios básicos da Reforma:

O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não

fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum Serviço substitui outro⁵⁽³⁻⁴⁾.

Ora, se o princípio básico de ser substitutivo ao manicômio era exatamente a coluna vertebral dos dispositivos da Reforma, a sua extinção torna irreconhecível o papel destes dispositivos.

O SUS, ao qual se filiava a Reforma Psiquiátrica, sofreu e sofre cortes financeiros que, se já dificultavam a sua tão sofrida atuação, sufocou, no mesmo passo, os seus propósitos de atendimento à população, a Constituição sendo maculada nos deveres e direitos que enuncia. A aprovação das medidas de ajuste fiscal, de defesa de um Estado mínimo com a aniquilação da previdência social, supressão dos direitos dos trabalhadores, privatizações, desregulamentação de leis ambientais, restrição do orçamento público e desvinculação de receitas para garantir transferências de recursos públicos para o sistema financeiro, até a isenção de impostos ao capital e às grandes fortunas e a taxaço da pobreza abriram, a partir de 2016 e mais acentuadamente no atual governo, um novo cenário, característico de uma agenda de Estado mínimo no qual não há como se sustentar a Reforma Psiquiátrica. Um processo de desmonte do ainda fraco e nascente Estado de proteção social apontado na Constituição de 1988 vem se intensificando pela promoção da agenda neoliberal e indica que estamos voltando ao Brasil anterior à democratização que, nas políticas públicas de saúde, ergue-se novamente sustentando um descompromisso do Estado brasileiro com os princípios defendidos na Constituição.

Como efeito colateral dos objetivos econômicos deste novo quadro, a propagação de uma onda conservadora também atinge a Reforma na sua ação terapêutica com os usuários de drogas. O êxito do reconhecimento internacional com o método de ‘redução de danos’ a usuários de drogas foi interrompido,

como política oficial, para dar lugar ao retorno da ‘internação compulsória’, cruel conceito que permitiu a proliferação dos manicômios e certamente marcará o retorno dos asilos pós-modernos que faz retornar as velhas teses da periculosidade. A agenda neoliberal atingiu, assim, o coração da terapêutica da redução de danos, substituindo-a por outra que ressuscitou o antigo apelo à política de ‘combate às drogas’. A ênfase na reabilitação e na reinserção social caracterizava uma política da redução de danos que buscava reunir recursos intersetoriais da cultura, da educação, dos esportes e tantos outros, com a compreensão dos determinantes sociais da questão do uso de drogas. Os Caps AD e os Consultórios de Rua, dispositivos criados para oferecer um cuidado singular, adaptado a cada caso, tinham como principal instrumento terapêutico a convivência entre os usuários. Esta política, completamente alterada pelo Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019⁶, assinado pelo atual Presidente da República, substituiu a meta de redução de danos pela meta da abstinência, justificando assim a necessidade de criação das Comunidades Terapêuticas, promovendo graves retrocessos no âmbito das práticas relacionadas ao cuidado ao usuário de drogas.

Temos a convicção de que o ataque à Reforma Psiquiátrica seria efetivado não apenas pelas discordâncias técnicas a respeito do tratamento aos transtornos mentais porque a Reforma foi muito além do cuidado em saúde mental. Os efeitos produzidos pela Reforma constituíram direitos sociais às pessoas com transtornos mentais na ótica protetora do Estado. Se um dos objetivos do neoliberalismo seria o fim do estado de bem-estar social, a Reforma Psiquiátrica não poderia escapar do corte desses direitos quando o Estado abandona seu dever para com os mais necessitados de nossa sociedade. Estes, afinal, são os *homo sacer* do atual Estado reduzido ao mínimo, são aqueles que, como sublinha Agamben⁷,

vivem na condição irreparável de exposição ao abandono. E esta condição de abandono, hoje devidamente naturalizada, permite à agenda neoliberal efetuar todos os retrocessos sociais em nome da boa governança dos interesses privados, e não do governo da ‘coisa pública’.

No estágio em que o capitalismo se encontra, as ambições do cuidado e cidadania que a Reforma propõe aos usuários sofre o ataque impiedoso. Haverá resistências, uma vez que os profissionais aprenderam a trabalhar de uma forma de maior garantia de satisfação profissional e os usuários não desejam voltar ao manicômio de onde saíram.

Cada trabalhadora, cada trabalhador, cada usuária e cada usuário dos serviços trabalharão na perspectiva de que os resultados alcançados anteriormente são satisfatórios para a insistência na proposta de cuidado na comunidade. Ao mesmo tempo em que, às trabalhadoras e aos trabalhadores que também perderam direitos, só restará insistir na recuperação de um sonho que não pode ser esquecido.

Finalmente, lembremos Basaglia quando nos dizia que “*o importante é que já demonstramos que o impossível pode se tornar possível*”⁸. Hoje já se sabe que é possível substituir o manicômio. Talvez os manicômios voltem até mais fechados, mais medicalizados como se vislumbra agora, mas já demonstramos que é possível cuidar da loucura de outro modo e o testemunho disso é fundamental. Mesmo que a Reforma Psiquiátrica sofra o hiato previsível, o que se pode dizer é que agora já se sabe que se pode fazer. Esta é a nossa força.

Colaboradores

Os autores, Oliveira E (0000-0002-1533-149X)* e Szapiro A (0000-0003-3077-2645)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, outra via. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
2. Brasil. Presidência da República. Lei 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 [internet]. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art.
3. Campos GW. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada, Mimeo DMPS-UNICAMP; 1997.
4. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS [internet] [acesso em 2020 ago 25]. Disponível em: http://pbpd.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-com-alteracoes-nas-politicas-nacionais-de-saude-mental-e-de-drogas/?fbclid=IwAR2jWldr-InT8nC4bG1GD-m0VpYZeITR91m0jvhnga0oulkYpqS6b_EyzDGI.
6. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. 11 Abr 2019. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset-publisher/KujrW0TZC2Mb/content/id/71137357/do1e-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>.
7. Agamben G. Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG; 2010.
8. Basaglia F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates; 1979.

Recebido em 31/08/2020
 Aprovado em 08/09/2020
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado

Going back to the beginning: unveiling the political background of the Paulo Delgado Law

Paulo Gabriel Godinho Delgado*¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E303

No início era o deputado dos loucos, depois meus adversários me chamavam de o deputado louco... Tem até Caps com meu nome em cidades do Brasil... Hoje sou profissional liberal; e quando vocês ainda me procuram, sinto algo como se a vida passasse aos trancos e barrancos, mas sempre volta ao começo, sem se deter.

Origens: a defesa do paciente psiquiátrico

No início, quando imaginamos a reintegração do paciente psiquiátrico à vida, nós pensamos que poderíamos fazer isso do ponto de vista exclusivamente legal, de que era possível, mudando a lei, mudar o costume.

A história da lei tem a força das ondas: é meio uma onda que vai e vem, constrói e desconstrói. Quando se tem que criar instituições e equipamentos novos, também temos que estar preparados para criar uma nova institucionalização.

A sociedade estava em ebulição com o movimento da reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da oitava Conferência de Saúde, e os movimentos sociais emergentes que exigiram a constituinte. E foi neste ambiente que fui procurado em Juiz de Fora, como deputado constituinte eleito por Minas, pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. No Hotel Joalpa, em 1978, seus líderes me apresentaram a proposta de ser um deputado dedicado a defender o paciente psiquiátrico. Defender o doente mental brasileiro da estigmatização, do processo de isolamento, do tratamento indevido, da sedação excessiva e de tudo que compunha o universo da interdição compulsória, da tutela, da curatela, o universo predominante na psiquiatria brasileira. Assim foi feito e debatido o projeto. Um projeto de formulação simples do ponto de vista legal e que consistia em deter a expansão de leitos e redirecionar os recursos para o tratamento aberto. Era a primeira fase da ação legal, cuja ordem era parar de construir e abrir novos leitos em hospital fechado. Qualquer coisa que significasse voltar a ter leito como centro da atenção seria uma regressão.

A segunda direção significou livrar o doente mental do estigma da periculosidade e da incapacidade civil permanente. Essa era a fase mais complexa, cultural, que esbarrava no preconceito disseminado e na desinformação. Daí a ideia de fazermos logo a Lei das Cooperativas Sociais e, dentro da ideia do Programa do Benefício da Prestação Continuada, previsto na Lei

*Sociólogo. Professor aposentado da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Deputado da constituinte de 1988, exerceu mandatos de deputado federal até 2011.

¹Pesquisador autônomo – Minas Gerais, Brasil. pauloggdeldgado@gmail.com



Orgânica da Assistência Social (Loas) (uma lei mais da assistência social para descapacitados), ir criando as condições para outras leis correlatas, como o Programa de Volta para Casa (esta lei dentro da concepção do direito para injustiçados). Tudo era parte de um mesmo modelo de desmanicomialização da vida social.

A ideia central era a de que se retiro o paciente do hospital, fecho o hospital ‘especializado’, tenho que abrir outros serviços alternativos ou substitutivos. Assim nasceram os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), pioneiros da nova mentalidade que contém a perspectiva de reinserção social de um novo cidadão. Modelo que já existia na história da saúde pública no Brasil e tem na doutora Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, na Casa das Palmeiras, um grande exemplo. Esse modelo trabalhava com a arte como estímulo à liberdade e ao resgate da humanidade esquecida de esquizofrênicos. A ideia da Cooperativa Social tem esse objetivo inicial de oferecer alternativas de trabalho produtivo segundo as condições do paciente, atraindo o interesse da sociedade para outro sentido de produtividade do trabalho.

O terceiro passo, que era um dos mais importantes, depois de ter a construção, pensar na reinserção, era definir o orçamento. Na verdade, esse continua sendo o primeiro, a condição do passo seguinte, integral, que é definir para onde vão os recursos da saúde. Nesse aspecto, teve papel importante a continuidade da visão antimanicomial que prevaleceu nas diversas gestões da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde dos anos 1990 até a gestão Tykanori em 2015.

Foram essas várias coordenações do período da reforma psiquiátrica como nós entendemos, impulsionadas pelo Projeto de Lei de 1989, e depois pela Lei nº 10.216/2001, que iniciaram e conduziram, de maneira ativa, a prática do modelo novo, como o fez pioneiramente Domingos Sávio com as portarias que tornaram o Caps uma realidade. Ao diversificar os métodos e técnicas terapêuticas para compatibilizar e classificar a remuneração do atendimento com a

prática antimanicomial que o ministério visava, Domingos deu um tiro mortal no dinheiro do hospício e se fez o pai do Caps. Naquela época, a Lei nº 3.657/1989 já estava aprovada na Câmara e era debatida no Senado.

Hospício: hospitalidade e prisão

É bom sempre lembrar que hospício, etimologicamente, vem de hospitalidade, hotel, quarto de hóspede, aquele lugar da casa onde você recebe seus amigos. Quando o conceito se degradou e se tornou sinônimo de impiedade e prisão, nasceu junto o conceito negativo na cabeça dura da medicina psiquiátrica tradicional, que insiste em associar doença mental com internação e isolamento. Coisa absolutamente sem sentido, porque a doença mental, não sendo contagiosa, não precisa de isolamento. Em caso de surto, você precisa proteger o paciente no surto, e não agravar sua crise com a desumanização da atenção. Ou seja, os alicerces da Reforma, sua base, são os princípios do SUS.

A ideia de evitar a desterritorialização, acolher o paciente perto do lugar onde ele vivia é fundamental. Dessa ideia, surgiu o Programa de Volta para Casa, no qual muitos se reinseriram, voltaram à convivência. Tivemos casos de casamentos de pacientes que ficaram vinte, trinta anos internados, saíram e se casaram. Outro princípio é o da Integralidade, quer dizer, ter todos os recursos da medicina à disposição das pessoas, sem distinção nenhuma, como está no art. 5º da Constituição brasileira.

Apoios políticos e cautela

Tivemos grandes relatores de plenário, como o governador de São Paulo, Geraldo Alckmin, um médico que muito ajudou. Mas, até Darcy Ribeiro foi pressionado no Senado pela Associação Mundial de Psiquiatria, presidida por um influente psiquiatra do Rio de Janeiro com quem conversei no Jockey Club

pedindo sua compreensão. Costa Silva era claro ao propor que se salvasse o Hospital Psiquiátrico da degola. Tinha *background* junto aos Senadores. Era um ex-Diretor da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS). Quando Lúcio Alcântara, senador, ex-governador e médico, aceitou relatar sem medo, temi por ele, não pela lei. Nós nunca o homenageamos como ele merece.

Muitos setores do movimento me criticavam porque achavam que eu era mineiro demais. Tinha momento que, para salvar a lei, era preciso aceitar emendas, tirar de pauta, engolir relatores. O parlamento não é monarquia. Havia essas ondas conservadoras que estão voltando. Sempre havia essas ondas. Fomos cautelosos. Não mexemos, por exemplo, na legislação sobre o louco infrator. As medidas de segurança. O movimento da luta antimanicomial decidiu separar isso, faziam várias reuniões se tomavam as decisões tecnicamente, politicamente e ponderavam comigo. Achavam, com razão, que não era possível entrar ao mesmo tempo com a nova lei sobre a custódia. Era melhor separar os dois públicos, vamos dizer assim, o mundo do louco normal e o do infrator. Porque, na verdade, o louco infrator é outra lei. É uma lei penal, envolve a justiça criminal e a psiquiatria forense.

Descentralizar para existir: as experiências locais

Quando eu digo que nós aproveitamos muito a estrutura federal do Brasil, e demos uma dimensão federal, é que quando começou essa dúzia de anos de espera, de luta, quando começou a ter muita dificuldade à lei nacional, nós começamos a descentralizar a luta da lei. E fomos organizada para os estados. E veio o Ceará, o Espírito Santo e o Rio Grande do Sul. E isso foi uma surpresa para o sistema nacional psiquiátrico.

A Associação Brasileira de Psiquiatria, que nos apoiava em um determinado período, começou a se assustar porque a lei federal não saía, mas começaram a sair leis estaduais, regionais. Aí veio também Pernambuco, Minas

Gerais e Brasília. Ou seja, as leis foram pipocando. Com isso, nós fomos criando um ambiente nacional favorável à reforma. Começaram a surgir também secretários de saúde bem progressistas, Caps maravilhosos, que enfrentavam esse problema da desinstitucionalização que a Fernanda Nicácio estudou muito bem, publicando um livro muito oportuno¹.

As visitas do Franco Rotelli ao Brasil ajudaram muito; teoricamente, quando havia uma grande dúvida, havia sempre uma consulta internacional. Outros italianos e os espanhóis também vinham muito aqui, todo o lugar que tinha um movimento mais ou menos organizado. Lembro que, na Argentina, a província de Rio Negro tinha um movimento muito forte. Estive lá a debater sobre a *desmanicomialización* que se fazia na Argentina. Na época, no parlamento latino-americano, eu era o presidente do grupo brasileiro e tentei introduzir a lei nos parlamentos da América Latina. Conversei com vários colegas, deputados latino-americanos. Contudo, a cultura é muito diferente, os países são quase todos fechados, todos manicomiais, foi incrível.

As primeiras leis estaduais e seus autores

Os autores das oito leis estaduais iniciais são fundamentais, pois deram dimensão federalista aos princípios da reforma. A maioria em governos progressistas, claramente de esquerda. Quase que virou uma lei vermelha. Começou pelo Ceará, no governo do Ciro Gomes; no Espírito Santo, com o Victor Buaiz; e no Rio Grande do Sul, com o governo do Alceu Collares. Os autores foram Mário Mamede no Ceará, Lelo Coimbra no Espírito Santo, e, no Rio Grande do Sul, Marcos Rollim, de quem me lembro bem pela sofisticação da sua defesa, e que virou meu colega na Câmara em seguida.

Depois a lei seguiu em Brasília, com Cristovam Buarque, e em Pernambuco, com Miguel Arraes; e Humberto Costa, que criou

o Programa de Volta para Casa como ministro da Saúde, foi o autor da iniciativa do executivo. Chegou então a Minas, Rio Grande do Norte e Paraná, nos governos do Eduardo Azeredo, Garibaldi Alves e Jaime Lerner; com autoria do Carlão (Antônio Carlos Pereira), do Raimundo Bezerra e do Dr. Rosinha, que se tornou deputado federal comigo.

Lei e serviço: o Caps não pode desaparecer

Depois da lei, voltar a explorar o doente mental beira ao obscuro.

Essa Comissão Intergestores Tripartite (CIT)² de 2017 é a cara de gestor insensível, não é o rosto da vida de quem sabe que o doente mental não é um pacote de sintoma controlado por gananciosos que lucram com o sofrimento dos outros.

A 10.216 é uma das poucas leis brasileiras que criou um serviço. É raro isso. Eu vejo colegas que fizeram boas leis, mas não criaram serviço algum. Ela criou um procedimento interdisciplinar e participativo. Então o Caps é uma conquista brasileira, um nome brasileiro para a medicina moderna. Não podemos deixar o Caps desaparecer. Nós não podemos desistir, temos que lutar, arrumar aliados no Congresso Nacional, no Ministério Público, no poder judiciário e nas famílias, para que o equipamento novo predomine sobre o velho. Isso que vai fazer o velho se tornar desnecessário e desaparecer.

Memória a preservar: somos todos candidatos a pacientes

Continuo otimista, solidário e seguirei lutando para criar a universidade antimanicomial, multidisciplinar, algo que possa ser médica, terapêutica, cultural, produtiva, reunir toda a produção editorial do movimento da luta antimanicomial, publicar, fazer os anais da luta antimanicomial, que é isso que vocês estão fazendo. A Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz) e vocês têm um papel importantíssimo na memória da luta antimanicomial brasileira. Fico muito feliz de poder ser um dos porta-vozes desse movimento. E de todas as minhas conferências, inclusive nos debates, sempre que eu sou convidado, e se posso ir, eu vou a todos os lugares que me chamam. E sempre brinco, quando eu falo:

eu não sou médico, não sou psiquiatra, não sou terapeuta, não sou assistente social, não sou psicólogo, não sou enfermeiro, não sou auxiliar de enfermagem, sou candidato a paciente. E se eu pirar, quero ser tratado em um Caps.

É o que todos deviam pensar, porque as pessoas que não apoiam a reforma psiquiátrica é porque ou não conhecem seus princípios, ou acham que não vão pirar.

Origens do SUS e a ‘descoberta’ da lei

Quando me levaram a ideia da lei, lá em Juiz de Fora, estava acabando a constituinte, e lá estavam os princípios do SUS na nova Constituição brasileira. O movimento sanitário inscreveu o SUS na Constituição. Aqueles princípios do SUS eram o esboço, o rascunho de onde partiria para cumprir meu papel de fazer a lei, traduzir em termos técnicos os passos da lei.

Quando tomei conhecimento do universo da loucura que a lei enfrentaria e o bem que faria, se não falei, deveria ter falado para aqueles ativistas da reforma psiquiátrica que foram conversar comigo: “*essa não é uma lei inventada, vocês a descobriram, essa lei está sendo descoberta*”. ‘Descoberta’ porque a cada princípio que colocavam para mim, eu percebia a relação com outras experiências que já existiam. É como mostrar a você uma joia e você descobrir que é ouro, prata, ou seja, o material já existe na realidade, já havia gente fazendo aquilo, pensando daquele modo, já existiam famílias insatisfeitas com o modelo da internação via clausura. Os pacientes, nem se fala!

Jorravam exemplos do que já existia: a Casa das Palmeiras; o Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps) da Itapeva, criado pelo Jairo Goldberg, batizado de Luiz Cerqueira, outro pioneiro, em uma mansão perto da avenida Paulista; a Rádio Tam-Tam; o sequestro da Tutu Quadros, minha colega constituinte, internada à força por questões familiares; a luta da Juliano Moreira contra o ministro que mandou tanque de guerra para acabar com uma greve dentro do hospício que se agitava. A partir daí, fui ficando mais informado, e quando enfrentava todos aqueles que me criticaram, mentindo às vezes, ao dizer que não levava em conta o sofrimento das famílias, em embates com alguns familiares, eu dizia: “*essa lei não é feita para os pais, é feita para os filhos*”, ou falava com o filho: “*a lei não foi feita para você, foi feita para o seu pai*”. Essa lei foi feita para quem precisar dela!

Na verdade, ela foi descoberta por isso, porque todos sabem que por mais profissional, mais sério e competente que seja um médico, se ele está diante de um familiar, de uma pessoa que ama, tem um afeto mais profundo, respeita essa pessoa, o paciente faz dele a segunda pessoa naquele tratamento.

Redimensionando o lugar social do doente psiquiátrico

Essa desmaterialização da vida produzida pela arrecadação fria de impostos sem destinação social, ou destinação para políticas públicas erradas, isso também é um fator de desequilíbrio do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. No balanço geral, ele começa a ser considerado secundário como se fosse pequeno o número de brasileiros que precisam da atenção básica, preventiva no SUS e nos serviços criados pela reforma psiquiátrica. Esses serviços são os que podem também sustentar a reforma e enfrentar algumas questões negativas que aponto, as que me parecem mais relevantes: o silêncio da

universidade, o problema do crack e a questão da psiquiatrização de todos os problemas; porque onde estão os serviços bons que criamos, não tem crítica à lei. É boa a lei, e muito simples. E o SUS do Brasil é único, é o mais universal serviço de saúde pública do mundo. É o único lugar em que o familiar, o usuário e o profissional participam. O único lugar do mundo que está na agenda pública do dia a dia. Isso não tem aqui na América Latina, em lugar nenhum. Na Europa, o Estado de Bem-Estar Social parece mais sólido, mas, nosso SUS, é mais integrador, descentralizado, integral e com controle social.

Quem o sabota é a indústria de medicamentos que manda no Ministério da Saúde, a medicina comercial que atravessa com desrespeito qualquer valor humano nessa área e a justiça que inventou o caminho do privilégio para alguns furarem fila ou terem acesso a medicamentos não aprovados pela saúde pública. É claro que, em nosso meio, continuam a haver as internações de veludo, o império da banalidade hospitalar que nos sufoca em todos os campos da medicina, internações que não são compatíveis com a natureza da doença mental, porque a doença mental não é contagiosa, ela não requer internação nem do rico, nem do pobre. A doença mental precisa de escuta. É claro, no surto, você não vai internar a pessoa, vai acolhê-la, cuidar dela um pouco mais de tempo no sistema de observação. É uma maior intensidade do tratamento. Mas, não significa reclusão, interdição, tutela. Que é uma característica da medicina brasileira.

A medicina brasileira é carceral, ela adora internar, adora leito. Leito hospitalar, AIH (Autorização de Internação Hospitalar), não combina com psiquiatria. Tudo que um paciente precisa é de ar, andar, falar, se movimentar, precisa se deslocar. Preso ao leito, ele terá outra doença. Nós já evoluímos com a presença da lei, porque lá nos anos 1980 havia UTIs de doente mental, como se o fígado e o coração de um doente mental fossem diferentes. Isso felizmente terminou, como a lobotomia terminou. Mas ainda existem essas inconsistências, incoerências e barbaridades na observação da doença mental.

A lei e os direitos humanos: a cidadania do louco

Uma lei que incorporou o louco brasileiro no estatuto universal dos direitos humanos das Nações Unidas, é essa sua maior marca. Ou seja, nasceu o louco cidadão e cresceu o debate sobre as razões da tutela e o interesse pelas conexões entre cidadania, justiça e a psiquiatria como bem sintetizava, desde o título, o livro do Pedro Gabriel, meu irmão e principal idealizador do meu papel como deputado anti-manicomial³. Se você me perguntar, no fundo, no fundo, ‘Paulo, o que ficou desse ambiente, de toda essa luta parlamentar?’, ficou o louco cidadão, eu te direi. Uma insolência em um país como o Brasil tão indiferente à verdadeira significância das pessoas.

O louco sendo o cidadão que não era. O louco que era marginalizado, insignificante para a vida social. A Cooperativa Social, então, nos deu fôlego para avançar, deu certo aqui, deu ali, quando muitos Caps começaram a trabalhar com seu princípio integrador. Aprovada a lei, tivemos que enfrentar a questão da alta assistida e, daí, em mais um descortino da equipe da gestão do Pedro Gabriel na Coordenação de Saúde Mental, nasceu o Projeto de Lei nº 1.152/2003, do ministro Humberto Costa. Esse projeto virou a Lei Ordinária nº 10.708/2003, em que foi proposto o Programa de Volta para Casa, como determina a Lei nº 10.2016, para pacientes longamente internados e de grave dependência institucional. Foi uma das coisas mais bonitas do pós-lei. Pedi urgência, articulamos todas as relatorias de Comissão em plenário e aprovamos logo. Com a redução de leitos, a expansão dos Caps e de outros Serviços Residenciais Terapêuticos, a reforma ficou de pé, ou melhor, de tripé. O reencontro com familiares depois de longos anos, a alegria que foi a devolução da liberdade a milhares de pessoas, o casamento entre pacientes. É como se tivéssemos descoberto um planeta novo. O humanismo articulado com o domínio técnico da questão se sobrepondo à cegueira dos insensíveis. Devo isso a vocês, e basta isso

para justificar toda a minha vida parlamentar.

Mas, tudo começou mesmo para valer muito antes, como já disse, quando o Domingos Sávio, que era o coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde na época, se antecipou à lei e editou as portarias que permitiram criar o Caps e que depois a lei consolidou. Por isso vejo que temos que ter muito cuidado na luta pela institucionalização-desinstitucionalização. Lutar contra más portarias, apoiar boas portarias, nós sempre podemos revogar o ruim e exaltar, melhorar o novo.

Tenho esperança, não acho que é o fim do mundo se nos mantivermos unidos em torno do objetivo maior que é a questão humanitária que sempre ameaça nossa sociedade pela via da política. Evidentemente que há um sinal do fim do mundo, mas ainda não é o fim do mundo. Existem Caps com serviço comunitário e produtivo de cooperativa no ritmo e compreensão dos pacientes, e é muito bom, interativo, com música, artesanato, alimentos. Há pintores, artistas, visão e perspectiva profissionalizante. Nós podemos avançar para uma cota de paciente psiquiátrico em todos os setores onde for possível se a indiferença social com os doentes mentais persistir.

Do local para o mundo: ‘Não devemos fazer nada em estado de desespero’

Assim, voltando à história da discussão nos anos 1990, uma terceira estratégia na aprovação da lei, com o Caps e as Cooperativas Sociais, foi lutar pela aprovação das leis estaduais. Como não conseguíamos aprovar a lei nacional, mas eu também não a deixava morrer, era, assim, uma coisa, não passa a favor, mas também não enterra. Aí começamos com as leis estaduais, como já vimos. Começou lá no Ceará, que apresentou na assembleia em 1992. As leis foram aparecendo, até que a lei nacional foi aprovada naquele abril de 2001. Em 2002, ela foi sancionada. É uma lei que nasceu no governo

do Fernando Henrique, tramitou no governo do Sarney, do Collor, do Itamar, nos dois Fernando Henrique e foi sancionada no primeiro Lula.

É uma lei que tem a cara do Brasil, eu acho, por isso ela está aí até hoje. Esse ato agora, do Ministério da Saúde (CIT) é um ato historicamente equivocado de um governo isolado. Primeiro porque não pega, não se implanta. Não se consegue nessa área uma contracorrente muito forte. Porque, se aumentam os recursos para internação e volta o hospital psiquiátrico especializado, você reinaugura o manicômio. Isso, na verdade, entra em confronto com a política nacional de direitos humanos. O passo seguinte é ter que revogar também os princípios dos direitos humanos, e isso não vai conseguir se encaixar no SUS, no princípio do controle social do SUS. Como o SUS prevê a descentralização, só por isso a portaria é inconstitucional. Pode-se entrar com uma Adin, Ação Direta de Inconstitucionalidade, e o Supremo, certamente, vai julgar procedente. O princípio da integralidade também, de que todos têm direito a um tratamento completo, inclui o Caps. Aí já é uma segunda inconstitucionalidade e inconsistência, uma portaria não pode ser maior que uma lei. E confronta o SUS, o SUS é uma lei constitucional. O terceiro princípio que é o princípio do controle social, esse então é mortal para essa portaria, porque o controle social permite que um gestor local não aplique a portaria, mesmo que ela tenha vindo de uma instância tripartite. A autoridade gestora tem autonomia. Como prefeito, como secretário de saúde do município, é possível dizer que essa lei aqui não se aplica.

É evidente que é preciso sustentação social e jurídica para isso, e tal sustentação vem dos princípios do SUS e da política nacional de direitos humanos. Nós somos signatários da Declaração Universal dos Direitos humanos e dos seus desdobramentos que vieram com a Conferência de Viena, onde estive como chefe da delegação brasileira em 1993. Lá está escrito que o doente mental é cidadão. Portaria inócua não passa, ela não se afirma.

É um ato de arbítrio, ou de desinformação, ou pior, pressão comercial da indústria de medicamentos. Porque é mais fácil dar remédio em hospital do que tratar em casa. Porque remédio e hospital são uma rotina, como se fossem a mesma coisa.

Acho que o movimento deve ter tranquilidade, os profissionais, os técnicos, todas as pessoas das áreas, os usuários, os familiares, todos que se preocupam devem ter tranquilidade que isso não vai passar, isso não sobrevive. Não devemos fazer nada em estado de desespero.

Nota de produção

Este artigo de opinião foi consolidado a partir do extrato de uma entrevista em profundidade concedida ao Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, da Fiocruz Brasília, no escopo das pesquisas ‘Memórias da Saúde Mental: Cultura, Comunicação e Direitos Humanos’ e ‘Avaliação do Programa de Volta para Casa’, entre julho de 2017 e dezembro de 2018. A primeira entrevista com Paulo Delgado foi realizada em 15 de dezembro de 2017, no aeroporto de São Paulo, em uma ‘janela de tempo’ entre voos de Delgado; e a segunda, em 25 de janeiro de 2018. Desde então, trabalhamos na degravação do texto e ajustes de fidedignidade com o próprio autor. O documento na íntegra possui 60 páginas e versão em áudio e vídeo, que permanecem inéditos. Cabe destacar que esse testemunho reflexivo é parte de um conjunto documental composto por mais 24 entrevistados de relevo no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e será disponibilizado na íntegra nos canais de Ciência Aberta da Fiocruz em 2020/2.

Colaborador

Delgado Paulo (0000-0003-0251-9976)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite: Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. 22 Dez 2017 [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx.
3. Delgado Pedro. As Razões da Tutela, Psiquiatria, Justiça e a Cidadania do louco no Brasil, Rio de Janeiro: Te Corá; 1992.

Recebido em 01/03/2020
Aprovado em 19/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O futuro da psiquiatria e da saúde mental*

The future of psychiatry and mental health

Benedetto Saraceno¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E304

*Artigo traduzido do italiano para o português por Milena Pacheco.

É DIFÍCIL DISCUTIR SOBRE O FUTURO DA PSIQUIATRIA em um momento, não sei se histórico ou simplesmente pessoal, em que o futuro de tudo parece sombrio. Por que o futuro da psiquiatria deveria estar fora dessa zona obscura?

Ao contrário, é necessário discutir quais parecem ser os nós importantes a serem desatados para poder delinear batalhas culturais e práticas possíveis e necessárias em um futuro próximo, pelo menos no futuro dos mais jovens.

Digamos rapidamente que o Discurso Global de Saúde Mental (a chamada Global Mental Health) não determinou nenhuma transformação local. Limitou-se a transformar-se em um ‘mantra’ por meio de alguns aspectos compartilhados e para outros não compartilhados, mas, ainda assim, apenas um ‘mantra’ repetido sem qualquer poder transformador.

Analisemos mais de perto alguns elementos centrais da Global Mental Health. Primeiro, a chamada lacuna entre aqueles que precisam de cuidados e aqueles que realmente os recebem continua a existir e não diminuiu de fato.

Estudos nacionais recentes na China e na Índia mostram que mais de 80% das pessoas com problemas de saúde mental ou abuso de substâncias não buscam qualquer tratamento. E quando o tratamento é solicitado, sua qualidade é muito ruim: o estudo ‘World Mental Health Survey’ relata que entre os que sofrem de depressão maior, apenas 22,4%, 11,4% e 3,7%, respectivamente, países de alta, média e baixa renda, receberam tratamentos minimamente adequados¹.

Por último, as violações dos direitos humanos nas instituições psiquiátricas não foram substancialmente alteradas no curso dos últimos 20 anos e continuam inalteradas na maior parte dos países do mundo, com exceção de poucos países europeus que têm, há anos, empreendido uma série de reformas dos sistemas de saúde mental e com a grande e notável exceção do Brasil antes do devastador governo Bolsonaro.

Existe provavelmente apenas uma mudança positiva: se nos anos 1970-1990 os ministros perguntavam ‘mas por que eu deveria desinstitucionalizar?’ hoje, perguntam ‘como isso é feito?’. De fato, muitos países perceberam que existe a porta de entrada para o manicômio, e não apenas a porta de saída. Ou seja, os manicômios são combatidos não apenas fazendo as pessoas saírem, mas, acima de tudo, não as deixando mais entrar, isto é, não alimentando sua própria existência. A ênfase no fechamento progressivo da porta de entrada resulta em mais aceitável e gerenciável do que a urgência em acelerar a saída dos pacientes. Uma estratégia mais focada na limitação do ingresso de pacientes do que em acelerar sua alta parece tornar as políticas de desinstitucionalização mais aceitáveis para os políticos locais.

¹Lisbon Institute of Global Mental Health - Lisboa, Portugal.
benedetto.saraceno@gmail.com



Em geral, no entanto, devemos afirmar que a realidade predominante é a dos sistemas paralelos (permanência do manicômio e serviços territoriais de saúde mental embrionários, como é o caso do Líbano, do Panamá e do Chile), mesmo que algum feche realmente (como é o caso da República Dominicana) ou tente. Conectado ao tema da superação do manicômio, aqui está, portanto, o primeiro nó a ser desatado: o modelo de *balanced care* ou seja, um pouco de hospital psiquiátrico e um pouco de saúde mental comunitária, para não incomodar ninguém. Esse modelo, obviamente abraçado por todos os estabelecimentos psiquiátricos mais conservadores que se percebe finalmente admitido à mesa dos cientistas anglo-saxões, no entanto, nunca diz ‘onde’ os leitos devem estar, ou seja, se o *balance* entre leitos e serviços territoriais se refere a leitos em manicômios ou leitos em hospital geral; além disso, o modelo nunca diz se os recursos devem ser divididos igualmente entre leitos e não leitos ou se, como é o caso na maioria dos países do mundo, 85% dos recursos são gastos na manutenção de manicômios e 15% são destinados para implantar um sistema de psiquiatria extra-hospitalar.

Mais uma vez, nesse modelo desequilibrado em favor de investimentos e recursos em manicômio, a Itália e o Brasil são a exceção (enquanto o nefasto governo de Bolsonaro permitir) onde os recursos destinados para a saúde mental comunitária são claramente superiores do que os da psiquiatria manicomial.

Enfim, o modelo de *balanced care* não diz nada sobre os ‘direitos’ daqueles que estão nos leitos. Ou seja, ele não diz nada, mas se tornou um símbolo de inovação! Na realidade, esse modelo afirma somente: *business as usual*. Portanto, devemos pensar em estratégias críticas para o modelo *balanced care*.

No entanto, há um outro nó importantíssimo a ser desatado, e aqui lamentamos ter de reconhecer a responsabilidade também da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se do modelo/projeto ‘*Scaling Up*’, ou seja, o desenvolvimento de serviços de saúde

mental, especialmente onde eles não existem. É uma intenção certamente louvável, mas promovida, sobretudo a partir de 2010, de uma maneira muito acrítica e francamente irresponsável. O que significa ‘mais serviços’ se não forem especificados de ‘quais’ serviços se está falando? (manicômios, hospitais gerais, serviços territoriais, equipes comunitárias?). ‘O quê’ esses serviços devem fazer, ‘como’ esses serviços devem contribuir para aumentar o poder contratual e a cidadania de seus usuários? Não basta dizer que onde não há serviços eles devem ser desenvolvidos. Um dia, quando eu era diretor da OMS, participei de uma reunião de países africanos em Uganda, na qual estávamos discutindo *Scaling Up*, e um grande líder do movimento de usuários africanos me confrontou publicamente dizendo:

se para a OMS mais serviços significa aumentar a cobertura oferecida pelos serviços que temos hoje na África, manicômios miseráveis e serviços ineficazes, preferimos ficar com o que temos, porque quanto menor o número, mais fácil será destruí-lo.

Ele certamente tinha razão.

O que se quer aumentar? Os eletrochoques, os leitos manicomial, a disponibilidade de psicofármacos de alto custo com a bênção da *Big Pharma* (a chamada indústria farmacêutica)?

Logo, *Scaling Up* sim, mas com condições precisas e bem definidas para impedir que o *Scaling Up* seja reduzido à exportação de pacotes de intervenções inspiradas exclusivamente no modelo biomédico, portanto, devemos implementar estratégias críticas de *Scaling Up* quando promovido sem condições.

Finalmente, é urgente abordar a questão dos microdeterminantes sociais. Hoje, eles se tornaram uma expressão da moda; e, acima de tudo, reconhecer sua influência na saúde mental tornou-se um ‘*must*’ de ‘politicamente correto’. A pobreza, a guerra, as migrações forçadas, as mudanças climáticas são todos determinantes sociais que, e quem jamais poderia negá-los, têm um impacto na saúde mental de indivíduos e comunidades. Contudo,

os operadores da psiquiatria dizem com muita frequência: o que podemos fazer? Nós seremos os únicos a combater a pobreza, a guerra, a carestia e outras calamidades?

Dessa forma, absolvidos pela vastidão do problema, eles retornam às práticas usuais: *business as usual*.

Entretanto, se, e muitos estudos epidemiológicos confirmam isso, por exemplo, ser uma mulher negra em um subúrbio dos Estados Unidos, ser mãe solteira, pobre, com dois ou mais filhos com menos de 14 anos é um fator de risco para depressão grave centenas de vezes maior que o risco para uma mulher que não experimenta as mesmas condições... se é assim, o que os serviços psiquiátricos locais farão? Eles visitarão a senhora anunciando a boa notícia: temos, à sua disposição, psiquiatras que prescreverão antidepressivos, psicólogos que lhe oferecerão algumas entrevistas etc.

Infelizmente, isso é o que acontece com frequência.

Todavia, sabemos bem que essa mulher deve poder dispor de um serviço de transporte diário que acompanhe as crianças à escola, um suprimento mensal de frutas e legumes gratuitos, uma contribuição econômica que a ajude a pagar as despesas fixas, de um sustento semanal em um centro para mulheres que podem se encontrar e se apoiar. Sabemos disso, assim como sabemos que tudo isso não envolve uma intervenção macro em determinantes macrossociais, mas uma microintervenção em microdeterminantes sociais.

Então, vamos parar de considerar legítimo não responder a determinantes sociais. Pode-se e deve-se. Ademais, o modelo *Housing First* ensina claramente: primeiro a casa e depois o tratamento é certamente melhor do que o tratamento primeiro e depois, talvez, a casa.

Concluo com uma reflexão final sobre o movimento Global Mental Health, do qual faço parte de algum modo sendo um dos

comissários da Lancet Commission sobre a Global Mental Health^{2,3}.

1. A Global Mental Health é realmente global ou não é um centro de poder colonial ocidental baseado em alguns centros acadêmicos anglo-saxões?
2. O discurso da Global Mental Health é maciçamente tendencioso à promoção de modelos biomédicos?
3. A Global Mental Health está realmente interessada em agir sobre determinantes sociais ou se limita a reproduzir intervenções clínicas de melhor qualidade?
4. Qual é o impacto real (se houver) do discurso da Global Mental Health nos países de baixa renda?
5. Quais são as consequências sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais graves, da ênfase exclusiva da Global Mental Health nos chamados ‘transtornos mentais comuns’ e na Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*)? Em outras palavras, novamente vemos o risco de que pacientes mentais graves forçados a entrarem em instituições sejam, mais uma vez, esquecidos.

Penso que essas cinco perguntas suscitam não apenas uma crítica à Global Mental Health), mas também sugerem algumas pistas de novas reflexões e ações virtuosas que podem e devem interessar inclusive o Brasil.

Colaborador

Saraceno B (0000-0001-7119-5712)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry*. 2017; 210(2):119-124.
2. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018 [acesso em 2020 set 9]; 392(10157). Disponível em: <https://www.thelancet.com/commissions/global-mental-health>.
3. Saraceno B. Rethinking Global Mental Health and its priorities. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. [internet]. 2020 [acesso em 2020 fev 4]; 29,E64. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/rethinking-global-mental-health-and-its-priorities/90B78861CC6CF4510E62F2AF5392018/core-reader>.

Recebido em 05/02/2020

Aprovado em 14/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental

Deinstitutionalization in debate: an ethnography in mental health events

Milene Santiago Nascimento¹, Martinho Braga Batista e Silva¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E305

RESUMO Com o objetivo de identificar os usos do termo desinstitucionalização e os significados atribuídos a ele no campo da saúde mental, uma breve revisão bibliográfica foi acompanhada de uma etnografia em cinco eventos ao longo de dois anos. Confundido, na maioria das vezes, com desospitalização e ancorado nas contribuições da psiquiatria democrática italiana à reforma psiquiátrica brasileira, o conceito de desinstitucionalização aponta para mais de uma possibilidade de desmontar e/ou desconstruir saberes e práticas psiquiátricas. Além disso, trabalhadores, usuários, pesquisadores e outros participantes de congressos científicos e demais formas de encontro presencial apontam para a relevância de promover valor social nos processos de desinstitucionalização, indicando estratégias para aumentar o poder contratual em meio aos debates políticos.

PALAVRAS-CHAVE Desinstitucionalização. Pesquisa qualitativa. Saúde mental.

ABSTRACT *Aiming to identify the uses of the term deinstitutionalization and the meanings attributed to it in the field of mental health, a brief bibliographic review was accompanied by an ethnography in five events over two years. Mostly confused with dehospitalization and anchored in the contributions of Italian democratic psychiatry to Brazilian psychiatric reform, the concept of deinstitutionalization points to more than one possibility of dismantling and / or deconstructing psychiatric knowledge and practices. In addition, workers, users, researchers and other participants in scientific congresses and other forms of face-to-face meetings point to the importance of promoting social value in deinstitutionalization processes, indicating strategies to increase contractual power among the political debates.*

KEYWORDS *Deinstitutionalization. Qualitative research. Mental health.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. milenesantiago@hotmail.com



Introdução

O campo da saúde mental reúne trabalhadores, gestores e usuários de serviços, bem como seus familiares e vizinhos, do mesmo modo como professores, pesquisadores, poetas e outros atores sociais que contribuem para a inclusão social de pessoas em situação de sofrimento psíquico. Esse campo emerge ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirado em experiências internacionais de transformação da assistência psiquiátrica nos Estados Unidos da América e na Europa – neste continente, particularmente, Itália, também Reino Unido e França¹. Esse processo ultrapassa a transformação da assistência psiquiátrica, uma das dimensões e não a única dele, designada técnico-assistencial, pois ele envolve outras três dimensões: jurídico-política (a Lei nº 10.216/2001 foi uma conquista nesse sentido), sociocultural (blocos de carnaval como Loucura Suburbana foram simbólicos nesta direção) e teórico-conceitual/epistemológica (colocar a doença mental entre parênteses ilustra essa operação)^{1,2}. A dimensão epistemológica do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira contribuiu tanto quanto as outras dimensões para a consolidação do campo da saúde mental, situando o saber psiquiátrico como uma forma de conhecimento científico articulado com modalidades variadas de controle social, como é o caso do tratamento moral no alienismo dos séculos XVIII e XIX³.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira foi desencadeado em meio à constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e se desdobrou em políticas de saúde mental, álcool e outras drogas. Nessas políticas, a assistência psiquiátrica hospitalar perdeu espaço para a atenção psicossocial no território na passagem do século XX para o XXI⁴. Beneficiamo-nos da psiquiatria preventiva norte-americana, das comunidades terapêuticas e da antipsiquiatria inglesas, da psiquiatria institucional e da psiquiatria de setor francesas e, principalmente, da psiquiatria democrática italiana na fabricação do que chamamos serviços

alternativos à cronificação asilar⁵. Terminamos por valorizar o protagonismo dos usuários desses serviços e dos militantes, artistas e demais pessoas com transtorno mental que ajudaram a lutar por uma sociedade sem manicômios.

Além de atenção psicossocial no território, outros conceitos emergiram no campo da saúde mental e, assim, relevaram a importância da dimensão epistemológica do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, como é o caso de contratualidade⁶ e desinstitucionalização⁷.

A expressão desinstitucionalização frequentemente é utilizada por autores e atores do campo da saúde mental brasileiro como sinônimo de desospitalização, sem qualquer referência ao conceito e geralmente com o significado de saída do paciente de dentro de hospital. O uso do termo ganha força, sobretudo, com a Portaria nº 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a situa como um de seus sete componentes, ou seja, “Estratégias de desinstitucionalização”⁸. O uso desse termo se tornou tão naturalizado pelos agentes que compõem o citado campo que a desinstitucionalização passou a ser chamada de ‘desins’ ou mesmo ‘desinsti’.

Quais os usos e significados de desinstitucionalização no campo da saúde mental? Certamente, encontraremos polissemia nessa investigação, sendo que, para nós, desinstitucionalização diz respeito ao processo contínuo de desmontagem dos saberes e práticas que colaboram para manter a experiência da loucura como sinônimo de doença mental, a instituição a ser interrogada se referindo não só à física – o próprio manicômio –, mas também ao conjunto de aparatos médicos, jurídicos e morais que fazem com que suspeitemos que toda pessoa com transtorno mental é potencialmente incapaz, irresponsável, incurável e perigosa – simbólica portanto.

Dessa forma, nosso objetivo é identificar os diferentes usos e significados para a desinstitucionalização no campo da saúde mental, particularmente os que emergem em espaços nos quais seus agentes promovem debates sobre esse tema, como os eventos científicos.

Metodologia

Com o objetivo de estudar os sentidos de território no campo da saúde mental, documentos científicos – artigos exclusivamente – e estatais – portarias e cartilhas, entre outros – publicados ao longo das últimas décadas foram reunidos e sistematizados⁹. A análise dos documentos permitiu aos autores distinguirem quatro acepções de território: 1) como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares, ou seja, conjunto de cuidados em saúde de determinado território geográfico; 2) território como conjunto de recursos terapêuticos que potencializam o cuidado de pessoas com transtornos mentais graves; 3) território como existência, no qual estão envolvidos aspectos subjetivos, sociológicos, como lugar de construções simbólicas e pertencimento; 4) território como interface entre o político e o cultural, cunhado por Milton Santos. As duas primeiras acepções constituem o polo de dominância funcional; e os dois últimos, o polo de dominância simbólica. Como esses autores, procuraremos tipologizar os sentidos do termo desinstitucionalização com base em uma análise documental – no nosso caso, livros sobre o tema.

Segundo os citados autores, “o processo italiano de desinstitucionalização e inclusão territorial pressupõe disputas e embates nada alinhados à noção funcional de território”⁹⁽¹⁰⁾, de maneira que apontam para a possibilidade de nossa investigação sobre os usos e sentidos de desinstitucionalização no campo da saúde mental fortalecer a dimensão simbólica do termo. Esses mesmos autores também nos advertem:

Estamos numa encruzilhada entre a verdadeira inserção no território e uma transinstitucionalização. Se a primeira representa conflitos, o difícil convívio com a diferença e avanços por vezes lentos e sempre parciais, a segunda representa somente a saída do hospital psiquiátrico em direção à tutela na comunidade, conduzida por profissionais de instituições como os Caps e os SRT⁹⁽¹⁰⁾.

Além disso, compartilhamos com os referidos autores a perspectiva segundo a qual o campo da saúde mental é semelhante ao campo da saúde coletiva, ou seja, seus agentes mobilizam capitais burocráticos e científicos para se legitimarem nesse espaço social. Desse modo, muitos dos ‘mentaleiros’ são assim considerados por circular entre órgãos do Poder Executivo – como secretarias municipais, seja como trabalhador ou gestor – e instituições de ensino – seja como pesquisador ou professor –, e não apenas um deles isoladamente. Acrescentaremos à análise documental a observação participante de eventos promovidos por agentes do campo da saúde mental, justamente na expectativa de compreender os usos e os sentidos de desinstitucionalização com os próprios agentes que são autorizados a falar em nome da ‘saúde mental’.

Nos eventos, utilizamo-nos da proposta da ‘etnografia de interface’¹⁰. Trata-se de uma forma de realizar a observação participante em eventos públicos de um campo familiar, no qual nos encontramos como agentes, já que fomos trabalhadores da saúde mental. Isto é, falas, termos, significados que são próprios do campo da saúde mental são compartilhados externamente, uma vez que, nesses espaços, é permitida a presença de agentes que não necessariamente frequentam esse campo.

A etnografia de interface é mais uma alternativa ao etnógrafo, que precisa ser criativo em suas ferramentas antropológicas, já que

‘halfway’ or ‘interface’ spaces in which some sort of revelations about insider’s ways of thinking and talking and (re)presenting themselves might be heard and seen¹⁰⁽²¹⁹⁾.

Para essa autora, os eventos se situam em um ‘entre’, em que as pessoas se apresentam, relatam suas experiências, permanecendo essas falas em domínio público.

Ao etnografar um evento da Associação Brasileira de Psiquiatria, especificamente a área de estandes, outro autor evidenciou o *marketing* relacionado aos psico/neurofármacos¹¹. Ele descreveu como se preparou para a

atividade (estratégias utilizadas para a construção do pré-campo, como estudo teórico e encontro prévio com alguns agentes do campo), a área física do evento, dos estandes, nos apresentando as características deste e de seus participantes (com recorte de idade, gênero e formação), bem como o critério de seleção dos espaços etnografados.

Entendemos que os eventos do campo da saúde mental são ricos, não somente no que tange aos debates, mas pela multiplicidade de agentes que participam. Cada um deles possui trajetória diferente, mobilizando capital distinto. Assim, congressos e demais eventos científicos e burocráticos se constituem um espaço fecundo para alcançarmos os usos e sentidos que o termo desinstitucionalização adquire.

O pertencimento ao campo da saúde mental contribui para compreensão do discurso científico sobre a desinstitucionalização e do arsenal linguístico encontrado nos eventos. Ambos os autores já foram trabalhadores da saúde mental e, atualmente, são pesquisadores. Esse pertencimento ao campo construiu, em cada pesquisador, um arsenal prévio de sentidos para o termo 'desinstitucionalização'. A tarefa de identificar e caracterizar os sentidos acionados pelos agentes do campo evoca esse conjunto subjetivo e particular de valores, de conceitos já formulados e absorvidos, de significados estabelecidos. Assim, reconhecer essas pré-construções foi a primeira empreitada etnográfica.

A observação participante dos cinco eventos científicos e burocráticos do campo da saúde mental aconteceu entre os anos de 2018 e 2019; e o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo autorizada pelo parecer número 3.386.261.

Resultados e discussão

A revisão bibliográfica e a visita aos eventos nos certificaram de características do campo da saúde mental: sua pluralidade de atores, a

polissemia dos termos que lhe são próprios e sua disposição política. A diversidade de agentes, os debates e as práticas fazem da saúde mental um campo importante de disputas, de tomada de posições e construções coletivas, que envolve ações que objetivam intervenções sociais, cuidado aos usuários e construções teóricas.

Os resultados da pesquisa serão, a seguir, sistematizados em dois subitens: no primeiro, apresentaremos os significados do conceito desinstitucionalização apreendidos de uma breve revisão bibliográfica; no segundo, os usos do termo desinstitucionalização e os significados atribuídos a ele em debates ao longo de eventos burocráticos e científicos do campo da saúde mental serão identificados. A discussão dos resultados será conduzida nos próprios subitens.

Desinstitucionalizações: desmontagens, desconstruções e níveis

Realizamos uma revisão bibliográfica do conceito de desinstitucionalização em três referências que consideramos fundamentais para sua compreensão. A primeira delas constitui a definição clássica de desinstitucionalização, cunhada por Rotelli, Leonardis e Mauri em 1990, resultado da experiência dos autores na reforma psiquiátrica italiana¹². A segunda referência é um marco do conceito de desinstitucionalização no Brasil, elaborado por Amarante em 1996, que a define a partir de três sentidos: desospitalização, desassistência e desconstrução¹³. Por último, o referencial construído por Venturini mais recentemente, acentuando a polissemia para o termo e propondo os níveis de desinstitucionalização¹⁴. Um desses níveis, a promoção de valor social, ganhará destaque no próximo subitem, entre outras razões, por entendermos que ele remete a uma conquista do movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para os primeiros autores citados, a desinstitucionalização representa a desconstrução

de um modelo hegemônico de pensamento, a psiquiatria clássica. O conceito remete não somente ao espaço físico do manicômio, mas, sobretudo, à instituição simbólica:

[...] trabalham com a hipótese de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, 'a doença', da 'existência global complexa e concreta' dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a 'instituição'), todos referidos à 'doença'. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto 'existência' doente¹²⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Para esses reformadores italianos, a desinstitucionalização é um processo social contínuo de transformação, no qual os técnicos exercem mais do que uma prática terapêutica, já que "eles fazem também, indiretamente, política"¹²⁽³²⁾. A desinstitucionalização, nessa visão, requer uma relação direta com o território, volta-se mais para as pessoas do que para as instituições:

Trata-se de negar o hospital psiquiátrico salvaguardando o direito de assistência, de negar a 'política de setor' salvaguardando a unicidade de responsabilidade sobre um território determinado, de negar a comunidade terapêutica em favor de uma comunidade difusa, de negar o monopólio dos técnicos utilizando ao máximo suas potencialidades para ativar os recursos da pessoa. Esta linha de atuação é o que se entende em Trieste concretamente por desinstitucionalização¹²⁽⁴²⁾.

Para um dos principais teóricos e militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a concepção de desinstitucionalização no Brasil contou em muito com a contribuição desses reformadores italianos¹³. Segundo seu ponto de vista, a desinstitucionalização se afirma quando a reforma psiquiátrica deixa de ser

apenas uma bandeira dos trabalhadores do campo da saúde mental e se transforma em um movimento social e democrático. Esse autor indica que existe uma pluralidade de atores e fazeres em saúde mental, todos sob o título de desinstitucionalização. Ele considera que a forma de lidar e pensar a desinstitucionalização impõe uma distinção entre os variados projetos da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, propõe três sentidos possíveis para a desinstitucionalização no Brasil: desospitalização, desassistência e desconstrução.

A desinstitucionalização como desospitalização refere-se às medidas de prevenção de internações inadequadas em hospitais psiquiátricos; alta para o tratamento na comunidade; e implantação de serviços de base comunitária para o cuidado dos egressos das internações. Essa prática de desinstitucionalização está voltada, sobretudo, aos objetivos administrativo-financeiros do Estado. Para o referido autor, trata-se do mesmo projeto tradicional das práticas psiquiátricas, apenas humanizadas, garantidas por uma mudança operacional.

A desinstitucionalização como desassistência é a marca da crítica realizada aos princípios da desinstitucionalização, levantada por interesses ou grupos que dependem financeiramente do êxito das internações hospitalares e corporações farmacêuticas. Trata-se de uma "tendência contradestinacionalizante"¹³⁽¹⁹⁾ com base na suspeita de que os pacientes, ao saírem dos hospitais psiquiátricos, ficariam abandonados, já que não haveria um suporte para o cuidado.

A desinstitucionalização como desconstrução indica o momento em que a reforma psiquiátrica brasileira se transforma em um movimento social, e não apenas a especificidade de um grupo, como o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental. Como desconstrução, a desinstitucionalização coloca em questão o conceito de doença mental, pois ele impõe limites aos direitos dos cidadãos. Assim, trata-se de um processo de ruptura prático-teórica com o saber constituinte e o campo específico da psiquiatria.

Finalmente, outro reformador italiano contribui para entendermos a polissemia do termo, a partir da distinção entre a verdadeira e a falsa desinstitucionalização e suas reflexões sobre os níveis de desinstitucionalização¹⁴. Para o autor, a falsa desinstitucionalização indica um simples processo de desospitalização ou transinstitucionalização, enquanto a verdadeira desinstitucionalização opera uma transformação do paradigma da psiquiatria. São os equívocos em processos de desinstitucionalização – que sofrem influência de políticas neoliberais – e a constatação da negação e desvirtuação dos princípios fundamentais da desinstitucionalização que contribuíram para essa distinção. Ademais, o autor propõe quatro níveis em progressão da desinstitucionalização: desospitalização, habilitação psicossocial, inclusão social e promoção de valor social. Esses níveis são divididos em dois grupos descontínuos: desospitalização e desinstitucionalização.

Para o autor, a desospitalização é o processo que não intervém no tecido social. Trata-se de um processo de humanização do hospital psiquiátrico e redução do número de leitos e internações. A habilitação psicossocial, primeiro nível da desinstitucionalização, envolve a aceleração de altas, com algumas intervenções significativas em relação à regressão institucional, mas sem ação sobre os mecanismos sociais que constroem a experiência da loucura ou do sofrimento psíquico. O segundo nível é a inclusão social, que incide nas instituições psiquiátricas mudando o circuito psiquiátrico. Desconstrói o manicômio, erigindo ações solidárias. Envolve intervenções no nível social, jurídico, político e incide sobre tratamentos e cuidados. A promoção de valor social é o terceiro nível da desinstitucionalização e atua sobre uma comunidade, desconstruindo o estigma e as representações sociais e culturais tradicionais da doença.

Entre todos os níveis da desinstitucionalização, a promoção de valor social representa uma mudança na comunidade. Trata-se de um processo de valorização social, que

envolve práticas de emancipação (acesso aos estudos, moradia adequada, condições de trabalho e renda, liberdade sexual, livre expressão, promoção individual e qualidade de vida); disponibilidade efetiva de recursos e direito de acessá-los, que engloba, além dos anteriormente descritos, as relações sociais viáveis; acesso a diversos valores – autonomia, instrução, formação profissional, capacidade social, exercício de poder e capacidade de expressão de valores e concepções pessoais; desenvolvimento das trocas sociais e da co-operação. Todos esses aspectos se referem ao conceito de contratualidade social⁶. Isso significa que a valorização social tem como um de seus efeitos a viabilização do sujeito na sociedade, empreendendo trocas, exercendo direitos e se envolvendo no planejamento de políticas sociais e nas políticas de saúde mental. Assim, a desinstitucionalização como promoção de valor social interfere mais no tecido social do que no sujeito particular.

Debates sobre desinstitucionalização em eventos científicos e burocráticos

Os eventos do campo da saúde mental são caracterizados por uma riqueza de debates e multiplicidade de atores. São trabalhadores, estudantes, usuários, militantes, familiares e pesquisadores, que fazem dos eventos um espaço singular para conhecimento da realidade e do contexto da saúde mental e de suas práticas.

Outra característica importante dos eventos do campo da saúde mental é a construção de estratégias que visam à prática de cuidado e uma intervenção no tecido social, na tentativa de uma transformação social do imaginário acerca da loucura e do sofrimento psíquico.

Os eventos etnografados se configuravam em diferentes modalidades: simpósio, congresso, fórum e grupo de estudos. A maioria dos eventos foi organizada por entidades da sociedade civil e universidades, estas sendo também a sede de grande parte deles, dado o grande número de participantes. Outrossim, possuem espaços coletivos, como feiras de economia

solidária, exposições e área de alimentação, em que seus participantes circulam e continuam algumas discussões disparadas nas apresentações de trabalhos e nas mesas redondas.

Apenas um dos cinco eventos etnografados não é científico, dizendo respeito ao campo burocrático da saúde mental. Esse evento regional mensal discute, com mais frequência, questões relativas às dificuldades na relação entre os serviços da Rede de Saúde, falta de suporte das estruturas de gestão e da área técnica de saúde mental para desenvolvimento de ações que visem à desinternação. A análise da conjuntura política atual e os impactos nos processos de desospitalização e consolidação da Raps sempre comparecem nos encontros. O tema 'desinstitucionalização' é pouco abordado. O termo é mencionado poucas vezes, de maneira prescritiva ou conceitual.

O Congresso Nacional Bienal do Campo Científico discute, com maior frequência, práticas de cuidado em saúde mental, protagonismo do usuário e a temática álcool e outras drogas. O evento estava esvaziado, com pouco movimento de militância e poucas manifestações acerca das mudanças na política nacional de saúde mental. Neste momento da atualidade, em que observamos um retorno a práticas manicomiais, a desinstitucionalização não aparece como eixo temático, embora o termo tenha aparecido em 21 trabalhos, sendo título de uma mesa redonda.

Outro Evento Nacional Bienal do Campo Científico abordou com maior frequência questões sobre autonomia, protagonismo e direitos dos usuários, desinstitucionalização, avaliação da rede e serviços quanto à garantia dos direitos humanos, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP); e a temática álcool e outras drogas e sua relação com a desinstitucionalização. Estes últimos temas não são frequentes nos eventos, o que nos levou a uma dificuldade de identificar e caracterizar os sentidos de desinstitucionalização nesses debates. As conversas e as reflexões sobre desinstitucionalização foram frequentes: temas de mesas redondas e de trabalhos (relatos de pesquisa e experiência). O

evento destacou-se pela quantidade de usuários e militantes ocupando mesas de debates, fazendo com que ele se caracterizasse por uma forte movimentação política. Além disso, percebeu-se que o termo desinstitucionalização é usado de forma diferente pelos trabalhadores e pelos usuários.

O Congresso Nacional Trienal no Campo Científico foi politizado e amplo. Discutiu com grande frequência o protagonismo de usuários e familiares no cuidado e no processo de desinstitucionalização; a relação entre saúde mental e atenção básica; a formação e a educação popular em saúde; e a desinstitucionalização e sua relação com ampliação da Raps. O evento destacou-se por debater sobre práticas de neoinstitucionalização; por trazer uma concepção de polissemia relacionada com as práticas de desinstitucionalização, diferentemente da polissemia atribuída ao conceito¹⁴.

O Evento Regional Anual do Campo Científico trouxe muitas reflexões sobre os retrocessos na política de saúde mental e formas de enfretamento; destacou-se por abordar a transinstitucionalização; tratou sobre a desinstitucionalização, a história da reforma psiquiátrica e contribuições da sua memória para os momentos atuais.

Durante a observação participante, encontramos diferentes sentidos relativos à desinstitucionalização, como: estratégia, cuidado, rede territorial, humanização, desospitalização, mudança de postura do profissional, desconstrução da lógica manicomial, entre outros. Para análise dos achados, esses sentidos foram agrupados de acordo com os níveis de desinstitucionalização, caracterizando o seguinte cenário: 1) desospitalização (desospitalização; mudança da postura do profissional); 2) habilitação psicossocial (alta assistida / acompanhamento terapêutico); 3) inclusão social (rede de cuidado territorial / Raps / estratégias de desinstitucionalização / cuidado: integralidade, promoção de saúde; reabilitação psicossocial / Serviço Residencial Terapêutico / inserção no trabalho; inserção social / cidadania / direitos / autonomia); 4) promoção de valor social (desconstrução da lógica manicomial).

Quadro 1. Sentidos de desinstitucionalização

Evento	Ano	Participantes	Desinstitucionalização no Tema / Eixo temático	Sentido mais frequente de Desinstitucionalização
Evento Regional Mensal do Campo Burocrático	Contínuo	Trabalhadores da instituição promotora, eventualmente usuários, seus familiares e gestão; trabalhadores da Raps; graduandos, mais frequentemente dos cursos de Psicologia e Direito; pesquisadores do campo da psicologia e do direito	Presente	Desospitalização
Congresso Nacional Bienal do Campo Científico	2018	Trabalhadores, usuários, familiares da Raps; militantes e pesquisadores do campo da saúde mental; graduandos, mais frequentemente dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Terapia Ocupacional (TO)	Ausente	Desospitalização
Evento Nacional Bienal do Campo Científico	2019	Muitos representantes de grupos sociais - indígenas, negros, LGBTQIA+, saúde mental; Trabalhadores e usuários Raps; graduando, mais frequentemente dos cursos de Enfermagem, Psicologia e TO; pesquisadores do campo da saúde mental.	Presente	Desospitalização
Congresso Nacional Trienal no Campo Científico	2019	Trabalhadores e pesquisadores do campo da saúde coletiva; graduandos cursos do campo da saúde; representantes de grupos sociais (indígenas, negros, LGBTQIA+, saúde mental, HIV+, entre outros)	Ausente	Promoção de valor social
Evento Regional Anual do Campo Científico	2019	Alunos do mestrado profissional em atenção psicossocial da instituição promotora e mestres recém-formados; trabalhadores da Raps e da Rede de Saúde; pesquisadores do campo da saúde mental	Presente	Promoção de valor social

O quadro acima demonstra que ‘promoção de valor social’ é um dos sentidos de desinstitucionalização presente nas falas dos participantes dos cinco eventos etnografados, do mesmo modo como ‘desospitalização’. Mais do que isso, nota-se que ‘promoção de valor social’ é o sentido mais frequente do termo desinstitucionalização em dois dos cinco eventos. Com valor demonstrativo e comparativo, o quadro indica a ‘promoção de valor social’ como um sentido relevante para compreendermos desinstitucionalização. Ressalta-se que ‘promoção de valor social’ é mais utilizado em falas prescritivas; e quando o termo desinstitucionalização é acionado, é em uma vertente teórica-conceitual.

A ‘promoção de valor social’ é o sentido que mais se aproxima da verdadeira desinstitucionalização¹⁴, da desconstrução¹³ e da contratualidade⁶, diferentemente da desospitalização. Por essa razão, optamos por apresentar o

significado de desinstitucionalização como promoção de valor social conforme ele aparece nos debates em eventos científicos e burocráticos, embora tenha sido utilizado com menos frequência que desospitalização.

No Evento Regional Mensal do Campo Burocrático, participam usuários do serviço, trabalhadores da Raps, do campo jurídico e do campo científico. Os debates são disparados a partir de falas apresentadas por convidados, que são engendradas por temas escolhidos previamente. Os temas giram em torno da relação entre saúde mental, saúde e campo jurídico. É interessante notar que a direção do debate visa à desinstitucionalização. Entretanto, como assinalamos, nem sempre ela é pauta ou é, sequer, mencionada.

Em um dos encontros, discutiu-se sobre o aparato psicossocial que coloca a experiência da loucura como sinônimo de periculosidade. Os participantes debateram sobre estratégias

de intervenção em nível social para a desconstrução desse estigma, ou seja, o ‘louco perigoso’. Pudemos identificar o sentido de promoção de valor social atrelado ao uso de desinstitucionalização:

a desinstitucionalização precisa mirar a estrutura social, que define que o louco é perigoso. Não é o diagnóstico quem diz que o doente é perigoso, mas sim esse discurso.

Em outro encontro, durante debate sobre o encarceramento feminino em HCTP, novamente identificamos a desinstitucionalização sendo utilizada no sentido de promoção de valor social:

precisamos desinstitucionalizar, criar condições dessa mulher sair do HCTP e existir no território. Não é suficiente tirar ela do hospital, mas criar condições de vida, ter acesso à cidade: educação, lazer, casa, trabalho.

No Congresso Nacional Bienal do Campo Científico, ocorrido em 2018, o sentido de promoção social também foi algumas vezes acionado. O evento possui atividades acontecendo simultaneamente, o que dificulta estar presente em muitas atividades. Contou com milhares de participantes, entre militantes, usuários, familiares, profissionais e alunos de diversos cursos de graduação.

Havia, na área dos estandes, uma exposição de fotos, em comemoração aos 15 anos do Programa De Volta Para Casa. Nos banners da exposição, a desinstitucionalização foi colocada ao lado de contratualidade social, indicando, novamente, o sentido de promoção social:

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são estratégias que vão além da desospitalização e abrigamento, passam pela reconstrução de histórias de vida, de rede social, emprego, lazer, moradia entre outras necessidades que se superpõem à clínica.

Em uma das mesas-redondas, cujo título continha a palavra desinstitucionalização, ela

também compareceu com o sentido promoção de valor social: “a desinstitucionalização é uma prática territorial, cuja intervenção se dá na cultura, no imaginário em torno da loucura”. Na mesma mesa, outros participantes também destacaram o sentido de promoção de valor social:

a desinstitucionalização é mudança de pensamento. É preciso que a sociedade saiba lidar com o diferente.

a desins envolve ação de transformação no território, para oferecer um lugar social para o sujeito.

O Evento Nacional Bienal do Campo Científico contou com público semelhante ao anterior, embora com mais representantes de grupos sociais e militantes da saúde mental. O sentido promoção de valor social também compareceu, sobretudo quando o termo desinstitucionalização era acionado com um caráter mais teórico e ideológico.

Em um dos relatos de experiência, sobre a experiência de um profissional que compôs uma “comissão de desinstitucionalização de um município no interior da Bahia”, a desinstitucionalização ganhou o sentido de promoção de valor social: “a desinstitucionalização dá lugar à diferença, à loucura... é criação de novas possibilidades de vida”, destacou a participante; e em seguida descreveu as ações de desinstitucionalização empreendidas pela comissão. Entre as ações, nos chamou a atenção aquelas que Venturini sinaliza como estratégias de valorização social: “busca de vínculos no território, construção de formas de moradia, ocupação de espaços sociais”.

O Congresso Nacional Trienal no Campo Científico foi mais amplo que os demais, pelo fato de não se tratar de um evento específico do campo da saúde mental, mas da saúde coletiva. A saúde mental foi um tema de grupos de trabalho, nos quais também pudemos ver a desinstitucionalização sendo utilizada com o sentido de ‘promoção de valor social’:

A reforma psiquiátrica prioriza ações de desinstitucionalização, com vistas a superar a lógica manicomial que segregava a pessoa com sofrimento mental, oferecendo um novo lugar social para o sujeito.

Para um dos teóricos da desinstitucionalização, “a cidade do século XXI é desumana”¹⁴⁽¹³¹⁾. Ela cancela o lugar do encontro, do conflito e da democracia. Cada vez mais, observamos o estrangeiro mais estranho: à margem, em seus lugares destinados. Os interesses frágeis são negligenciados; são os interesses das crianças, dos jovens que têm seus espaços predeterminados por adultos, dos idosos, dos doentes mentais, dos imigrantes. Para estes, a sociedade fecha seus olhos. Os lugares definidos pela sociedade pertencem ou são permeados por aqueles com ‘nome e sobrenome’, ou com destino determinado: lugares de consumo, de lazer, de turismo... o acesso a esses espaços é regulado.

Assim, quando os agentes do campo da saúde mental tomam a desinstitucionalização por ‘promoção de valor social’ ampliam o conceito, não o reduzindo somente ao eixo cuidado. Esse sentido sugere que as ações de desinstitucionalização se voltem justamente para o espaço social cancelado, ou àquele prescrito, que não atende aos interesses de pessoas que estão à margem:

Vivemos hoje numa aldeia eletrônica global e os pontos de referência são instáveis e não identificáveis. Além disso, dentro de uma mesma área convivem culturas diversas. A nova cidade deverá definir-se por um caráter laico de tipo novo, sem a memória embaraçosa do pertencimento... o grau de entropia, física e social impõe a todos uma consideração plena de necessidades e dos direitos de todos os cidadãos¹⁴⁽¹³⁷⁾.

Para que essa operação seja possível, sob a perspectiva da promoção de valor social, o papel do trabalhador do campo da saúde mental é fazer a engrenagem social funcionar:

acionando uma rede de microiniciativas, alimentando trocas, provocando a reprodução

social, construindo um tecido social composto por microcomunidades¹⁴⁽¹³⁸⁾.

Paradoxalmente, são os invisíveis que movimentam essas microcomunidades, por constituírem em seu entorno uma rede de apoio. Nesse sentido, a cidade deve ser reabilitada para que ela mesma possa reabilitar.

A reabilitação psicossocial é uma “exigência ética”¹⁵⁽¹⁹⁾, própria de um campo que tem como prioridade uma abordagem ética da saúde mental. Como estratégia global, implica uma ruptura com uma política de serviços tradicionais de saúde mental, envolve diversos atores, como profissionais, pacientes, familiares e comunidade; e se coloca no nível de construção ou potencialização de habilidades. Na reabilitação psicossocial, está envolvida a concepção de habilidade para contratualidade, isto é, elementos que possibilitam a produção de valor social. São esses elementos que permitem o sujeito circular em um espaço de troca. Assim, de acordo com o autor, os cenários nos quais se efetiva a reabilitação psicossocial são: 1) o *habitat*, ou seja, a apropriação de um espaço mais íntimo, a casa, a habitação; 2) a rede social, caracterizada pela participação nas trocas de identidades sociais, a circulação em espaços sociais e o lazer; 3) o trabalho como aquele que articula os desejos, os interesses e a produção de objetos com valor social.

A desinstitucionalização como promoção de valor social, portanto, é movimentar o tecido social, tendo como palavras-chave: contratualidade social, direitos, reciprocidade, subjetividade. O foco deixa de ser o sujeito louco, em sua condição existencial de perigoso, crônico, incapaz e inimputável:

O homem precisa conviver com o diverso dele mesmo, para descobrir a si próprio: porque a cidade, em uma escala humana, tem de ser a cidade de todos. A cidade não agressiva é, portanto, a cidade que cresce solidariamente, que pratica o respeito e que não tem medo de suas contradições¹⁴⁽¹³⁹⁾.

Considerações finais

A pesquisa registrou uma polissemia em torno do termo desinstitucionalização. Foram vários sentidos identificados, tanto na literatura científica quando nos eventos visitados. O que mais nos chamou atenção foi o sentido ‘promoção de valor social’, por meio do qual podemos pensar sobre a ideia de contratualidade social.

É admissível extrairmos duas reflexões deste estudo. A primeira delas refere-se à caracterização do conceito de desinstitucionalização nos polos de dominância funcional e de dominância simbólica⁹. A segunda refere-se às consequências de significar desinstitucionalização a partir de promoção de valor social, que aponta para a intersectorialidade.

Considerando a concepção dos supramencionados autores, no polo de dominância funcional, estão os sentidos de desinstitucionalização referentes ao pragmatismo do cuidado e cotidiano dos serviços, sem um alcance simbólico, ou seja, desospitalização, habilitação psicossocial e inclusão social. No polo de dominância simbólica, está o sentido que relaciona a desinstitucionalização com a vertente da existência, subjetiva, social, político e cultural, ou seja, a promoção de valor social.

Significar a desinstitucionalização a partir da promoção de valor social nos leva a pensar sobre a intersectorialidade. A promoção de valor social envolve aspectos que vão além do sujeito em sofrimento, isto é, a reconstrução de todo um aparato social a partir das ideias de solidariedade, liberdade, trocas, cooperação, exercício de poder, bem como aspectos como moradia, trabalho, renda e lazer. Assim, ela se aproxima do que um dos reformadores italianos concebe como reabilitação psicossocial¹⁵ e implica uma ampliação da rede, de serviços e de atores.

Os eventos etnografados poderiam apontar para mais usos e significados da desinstitucionalização, além dos apresentados anteriormente. O contexto político-institucional no qual essas atividades coletivas e públicas aconteceram determinou, em grande parte, esse leque potencial de sentidos contidos nos enunciados dos participantes. Assim, o momento de retrocesso vivido no campo da saúde mental, após o golpe de 2016, certamente influenciou a viabilidade de um debate sobre a desinstitucionalização nesses espaços. Isto porque eles reúnem pessoas que circulam ao mesmo tempo pela academia, pelo serviço e pela militância, que se afetam pelas medidas arbitrárias do governo federal, como é o caso da Nota Técnica nº 11/2019, uma tentativa de incluir os hospitais psiquiátricos na Raps¹⁶.

Com estas considerações, é viável afirmarmos que a desinstitucionalização enquanto promoção de valor social, com vistas à construção de contratualidade social, requer um aumento do grau de intersectorialidade. Isso significa uma ampliação ou a inclusão de outros dispositivos da rede que extrapolam o segmento da saúde para a que a desinstitucionalização se efetive.

Colaboradores

Nascimento MS (0000-0002-5132-1723)* contribuiu para participação dos eventos estudados, elaboração do conteúdo, e análise e interpretação dos dados. Silva MBB (0000-0003-3577-958X)* contribuiu para concepção do artigo, análise e interpretação dos dados, e revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Amarante P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
2. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
3. Pinel P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Porto Alegre: UFRGS; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão 2003-2007. Coordenação Geral de Saúde Mental [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 28 fev 2020]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_saude_mental_2006.pdf.
5. Kinoshita R. Em busca da cidadania. In: Campos F, Henriques C, organizadores. Contra a maré à beira-mar – A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Página Aberta; 1996. p. 39-49.
6. Kinoshita R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-59.
7. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011 Dez 23. [acesso em 2019 ago 4]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
9. Furtado J, Oda W, Borysow I, et al. A concepção de território na Saúde Mental. Cad. Saúde Pública. 2016 [acesso em 2020 fev 28]; 32(9). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2016000902001&lng=en&nr](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2016000902001&lng=en&nrm=iso)
10. Ortner S. Access: reflections on studying up in Hollywood. 2010. [acesso em 2019 nov 9]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1466138110362006>.
11. Azize R. Notas de um “não-prescritor”: uma etnografia entre os estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria. In: Maluf S, Tornquist C, organizadores. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Santa Catarina: Letras Contemporâneas; 2010. p. 367-401.
12. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
13. Amarante P. O homem e a serpente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
14. Venturini E. A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
15. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 19-26.
16. Guljor AP, Vasconcelos E, Couto MCV, et al. Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>.

Recebido em 29/02/2020

Aprovado em 04/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

Saúde mental e visibilidade: efeitos de uma produção audiovisual

Mental health and visibility: effects of an audiovisual production

Fernanda Klunck¹, Rafael Wolski de Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E306

RESUMO O pensamento manicomial ainda está presente na sociedade atribuindo um lugar aos ‘insanos’ que, historicamente, propicia a exclusão e a desvalorização de seus saberes. Cabe aos profissionais da saúde mental trabalhar também com esses discursos buscando afirmar a humanidade das pessoas em sofrimento psíquico. Com isso, esta pesquisa investigou se o dispositivo de produção audiovisual contribui para a saúde e a visibilidade dos usuários de saúde mental. Os participantes são usuários do Grupo Viver do Centro de Atenção Psicossocial II Capilé (Caps II Capilé) que fazem parte do processo de elaboração e divulgação do documentário ‘Retratos do cotidiano da saúde mental brasileira’. A pesquisa qualitativa utilizou o método de observação participante e entrevistas semiestruturadas, submetidas à Análise de Conteúdo, resultando nas seguintes categorias: ‘encontro com o lugar da loucura’, ‘processo de produção do documentário’, ‘produção de visibilidade’, ‘ressignificação de si’, ‘ressignificação do lugar da loucura’ e ‘clínica e arte’. O documentário, enquanto um dispositivo clínico, contribui para a desinstitucionalização da loucura e do sofrimento ao desconstruir os lugares cristalizados, dando espaço ao agenciamento de novos modos de subjetivação e territórios compartilhados.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Gravação em vídeo. Desinstitucionalização.

ABSTRACT *The asylum thought is still present in society giving a place to the ‘insane’ which historically provides the exclusion and devaluation of their knowledge. It is up to mental health professionals to also work with those discourses to affirm the humanity of people in psychological distress. Therefore, this research sought to investigate whether the audiovisual production device contributes to the health and visibility of mental health patients. Participants are users of the Caps II Capilé (Psychosocial Care Centers) – which is a public service of mental health – and the Viver Group, who are part of the process of preparing and sharing the documentary ‘Portrayal of daily Brazilian mental health’. The qualitative research used the participant observation method and semi-structured interviews, submitted to Content Analysis resulting in the following categories: ‘encountering the place of madness’, ‘documentary production process’, ‘visibility production’, ‘resignification of the self’, ‘resignification of the place of madness’ and ‘clinic and art’. The documentary, as a clinical device, contributes to the deinstitutionalization of madness and suffering by deconstructing crystallized places for agency of new subjectivities.*

KEYWORDS *Mental health. Video recording. Deinstitutionalization.*

¹Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) – São Leopoldo (RS), Brasil. fernanda_klunck@hotmail.com



Introdução

Na inserção profissional em serviços de saúde mental, presenciamos discursos de usuários que, muitas vezes, contam sofrer estigmatização ou deslegitimação. Os participantes do Grupo Viver, que ocorre no Centro de Atenção Psicossocial II Capilé (Caps II Capilé), de São Leopoldo (RS), encontraram uma ferramenta para resistir a esses discursos. Esta pesquisa traz a perspectiva dos usuários a respeito da produção do documentário 'Retratos do cotidiano da saúde mental brasileira'¹, que realizaram com apoio de residentes multiprofissionais em saúde mental e estagiárias de psicologia.

Obras fílmicas têm sido dispositivos para suscitar discussões nos serviços de saúde mental. Existem experiências em que os próprios usuários têm sido protagonistas na criação de produções audiovisuais²⁻⁵. Entre essas, algumas resultaram em documentários referindo-os como ferramenta de intervenção ao imaginário social construído historicamente sobre o louco, estimulando o protagonismo para afirmar direitos e comunicar a diversidade, deslocando o 'usuário-objeto' para o lugar de 'usuário-ator', como um cidadão político que deseja e constrói seus projetos de vida. Ao desejarem transformar a sociedade, recriam o processo de desinstitucionalização produzindo novos significados à loucura⁶⁻⁸.

Oliveira⁸, a partir da cartografia do próprio processo de produção audiovisual, busca visibilizar as forças de resistência às formas de enclausuramento presentes no cotidiano do Caps II Capilé. Foram identificadas linhas de vida em que os usuários afirmam sua existência por meio da visibilidade, encarando a câmera como se encarasse o mundo para dar passagem aos afetos que envolvem suas lutas por mais respeito e reconhecimento. Já as linhas de cuidado apontaram para o tensionamento das relações de poder entre usuários e terapeutas, questionando práticas vitimizadoras e controladoras, posicionando os usuários como protagonistas do cuidado consigo e com os demais. Quanto às linhas de desinstitucionalização:

[...] na produção do documentário, os participantes nos ensinam a desinstitucionalizar, ao botar em xeque a própria ideia de sanidade/loucura. Questionam os serviços, a sociedade e colocam-se como seres integrais ao falar de suas vidas, de seu tratamento. Na luta dos sujeitos, de afirmação de um ser louco que não admite preconceitos, violações de direitos e submissão a um saber, desinstitucionalizar assume uma ideia de desconstruir o lugar do perigoso, a ser excluído, além de desmanchar os muros visíveis e invisíveis⁸⁽³⁸⁾.

Temos ainda as linhas de subjetivação que permitem a invenção de novos modos de existir, tirando os participantes do lugar de espectadores e de invisibilidade, para um lugar de potência e autonomia como protagonistas e autores da própria história. Os usuários se apoderam de seus direitos de existência, convidando os profissionais para ressignificarem o seu trabalho. Foi por intermédio desta pesquisa-intervenção que o Grupo Viver se potencializou a produzir o próprio documentário⁸.

A produção audiovisual proporciona visibilidade de uma nova imagem da loucura^{3,5,6}. O curta-metragem 'Arte e loucura', produzido com o projeto teatral Nau da Liberdade, concorreu à premiação em um dos festivais de cinema mais reconhecido do País⁹. A loucura se apresenta no cinema brasileiro principalmente por meio de documentários, em destaque 'Em nome da razão' (1979), 'Imagens do inconsciente' (1987), 'Estamira' (2005), 'Procura-se Janaína' (2007), 'Ruínas da loucura' (2009) e 'Holocausto brasileiro' (2016). As produções são documentos privilegiados para acesso e resgate da memória sobre os modos de cuidado em saúde mental, ferramenta de reflexão sobre o que do passado se atualiza no presente.

Temos ainda pesquisas que trazem a perspectiva dos usuários sobre as próprias produções fílmicas. Participantes de produções audiovisuais relataram ser uma possibilidade de sentir e expressar emoções ressaltando a importância do aprendizado sobre a

humanização e não discriminação dos loucos por parte: da população, propondo um cuidado possível nos espaços públicos; dos estudantes e profissionais, para melhor atendimento; e, principalmente, pela família, que convivem com o usuário^{5,10}.

As pesquisas sobre produções audiovisuais e as falas dos usuários nelas expostas apontam para o reconhecimento desse dispositivo para garantir a autonomia e o protagonismo, contribuindo para os processos de desinstitucionalização dos participantes e da própria loucura. Esta pesquisa investigou a percepção dos usuários sobre como a visibilidade produzida por meio do próprio documentário contribuiu para promoção de saúde e reconhecimento social.

Processos de exclusão da loucura

Conforme Bauman¹¹, a cidade é planejada para que o centro de consumo seja a parte de principal investimento, tornando-o uma atmosfera perfeita, escondendo tudo o que não é agradável. Expulsam tudo o que é considerado lixo, pouco importando entre coisas e pessoas: “Quando se trata de projetar as formas do convívio humano, o refugio são seres humanos. Alguns não se ajustam à forma projetada nem podem ser ajustadas a ela”¹¹⁽⁴²⁾. As pessoas que não cabem no projeto societário capitalista tornam-se refugos humanos destinados a ‘montanha de lixo’ para que fiquem invisíveis como se não existissem, pois

uma pessoa só é útil a outra enquanto puder ser explorada, que a lata de lixo, último destino dos excluídos, é o futuro natural daqueles que não mais se ajustam ou não desejam ser explorados¹¹⁽¹⁶¹⁾.

Segundo Butler¹², alguns humanos não são reconhecidos enquanto humanos por não se moldarem às normas sociais. Têm menos ou nenhum valor diante dos demais. A violência exercida sobre estes não é vista como violência,

pois sequer são vistos como pessoas. Butler¹³, ao falar sobre a produção e midiaticização de um ‘rosto’ para o terrorismo, refere que todos com características muçulmanas são considerados suspeitos. O rosto representa o outro, inumano, que em sua natureza tenha, supostamente, características agressivas inerentes a sua singularidade e, portanto, não deveria possuir os mesmos direitos.

Historicamente, os ‘loucos’ sofrem das mais diversas formas de exclusão e desvalorização de seus saberes¹⁴. A produção de um ‘rosto’ sobre os usuários de saúde mental estigmatiza-os enquanto agressivos, incontroláveis, em que o aprisionamento seria o primeiro ‘cuidado’. O pensamento manicomial está presente na sociedade para dar lugar aos ‘insanos’ e amontoar refugos humanos. Seria trabalho dos profissionais da saúde mental reinserir essas vidas nessa paisagem, a fim de reconfigurá-la, fazendo caber a diferença? Com quais consequências? A visibilidade contribui para reconhecê-las enquanto vidas válidas?

[...] quando os loucos passarem a fazer parte integrante de nossa paisagem cultural e antropológica a mais cotidiana [...] o que acontecerá efetivamente com os loucos, e com a loucura? Trata-se de saber, primeiramente, se faremos com os loucos aquilo que já se fez com homossexuais, índios, crianças ou outras minorias — ou seja, definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos, reconhecimento, até mesmo privilégios — mas ao mesmo tempo torná-los inofensivos, esvaziando seu potencial de desterritorialização¹⁵⁽¹⁰⁴⁾.

Pelbart¹⁵ difere loucura de desrazão. Desrazão é o Fora, a alteridade radical, o outro desconhecido, irrepresentável. Os loucos foram vistos historicamente como dotados de desrazão. No entanto, a loucura tornou-se doença mental deixando de ser mistério, e a ciência passou a decodificá-la criando técnicas para dominá-la. Os ambientes controlados dos manicômios tornaram inertes à escuta e à troca entre razão e desrazão, silenciando a loucura

por meio do império da razão. Não basta apenas desinstitucionalizar a loucura, mas tornar permeável o pensamento à desrazão:

O direito à desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da Verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável¹⁵⁽¹⁰⁸⁾.

Clínica ampliada

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1990, tem como um de seus princípios a participação popular mediante controle social. Para as práticas de saúde no SUS se descolarem do modelo ambulatorial, o Ministério da Saúde, por intermédio da Política Nacional de Humanização, lançou as cartilhas ‘Clínica ampliada’ (2004) e ‘Clínica ampliada e compartilhada’ (2009). A escuta e o vínculo tornam-se importantes ferramentas de cuidado, assim como o Projeto Terapêutico Singular, considerando a integralidade do sujeito e valorizando os saberes de todos os envolvidos no processo, redemocratizando o atendimento em saúde. A clínica ampliada favorece o desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos usuários e trabalhadores, que se colocam criticamente nos serviços de saúde, repensando coletivamente seus processos¹⁶.

Para romper com práticas ensimesmadas nos serviços de saúde, é necessário apostar na singularidade de novos métodos ao fazer da clínica, para que seja incluído o Fora, que convoca a outras possibilidades por meio da invenção de sonhos e encontros coletivos. É necessário experimentar na clínica ao apostar no imprevisível e criar tramas para o corpo. A partir do desmanchamento e da ruptura com aquilo que permanece instituído – incluindo o próprio caos –, abrem-se fissuras para inventar novos movimentos na direção da saúde e autonomia¹⁷.

Entre os compromissos ético-estético-políticos da psicologia nos Caps, está tornar potentes as vozes dos usuários para que possam afetar a cidade. Essa troca não é de benefício apenas dos usuários, como aponta Paulon¹⁸⁽⁷⁸³⁻¹⁸⁴⁾:

[...] enlouquecer um pouco mais a cidade, deixar o louco contaminar os espaços estriados, apostando em encontros fora da órbita, servem-nos para produzir descontinuidades nas cidades tão pré-fabricadas e fadadas a girarem em um caminho ensimesmado. São suspiros que fazem com que nosso corpo não exploda com a pressão advinda dos mecanismos de controle e de apagamento das singularidades. [...] Enlouquecer a cidade para forjar ‘pluriversos’. Eis o desafio da criação de ‘multimundos’ em que todas as cores e vozes tenham cabimento

É necessário criar dissensos e tornar visível o que não era, transformando os ‘sem parte’ em interlocutores que fazem parte do ‘mundo comum’. A partir da introdução de sujeitos e objetos novos; tornar audíveis, como interlocutores, sujeitos que até então não eram considerados como dignos de serem ouvidos; trazendo à experiência sensível vozes, corpos e testemunhos, o mundo comum já não será mais o mesmo¹⁹.

Documentário

No cinema e na televisão, existem diferentes concepções de telespectador, sendo a dominante que é passível a alienação e a submissão ao espetáculo, definindo o comum social para o controle das subjetividades. O cinema documentário, pelo contrário, permite desmontar as construções espetaculares, pois faz ver os poderes, “o não visível como a condição e o sentido do visível, o mundo que escapa à proliferação dos espetáculos”²⁰⁽¹⁰⁾. “Longe da ficção totalizante do todo, o documentário pode se ocupar das fissuras do real, daquilo que resta, o resíduo, o excluído, a parte maldita”²⁰⁽¹⁷²⁾. O

que é enunciado por meio da máquina filmica pode tanto enclausurar o sujeito filmado em um lugar determinado pelo filmador como a filmagem partir do lugar do outro e ser construído com ele²⁰.

Na prática documentária de Eduardo Coutinho, este realizou escolhas e implicações ético-estético-políticas em suas obras. Aos poucos, o cineasta inseriu-se nas filmagens até estar de corpo presente nas cenas, uma inovação muito significativa no cinema documentário não só brasileiro. Entende as filmagens como uma ação que impacta diretamente no conteúdo do filme, uma vez que a câmera produz algo na personagem que é mais uma característica desta. Ampliou a duração dos quadros incluindo as pausas feitas pelas personagens. Essas são apenas algumas mudanças, para visibilizar as relações de poder implicadas no ato das filmagens entre suas personagens e aqueles que compõem o cenário²¹.

Enquadramento pode ser entendido como delimitação da imagem pela câmera ou como determinação judicial de culpados. Butler¹² converge essas acepções a partir de fotografias feitas na guerra, criando um conceito para pensar as normas sociais que impõem existirem vidas que não são passíveis de luto. Essas normas são mutáveis, alguns lutam para conquistar sua condição de humanidade. Enquanto não humanos, são mais vulneráveis ao abandono e à desproteção do Estado, à pobreza, à violência e à morte. Por intermédio de fotografias, o sofrimento de algumas vidas na guerra gera comoção, enquanto de outras, não. Nossa resposta ética ao sofrimento do outro é influenciada pelo enquadramento da imagem. Trata-se de uma operação de poder posto pela norma social que sugere emoções e interpretações na medida em que determina o que será visto e o que será deixado de fora. Na imagem, aparece parte da cena, mas não está inclusa a câmera, o fotógrafo e o provável espectador. Ao fotografar uma cena de tortura, por exemplo, o fotógrafo e o espectador escondem sua culpa pelo prazer em ver o sofrimento. Uma cena de tortura pode ser comunicada dando continuidade ao acontecimento como triunfo ou

como indignação. O afeto que a imagem – mais que a escrita – provoca tem importância para a memória e para a compreensão do acontecimento, estruturando os posicionamentos discursivos. O espectador acredita estar diante da realidade, mas é preciso criticar a norma desumanizadora que rege o enquadramento e que restringe o perceptível, para poder enxergar do que o enquadramento nos cega.

Segundo Oliveira²², o cinema documentário apresenta interlocuções com a psicologia social ao se contrapor a um cinema inerte às tessituras da cidade, no qual as filmagens ocorreriam com ambientes e personagens fictícios. Por meio de composições do mundo real, não apenas retrata a realidade, mas é uma arte aberta à diferença e ao inesperado. O não-controle durante o ato fílmico abre caminhos para a potência real de acontecimentos e invenção do território compartilhado, agenciando transformações por intermédio da relação possível entre nós e a câmera naquele momento, e a produção virtual de realidade a partir do desejo. Não pretende regular o mundo tal como as mídias de massa, mas produzir fissuras e discontinuidades. Sente a câmera como se fosse o olhar do outro, a palavra é determinada por quem fala e seus possíveis espectadores. É uma abertura ao tempo de fala, que intensifica, desdobra o corpo e a palavra por meio de entrevista livre. Não deve ser confundido com dar voz ao outro, em que está implícita uma relação desigual. A câmera é um instrumento de poder que pertence a quem filma e estrutura as imagens, que coloca em movimento aquilo que resta no real como desconhecido e invisível.

Metodologia

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), conforme o CAAE nº 86830418.4.0000.5344; e seguiu a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Investigou aspectos subjetivos de cinco usuários do Grupo Viver do Caps II Capilé

que fazem parte do processo de elaboração e divulgação do documentário ‘Retratos do cotidiano da saúde mental brasileira’, perante participação voluntária e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, foram utilizadas a observação participante e entrevistas semiestruturadas individuais, submetidas à Análise de Conteúdo²³. Os dados coletados foram sistematizados em categorias por meio da inferência dos pesquisadores, que não se colocam de modo neutro diante do método científico, incluindo-se como parte dos resultados das entrevistas e análise de dados. Para a apresentação dos resultados, serão utilizados nomes fictícios.

Resultados e discussão

Para articular dados e referencial teórico, foram criadas as seguintes categorias:

Encontro com o lugar da loucura

A regulação de subjetividades imposta pela normatividade pode levar ao sofrimento psíquico e compor a história de vida dos sujeitos. A loucura, definida hegemonicamente, atravessa a realidade dos corpos sociais indicando o sofrimento como um desvio cerebral ou comportamental que deve ser corrigido a partir de tecnologias de tratamento da psiquiatria, psicologia e áreas complementares. Os sujeitos desviantes deveriam ser destituídos do mundo comum e deslocados ao lugar da loucura, para lá serem redirecionados à normalidade²⁴.

O manicômio apresentava como tecnologia de tratamento a tentativa de restituir a instância que representa a loucura no corpo: “a história da minha experiência no Hospital Psiquiátrico São Pedro lá, que eu tive lá, fiz até eletrochoque” (Helena). O sujeito, que diagnosticamente estaria incapacitado para o controle de si, ao ser deslocado ao lugar da loucura, perde o poder de escolha do próprio caminho:

Esses dias eu sonhei com o São Pedro [hospital psiquiátrico], tava uma escuridão, não sabia onde é que tava indo, daí no fim veio a luz no caminho. E a gente tando em casa, a gente tá com aqueles que nos criaram. (Orlando).

O que acontece quando deslocam o lugar da loucura dos manicômios para os Caps? A derrubada dos muros no sentido físico pode resultar em uma diluição para novas formas de controle dos corpos, produzindo ‘prisioneiros a céu aberto’²⁴. Ao analisar a cronificação dos usuários nos Caps, que pouco circulam pela cidade, foi possível perceber quanto o Caps se torna uma referência, pois o espaço público pouco oferece a possibilidade de encontros, tendo como finalidade o deslocamento entre lugares privados que geralmente sugerem consumo²⁵. Porém, dessa vez, fazem parte da paisagem da cidade podendo ressignificar a loucura.

Os participantes do Grupo Viver que não vivenciaram a internação manicomial também puderam questionar os manicômios quando assistiram ao documentário ‘Holocausto brasileiro’²⁶:

Era um relato que eu nunca tinha visto, de pessoa ser tratada como bicho, me chocou muito nunca tinha visto uma coisa assim, humilhante [...] indigente era jogado na cova sem nome, sem reconhecimento. (Antônio).

Ao perceberem essa realidade, assumem o desejo de intervir por meio da construção do próprio documentário:

[documentário ‘Holocausto brasileiro’] chocou alguns integrantes do grupo, que nós participamos aqui, no Grupo Viver, e foi resolvido fazer alguma coisa a respeito. (Pedro).

Processo de produção do documentário

A produção coletiva foi inspirada pelo documentário ‘Holocausto brasileiro’, assistido em grupo, e também porque, no Caps, uma

estudante de psicologia “comentou que tava fazendo um trabalho, um documentário, e aí isso despertou o interesse dos outros participantes, dos integrantes do grupo” (Pedro), em realizar o próprio documentário.

Cada integrante aponta seus objetivos ao produzir o documentário:

estar contando um pouco da minha história, da minha história que passei, do cotidiano daqui do Caps como que é, tratamento que ajuda. (Antônio).

mostrar pra sociedade que a doença mental não tem a ver com o que eles pensam que a pessoa é louca ou algo assim. Vai muito mais além, é uma doença e tem cura e a gente faz o tratamento, não precisa ficar internado num manicômio como um cidadão esquecido do povo. (Miguel).

pra oficializar que eu não sou um mentiroso, eu não sou uma pessoa que se finge de doente. (Pedro).

várias dessas coisas aí é necessária que os outros vão ver também, os outros não tinham ideia do que a gente tinha falado. (Orlando).

mostrar pras pessoas que não é assim que a gente é, que a gente é pessoa normal, só com probleminha, um pequeno desvio. (Helena).

O documentário não teve um roteiro totalmente estruturado:

foi bem espontâneo, essa coisa que eu já passei daí eu contei, assim foi bem espontâneo. Conte assim das coisas que eu passo da vida. (Antônio).

Nós começamos a pensar através do próprio Caps mesmo, aqui no Caps dá pra mostrar a vida, a realidade e uma coisa que eles tocam muito é sobre o preconceito, acabar com esse preconceito que tem entre principalmente a família e a gente mesmo. (Miguel).

Fizemos entrevistas com várias pessoas perguntando “o que elas tinham passado para estar aqui, quais foram os motivos que as trouxeram para cá” (Pedro). As entrevistas foram

realizadas de acordo com o momento: “vi que ele tava brincando eu tentava fazer perguntas referente aquele momento. Foi algo interessante porque foi de momento” (Miguel). Havia uma preparação para as entrevistas entre o grupo, no entanto “a gente pensava em fazer pergunta de um certo assunto e de repente na hora veio assunto mais interessante” (Miguel).

Sobre a edição do vídeo, “fizeram a entrevista daí registraram no computador e foram fazendo por partes” (Helena). Ato por ato era feito conforme o que o próprio momento da filmagem acionava em cada participante. Nesse sentido, um entrevistado refere:

cantei uma canção da igreja que foi o encerramento do documentário que foi uma canção da primária, das crianças. Nem foi bem correto aquela canção sabe, mas me deu vontade de cantar um trecho e encerrou assim com aquela cançãozinha. (Pedro).

Podemos pensar, conforme Oliveira²² e Lins²¹, que esse documentário se refere a uma produção de arte que se propõe enquanto uma abertura ao tempo de fala dos participantes, que, no encontro com a câmera, compõem cenas singulares. Essa abertura ao inesperado potencializou a invenção do documentário enquanto um território compartilhado de enunciação do desejo de outro mundo possível, contra a lógica manicomial, opressora e preconceituosa que se vive na sociedade. Uma ferramenta de poder para denunciar aquilo que, de acordo com as experiências de vida dos usuários, permaneceu invisibilizado ou deslegitimado. Ao mostrar o que não era visto, a partir das suas próprias palavras e construção filmica, podem afetar e reconfigurar o mundo comum.

Depois de pronto, chega o tão esperado momento: “tinha expectativa era de ver como é que ele ia ficar ele depois de pronto [...] a gente queria ver aquilo na TV ali, no filme” (Helena).

Produção de visibilidade

O documentário de 53 minutos pode ser encontrado na plataforma YouTube por meio

da pesquisa do título ‘Retratos do cotidiano da saúde mental brasileira’. Teve uma versão em curta de 21 minutos exibida em eventos, concorreu a prêmios na Mostra de Cinema em Novo Hamburgo, divulgado na aula aberta da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Unisinos, na reunião geral das equipes de saúde mental de São Leopoldo e no encontro nacional alusivo aos 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios em Bauru. Participou de mostras de trabalhos em São Leopoldo, nos estados do Rio Grande do Sul e no Amazonas.

Segundo os diretores do documentário, durante as apresentações

estavam todos felizes como se fossem artistas [...] estavam todos sorrindo e se abraçando, deixou um sentimento bem bom mesmo. (Pedro).

me senti importante ali tu tá falando sobre o documentário. (Miguel).

A participação nesses eventos de divulgação do documentário contribuiu para o protagonismo:

tudo que se refere à saúde mental que eu vou, por enquanto que eu tô indo, eu tô gostando e tô vendo que a gente é valorizado nesses lugares. (Helena).

[...] acredito que pra muitas pessoas foi importantíssimo, poder se abrir assim e deixar gravado sabe, deixar na internet, eu vi pessoas bem felizes com isso, falando que tinham deixado um trabalho pra ser visto por outras pessoas, por profissionais, por usuários, por familiares (Pedro).

O desejo é que seja visto por muitas pessoas, pois entende-se como uma ferramenta para transformar a visão sobre os usuários de saúde mental. Não foi assim desde o início, mas ampliou sua potência à medida que era acolhido: “A expectativa foi primeiro pensar que não ia dar em nada [...] depois tinha visualizações do vídeo, tinha 500 ou mais, não esperava assim pra tanto” (Antônio). Também há desejo de alcance qualitativo:

Uma produção audiovisual dá pra mover montanhas porque quem vai assistir esse trabalho de audiovisual pela internet, com certeza vai mudar um pouco o pensamento deles. (Miguel).

Por mais que o documentário tenha um alcance diferente da mídia de massa, ela produz outro impacto, visto que possui o peso de histórias reais:

A gente se sentiu assim, assim, como que eu vou dizer, leve, solta, poder falar aquilo que a gente passou. Pra mim foi muito importante mostrar pras pessoas, provar pras pessoas, que aquilo ali existia mesmo e acontecia mesmo. Porque agora na novela das oito mostraram a Sofia ganhando eletrochoque. Mostraram, ela foi internada no manicômio. (Helena).

O documentário cria rupturas com as mídias de massa, já que não produz representações fictícias a respeito da loucura, da experiência de sofrimento ou de promoção à saúde, definindo-as de formas totalizantes; mas introduzindo aquilo que estava excluído ou invisibilizado. Por meio de muitas lutas, conquistam seu lugar de fala para poder denunciar o que estava invisível, reconfigurando os espaços para que singularidades outras possam existir e coabitar, multiplicando as formas de existência e potencializando a criação de universos múltiplos^{18-20,24}.

Ressignificação de si

O documentário contribuiu para ressignificar a si mesmos enquanto grupo, percebendo a potência coletiva de transformação:

Eu consegui compreender o valor de cada um do grupo e o valor de cada um que nós entrevistamos. Conseguimos tentar mostrar pra sociedade que doença mental não é loucura, que o manicômio é completamente contraditório nesse momento. (Miguel).

Ao se ver ocupando a tela, inicialmente, há um estranhamento: “vou queimar a imagem,

vou queimar o filme” (Antônio); o que logo se transforma em reconhecimento:

achei gozado que eu tava mexendo meus braços, olhei pro meu rosto, tudo, mas acho que eu me sai bem como os outros, falei de uma parte que os outros não trataram. (Orlando).

A própria imagem é ressignificada, e a insegurança inicial dá lugar a um campo de possibilidades, pois “*vai que alguém ache bonita*” (Antônio) ou “*seja importante às futuras gerações?*” (Pedro).

A visualização da própria imagem na tela possibilita a transformação dos participantes:

pra mim foi impactante, e emocionante, e eu ver que ‘ah, olha eu lá ó, olha eu lá, onde que a Helena chegou’. (Helena).

agora tô me soltando mais, antes era tão tímido assim que falava uma pessoa eu corria. (Antônio).

eu tinha preconceito, consegui mudar meu pensamento pra melhor, consegui diminuir um pouco da doença que eu tenho, a minha depressão. (Miguel).

O documentário serviu para mostrar aos outros e a si mesmos que podem: “*eu aprendi que a gente é capaz de fazer as coisas. Se o ambiente, se o meio providencia, a gente consegue fazer as coisas*” (Pedro) e ocupar outros lugares: “*me senti como o diretor do filme*” (Miguel); “*me senti um repórter, foi muito bom*” (Miguel).

Ressignificação do lugar da loucura

A maioria dos entrevistados referiu situações de preconceito por serem usuários de serviços de saúde mental. Uma vez ocupando o lugar da loucura, não apenas físico, mas no laço social, como é possível deslocar-se dele? O documentário ampliou a experiência sobre a temática da loucura, possibilitando maior visibilidade e ressignificação dos outros modos de existir: “*tinha muito preconceito, por parte de algumas pessoas, ‘débil mental’, [...] ‘você não pode fazer*

isso porque tem esse problema” (Antônio).

Os Caps contribuem para ressignificar a loucura enquanto uma posição deslegitimada, potencializando o reconhecimento enquanto um lugar de capacidade:

eu digo pra todo mundo que me pergunta ‘eu faço tratamento no Caps’. Aí eles já começam ‘aí, lá não é só louco?’, ‘não é só louco, nós fazemos artesanato, nós fazemos entrevista, nós fazemos jornal...’. (Helena).

Ressignificando o lugar da loucura enquanto um lugar de capacidade, desmancha-se a ideia de que precisam de tutela, controle e formas antigas ou atuais de aprisionamento das subjetividades:

[...] mostrar que, que eu não sou inútil, que a gente não é bicho, não é um animal perigoso. Tem pessoas que tem a ideia de uma pessoa com problema mental como se fosse uma pessoa perigosa, ou uma pessoa completamente inútil. Eu até inclusive, passei pra minha mãe vê no Google, não sei se ela viu, mas acho que mudou a ideia que tinha de mim. (Pedro).

O documentário é uma produção que afirma a diferença e as singularidades. Na convivência familiar, “*às vezes, não valorizam muito a intenção da gente quando a gente quer falar alguma coisa sem a sabedoria deles que coloca sempre um reparo*” (Orlando). O documentário permitiu repensar o cuidado em saúde mental. A percepção dos familiares sobre o adoecimento psíquico interfere nas suas práticas de cuidado:

quando eu tô ruim, aí que já estourou a bomba, que explodiu tudo, aí que eles vêm ficar preocupado. Daí tão toda vida em cima de mim, daí eu me sinto vigiada. Por causa que quando eu tô bem eles deixam correr solto [...] queria que eles tivessem mais presentes quando eu tô bem. (Helena).

Podemos pensar com Butler^{12,13} que o enquadramento regido pelas normas sociais faz com que usuários de saúde mental não sejam reconhecidos enquanto vidas válidas e o seu

sofrimento não seja passível de indignação. Se a partir desse enquadramento são mais passíveis ao preconceito, abandono e exclusão social, quando os próprios usuários detêm o poder sobre o enquadramento da câmera diante da loucura, outra perspectiva pode ser lançada:

me senti assim lá no alto, no último degrau que tem. Porque se eles vissem o documentário, eles iam valorizar mais a pessoa, a gente, acreditar mais na gente. (Helena).

Arte e clínica

Por meio de produções artísticas, criam-se resistências ao desnaturalizar o lugar da loucura para pensarmos a loucura do lugar. Mais louco seria estabelecer o aprisionamento. Por intermédio da intervenção estética, são desconstruídos lugares cristalizados, inventando novos modos de ser e estar no mundo: *“a gente nunca pensava em entrevistar e fazer esse tipo de coisa e de repente deu aquela força de vontade, nós fizemos e deu certo”* (Miguel).

Levantar o astral, abrir-se mais, ter maior autonomia e liberdade foram alguns dos benefícios citados. Repensam a loucura como um caminho para ficar bem: *“Às vezes, a gente tem que fazer alguma coisa insana e se sente bem [...] precisa fazer alguma coisa insana pra ficar dentro da sanidade”* (Pedro). A arte é comumente relacionada com a loucura:

acho que muitos artistas, eles são meio loucos, meio pirado e que se viu no cinema pra curar as suas neuroses, se dedicam ao cinema pra satisfazer seus desejos não realizados, viver vidas que não podem ter, e ganhar dinheiro também. (Pedro).

Podemos pensar a promoção à saúde não como algum manual a ser aplicado, mas a ser inventada no território a partir dos sujeitos e singularidades, possibilitando uma abertura à experimentação de novos modos de existência, aceitando as diferenças que nos compõem e interrogam, o estranho que nos habita não

visto como perigo, mas acolhido e percebido como potência²⁴.

[...] a clínica constituiria uma ferramenta na invenção da saúde que se faz como cartografia dos modos de existir, ou seja, como o percorrer/acompanhar os espaços de ruptura e propagação do novo, o aguçar as sensações, abrir o corpo, para torná-lo passagem de vozes/imagens de mundo ainda não conhecido e experimentado²⁴.

Considerações finais

As pesquisas qualitativas referentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira têm abordado mais sobre a dimensão técnico-assistencial e teórico-conceitual, sendo muito pouco encontrado sobre a importância da dimensão sociocultural e jurídico-política para a sua efetivação. Dessa maneira, o movimento da Reforma Psiquiátrica vem sendo resumido a uma mudança no modelo de assistência em saúde mental, que coloca a doença mental – e seus atores sociais – ‘entre parênteses’²⁷.

Amarante e Rangel²⁸ analisaram o filme ‘Ruínas da loucura’, dirigido por Mirela Kruehl e Karine Emerich, que mostra usuários institucionalizados ao irem morar em um residencial terapêutico. Lá constroem nova relação com a cidade, sendo autônomos e responsáveis pelo cuidado de si, contradizendo seus antigos prontuários manicomialmente que falavam em inabilidade social e periculosidade. Apontam a importância da dimensão sociocultural para a desinstitucionalização da loucura para que a reforma psiquiátrica se efetive enquanto um processo social complexo que reflete na micropolítica cotidiana da sociedade. Os dispositivos de arte e cultura, ainda mais quando produzidos pelos usuários, ampliam o saber da sociedade sobre a loucura. A visibilidade para essas produções faz com que tenham cada vez mais espaço, transformando a relação entre a sociedade, a diversidade e a diferença.

Esta pesquisa corrobora a revisão de literatura sobre as produções audiovisuais realizadas pelos usuários de saúde mental, podendo ser consideradas dispositivos interessantes para desenvolver autonomia e protagonismo, contribuindo para a desinstitucionalização dos usuários e da loucura, resistindo aos processos de exclusão e segregação. A visibilidade produzida por meio do documentário contribuiu para a promoção e a invenção de saúde, resignificando a si e ao lugar da loucura no laço social enquanto um processo de reconhecimento. A partir da autonomia dos usuários, é feita uma construção ética-estética-política de novos lugares subjetivos e modos de subjetivação.

As produções filmicas têm registrado as mudanças de paradigma de atenção à saúde mental, mostrando a transformação do protagonismo e a autonomia dos usuários, que seriam tradicionalmente limitados a ‘doentes

mentais’. Aproxima os usuários de um fazer ativo e político diante de sua realidade, questionando os serviços que usufruem cotidianamente para desejar e inventar o futuro dessas políticas públicas, e agenciar transformações sociais. Dessa vez, com uma câmera na mão, podem contar e dirigir a própria história.

Colaboradores

Klunck F (0000-0003-0471-8493)* contribuiu para a redação do artigo, conceitualização, metodologia, coleta e análise de dados. Oliveira RW (0000-0003-4234-1455)* contribuiu para a produção do artigo por meio da orientação da pesquisa, supervisão, conceitualização, metodologia, análise de dados. Ambos autores revisaram e aprovaram criticamente o conteúdo da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Retratos do Cotidiano da Saúde Mental Brasileira. 2017 dez. 28 [acesso em 2018 abr 11]. 1 vídeo (53 min 15 s). Publicado pelo canal Grupo Viver. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yMlKleylTmE>.
2. Christofolletti R. Ensaio-filmico: cinema, loucura e resistência. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2013. (Coleção PROPG Digital - UNESP). [acesso em 2018 abr 19]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/109276>.
3. Autuori S. Ateliê de Vídeo, um dispositivo clínico coletivo no campo da atenção psicossocial [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015. 182 f.
4. Levy VLS. Oficinas terapêuticas e produção de vínculo em CAPS AD. Cad. Bras. Saúd. Ment. 2016; 8(19):97-106.
5. Pereira FS. O recurso audiovisual como instrumento

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- de emancipação na saúde mental: um estudo da TV Sã na ONG inverso de Brasília [monografia]. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília; 2015. 59 p.
6. Freitas F. Documentário e loucura: Outras Linguagens, outros olhares. In: Anais eletrônicos do 1º Simpósio de Comunicação e Tecnologias Interativas – LECOTEC, 2008, Bauru. Bauru, Universidade Estadual Paulista, 2008. [acesso em 2017 abr 18]. Disponível em: <http://www2.faac.unesp.br/pesquisa/lecotec/ eventos/simpósio/anais.html>.
 7. Andrade LA, Lima ICRL, Velôso TMG. A utilização de recursos audiovisuais em oficinas com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Cad. Bras. Saúd. Ment. 2016; 8(18):132-145.
 8. Oliveira DF. Cartografias da resistência: Construindo novos olhares através da produção audiovisual em um CAPS [monografia]. Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2017. 46 f.
 9. Menezes P. Pacientes psiquiátricos protagonizam filme exibido no Festival de Gramado [internet]. G1 RS. 2015 ago 9 [acesso em 2018 abr 14]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2015/08/pacientes-psiquiatricos-protagonizam-filme-exibido-no-festival-de-gramado.html>.
 10. Suruagy CCS. A produção de vídeo por pessoas em sofrimento psíquico no CAPS de Marechal Deodoro [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2017. 113 f.
 11. Bauman Z. Vidas desperdiçadas. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
 12. Butler J. Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto? Tradução de Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
 13. Butler J. Vida precária: el poder del duelo y la violencia. Tradução de Fermín Rodríguez. Buenos Aires: Paidós; 2006.
 14. Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1997.
 15. Pelbart PP. A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
 16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.
 17. Moehlecke V. Ballet contágio: tecnologias da arte e da imagem [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. 235 f.
 18. Paulon SM. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. Interf. Botucatu. 2017 [acesso em 2018 abr 19]; 21(63). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400775&lng=pt&nrm=iso.
 19. Marques ACS. Comunicação, estética e política: a partilha do sensível promovida pelo dissenso, pela resistência e pela comunidade. Rev. Galáx. 2011; (22):25-39.
 20. Comolli JL. Ver e poder: a inocência perdida: cinema, televisão, ficção, documentário. Belo Horizonte: UFMG; 2008.
 21. Lins C. O documentário de Eduardo Coutinho: televisão, cinema e vídeo. Rio de Janeiro: Zahar; 2004.
 22. Oliveira RW. Produção de documentário: Imagens e polifonias da desinstitucionalização da loucura na cidade [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. 85 f.
 23. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
 24. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciênc. Saúde Colet. 2009 [acesso em 2020 out 14]; 14(1):195-204. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000100025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

25. Bongiovanni J, Silva RAN. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Psic. & Socied* (online). 2019 [acesso em 2020 set 16]; (31). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-71822019000100204&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
26. Holocausto Brasileiro. Direção: Daniela Arbex & Armando Mendz, 2016. [acesso em 2017 abr 20]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5eAjshaa-do>.
27. Ramos DKR, Paiva IKS, Guimarães J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(3):839-852.
28. Amarante P, Rangel M. A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na reforma psiquiátrica. *Rev. Elet. Com. Inf. Inov. Saúd*. 2009 [acesso em 2018 abr 14]; 3(4):10-16. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/747/1390>.

Recebido em 01/11/20019
Aprovado em 25/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Eu quero entrar na rede: análise de uma experiência de inclusão digital com usuários do Caps

I want to join the network: analysis of a digital inclusion experience with Psychosocial Care Center users

André Pereira Neto¹, Bruna Dantas Ribeiro¹, Ana Paula Freitas Guljor¹, Leticia Barbosa¹, Christiane Moema Alves Sampaio², Carolina Aires de Castro², Paulo Amarante¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E307

RESUMO As transformações ocorridas mundialmente, nos padrões de interrelações sociais pela ampliação do acesso à internet, colocam a inclusão digital como uma estratégia potente no processo de desinstitucionalização do sujeito em sofrimento psíquico. O objetivo deste artigo foi apresentar e analisar uma experiência de inclusão digital que envolveu dez usuários do Centro de Atenção Psicossocial Carlos Augusto da Silva Magal, em Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro. As atividades desenvolvidas foram fruto de decisões tomadas coletivamente a partir da troca de experiência e opiniões entre todos os participantes. Os usuários foram protagonistas na construção do *blog* Libertando a Mente que se transformou em um ambiente de articulação e espaço de fala para esses usuários, favorecendo a desconstrução de preconceitos. Essa experiência de inclusão digital promoveu a interlocução das vivências dos usuários com seus familiares, moradores do território e com a sociedade. A apropriação das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação atuou como instrumento facilitador de autonomia e visibilidade dos usuários envolvidos no projeto. Desse modo, pode ser considerada uma importante ferramenta a ser incorporada no cuidado pautado pela desinstitucionalização, diretriz estruturante da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Internet. Inclusão digital. Saúde mental. Serviços de saúde mental. Pesquisa participativa baseada na comunidade.

ABSTRACT *The globally transformed patterns of social interrelationships through expanded internet access set digital inclusion as a powerful strategy in deinstitutionalizing the subject with psychological distress. This paper aims to present and analyze a digital inclusion experience that involved ten users from the Carlos Augusto da Silva Magal Psychosocial Care Center, in Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil. The activities resulted from decisions taken collectively from the exchange of experience and opinions between all participants. Users participated in the construction of the blog Libertando a Mente (Freeing the Mind), which became an articulation and voicing environment for these users, favoring the deconstruction of prejudice. This digital inclusion experience promoted the interlocution of users' experiences with their families, territory residents, and society. The appropriation of the New Information and Communication Technologies facilitated the autonomy and visibility of the users involved in the project. Thus, it can be considered a valuable tool to be incorporated into deinstitutionalization-based care: a basic guideline of the Brazilian Psychiatric Reform.*

KEYWORDS Internet. Digital inclusion. Mental health. Mental health services. Community-based participatory research.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
leticiatbs@gmail.com

²Centro de Atenção Psicossocial Carlos Augusto Magal (Caps-Magal) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

*Eu quero entrar na Rede
Promover um debate,
Juntar via internet um grupo de tietes de
Connecticut.
Pela Internet
Gilberto Gil (1997).*

Há 50 anos, era inconcebível alguém ter nas mãos um aparelho portátil que possibilitasse não apenas a comunicação entre as pessoas, mas que facilitasse os negócios e a busca por informação e conhecimento, além de dispor de outras funcionalidades¹. As Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC) são diferentes do modelo de comunicação até então predominante. As mídias massivas, como o rádio, a televisão e o jornal, caracterizam-se pelo fluxo de informação unidirecional. Nelas, são os proprietários dos meios de comunicação que decidem o que os usuários devem, ou não, saber. Com a emergência da Web 2.0 no início dos anos 2000, qualquer cidadão com acesso às mídias digitais e habilidades para utilizá-las passou a ser capaz de produzir conteúdo e compartilhá-lo globalmente a qualquer momento na internet².

O advento da mobilidade barateou o acesso e aumentou o quantitativo de usuários^{3,4}. Entre 2005 e 2018⁵, o total de indivíduos com acesso à internet passou de 1 bilhão para 3 bilhões.

Apesar desse crescimento, os 'excluídos digitais' ainda são uma realidade. Trata-se de cidadãos que não têm condições financeiras de adquirir um dispositivo ou residem em regiões onde não há acesso à rede ou não sabem como usar, apropriar-se e tirar proveito das NTIC⁶. Nesse caso, os indicadores socioeconômicos continuam sendo a explicação para as diferenças no acesso à internet⁷. Em geral, o termo 'inclusão digital' se refere a políticas e iniciativas voltadas para abrandar esses problemas.

O presente artigo apresenta e analisa uma experiência de inclusão digital realizada com dez usuários do Centro de Atenção Psicossocial Carlos Augusto da Silva Magal (Caps-Magal) na

cidade do Rio de Janeiro, utilizando as NTIC como dispositivo estratégico para a construção de protagonismo dos usuários em saúde mental.

Os Caps são os organizadores do sistema de saúde mental público e o principal dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que articula diversos pontos de atenção⁸. Nesse contexto, são os dispositivos estruturantes do cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), responsáveis por articular projetos de vida voltados para a reabilitação psicossocial, a promoção da cidadania e da autonomia de usuários e familiares⁹. Desse modo, a incorporação de estratégias que possibilitem o uso e apropriação das mídias digitais por usuários das Raps pode contribuir para sua inclusão social e para sua emancipação. Pesquisas recentes, realizadas no Brasil, mostram que a população em sofrimento psíquico em tratamento em Caps é hoje composta de uma maioria de indivíduos com baixo poder econômico, baixa escolaridade e sem emprego fixo¹⁰.

O Caps-Magal se insere nesse contexto. Ele está localizado em Manguinhos, um conjunto de comunidades populares que reúne aproximadamente 42 mil habitantes. Sua criação foi fruto da luta comunitária e de profissionais da saúde atuantes no território. A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) desenvolve, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, o Projeto Teias que, entre outras ações, inclui a cobertura de 100% do território de Manguinhos pela Estratégia Saúde da Família. O Caps-Magal é um dos dispositivos de saúde do projeto.

A população que reside nessa comunidade compartilha de uma realidade caracterizada por: exclusão social, desemprego, analfabetismo, descaso governamental e violência com inúmeros confrontos armados. O rendimento domiciliar per capita é menor que um salário mínimo. Apesar das obras públicas realizadas pelos governos estadual e federal na região, os problemas com rios poluídos, bueiros entupidos, entulhos de lixo e rede de saneamento precária persistem, fazendo com que os moradores sejam expostos a condições ambientais

e habitacionais extremamente degradantes¹¹. Os dez participantes do projeto são moradores da região, têm baixa renda familiar e não possuem emprego formal. Eles foram selecionados pela coordenação Caps-Magal por se encontrarem em estabilidade no processo terapêutico e dominarem algumas habilidades básicas e necessárias para o uso das NTIC e para a produção de conteúdo.

Nesse sentido, uma questão norteadora deste artigo foi analisar se um ambiente virtual, construído por pessoas em sofrimento psíquico, contribuiu para a promoção da inclusão social e favoreceu a desconstrução do estigma do qual são vítimas.

A experiência foi realizada por meio da parceria entre o Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (LaISS) vinculado ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria, o Caps-Magal e o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps). Essas iniciativas de pesquisa e assistência são parte integrante da Ensp/Fiocruz. A equipe multidisciplinar foi composta por profissionais da área da saúde e das ciências humanas e sociais. A experiência contou com a participação de uma mediadora. Esse projeto, realizado entre 2018 e 2019, contou com o apoio da Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Fiocruz.

A seguir, será feita uma apresentação do projeto 'Eu quero entrar na Rede', descrevendo os métodos adotados e alguns de seus resultados. Em seguida, serão discutidos os fatores que facilitaram e prejudicaram sua realização e os desafios para sua replicação.

Metodologia

A realização dessa experiência seguiu os parâmetros da metodologia qualitativa da 'Translação do Conhecimento': trata-se de uma proposta metodológica de construção conjunta de conhecimento que leva em consideração o saber acadêmico formal e a *expertise* fruto da prática e da vivência concretas^{12,13}.

A 'Translação do Conhecimento' se desenvolve em meio a negociações constantes de interesses distintos, incertos e instáveis, que resultam na criação de um conhecimento compartilhado¹². Para que o método se torne possível, são necessários três tipos de práticas, a saber: 'logísticas' (atitudes de coordenação do projeto), 'cognitivas' (sobre o conteúdo em si) e 'estratégicas' (conjunto de atividades, competências e esforços que são necessários para mobilizar os diferentes grupos e também para manter os mesmos interessados)¹². A 'Translação do Conhecimento' guarda íntima relação com os pressupostos teóricos de Paulo Freire¹⁴ que propõe uma abordagem pedagógica que reconhece e valoriza os saberes individuais e coletivos dos cidadãos.

Desse modo, o trabalho desenvolvido no projeto buscou valorizar os saberes dos cidadãos em sofrimento psíquico, construindo um processo de troca de conhecimentos e experiências entre profissionais, pesquisadores e usuários. Todas as atividades práticas desenvolvidas durante a realização do projeto foram fruto de decisões tomadas coletivamente a partir da troca de vivências e opiniões entre os participantes. Agindo assim, essa atividade se organizou visando incentivar o protagonismo dos participantes, pois buscou valorizar suas experiências.

Tendo como base o método e as abordagens teórica e pedagógica citadas, foram desenvolvidas atividades visando à produção de um *blog*. Foram realizadas palestras, rodas de conversa e exercícios práticos e teóricos. Foram priorizadas as atividades que proporcionaram maior autonomia, troca de experiência e conhecimento entre os usuários e os demais envolvidos.

Além do referencial da 'Translação do Conhecimento', o projeto contou com alguns elementos da chamada 'Pedagogia baseada em competências'¹⁵. Ela propõe que o processo ensino-aprendizagem se desloque do domínio dos conteúdos, voltando-se para as competências e habilidades a serem desenvolvidas e estimuladas no indivíduo, sobretudo aquelas

relacionadas com a prática profissional. Assim, a lógica linear do ensino por disciplinas é subvertida, dando espaço a outra lógica de ensino-aprendizagem mais transversal e complexa¹⁵.

A atividade de inclusão digital contou com a participação de 10 usuários do Caps-Magal e teve a duração de 12 meses, de outubro de 2018 a setembro de 2019. Foram realizados 40 encontros semanais no LaISS com a mediação de uma profissional do laboratório e o acompanhamento de um profissional do Caps. Cada encontro teve a duração de 2 horas.

Os participantes foram selecionados pela equipe do Caps-Magal a partir da proposta de construção de um *blog*. Foram convidados usuários em fase não aguda, com boa adesão ao serviço e que tivessem o domínio básico das principais ferramentas digitais. Os 10 usuários selecionados pelos profissionais da Caps-Magal receberam uma bolsa auxílio mensal de R\$ 100,00. Oito participantes eram do sexo masculino, e dois, do sexo feminino; e tinham entre 20 e 40 anos.

Todo o processo foi estruturado por uma equipe multidisciplinar, que incluiu profissionais da área da saúde e das ciências humanas e sociais do LaISS, do Caps e do Laps. A equipe se reuniu mensalmente para pensar de forma contínua e coletiva as atividades do projeto, que foram divididas em quatro etapas, a saber:

- 1 - Apresentação do espaço da Fiocruz e introdução teórica e crítica – 1 mês (outubro de 2018)
- 2 - Diagnóstico e nivelamento de competências – 2 meses (novembro e dezembro de 2018)
- 3 - Construção do *blog* – 3 meses (janeiro a março de 2019)
- 4 - Produção de conteúdo – 6 meses (Abril a setembro de 2019)

Durante todo o desenvolvimento do projeto, foram produzidos materiais (relatórios,

cronogramas, tabelas de avaliação de competências etc.) que permitiram o registro e, conseqüentemente, a reprodução das atividades do projeto.

Resultados

As atividades do projeto tiveram início em outubro de 2018. Para ambientar os usuários com o *campus* da Fiocruz, no primeiro encontro, foi realizada uma visita pelos espaços nos quais, na maior parte do tempo, os usuários passariam a transitar: Ensp, Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria (CSEGSF) e LaISS. Nos encontros seguintes, essa ambientação foi ampliada para outros locais do *campus*. Essas atividades favoreceram a construção de um sentimento de intimidade dos usuários com o espaço da Fiocruz. Esse processo, agregado à elaboração de um crachá para uso nos dias de atividade, facilitou a circulação dos usuários no *campus* e possibilitou que eles transitassem por espaços nos quais se sentiam constrangidos de circular, apesar de ser permitido ao público geral. No primeiro mês, foram realizados debates sobre a RPB, sobre a comunicação comunitária e sobre o projeto em que eles estavam começando a participar. Um dos resultados está associado a método de trabalho empregado nessa atividade.

Por meio da 'Pedagogia baseada em competências', foi constatado que se tratava de um grupo com diferentes níveis de conhecimento acerca das NTIC. Alguns apresentavam um alto domínio das ferramentas digitais, enquanto outros revelaram dificuldades nesse campo. Desse modo, foi identificada a necessidade de realizar um diagnóstico das habilidades dos participantes em relação às NTIC e um nivelamento de competências digitais que permitisse que todos participassem da produção de conteúdo para o *blog*. As características e o conteúdo desse nivelamento foram decididos pelos próprios participantes – reiterando assim o processo dialógico característico da 'Translação do Conhecimento' apresentado

anteriormente como referencial metodológico do projeto. Foram realizadas atividades de diagnóstico e nivelamento por meio de exercícios práticos, bem como trabalhos colaborativos e autocríticos, com auxílio da mediadora.

Considerando o referencial da 'Pedagogia

baseada em competências', foi importante estabelecer uma escala de competências (*quadro 1*) e habilidades no domínio das ferramentas associadas às novas tecnologias de informação e comunicação nessa etapa do processo, da seguinte forma:

Quadro 1. Escala de competências

Nível das Competências
1 - Nenhum domínio, não consegue executar a ação.
2 - Tem alguma noção, mas não consegue executar completamente a ação.
3 - Tem conhecimento básico, consegue executar a ação com dificuldade e errando alguns comandos.
4 - Tem conhecimento mediano, consegue executar a ação sem dificuldade.
5 - Total domínio, consegue executar essas e outras ações.

Fonte: Elaboração própria.

Foi construída uma ferramenta de avaliação de competências dividida em quatro partes.

Na primeira, foi avaliada a capacidade de 'produção de texto' do participante. Para tanto, foi verificado se o usuário era capaz de realizar as seguintes atividades: ligar o computador; abrir o Word®; digitar o texto; criar uma pasta; salvar em um arquivo; fechar e localizar o arquivo; abrir o navegador e, em seguida, o e-mail pessoal; e enviar o arquivo produzido como anexo.

Em seguida, foi identificado o domínio em relação à 'captura de imagem' na Web. Assim, foi avaliado se o participante deveria ser capaz de abrir o navegador; pesquisar e baixar uma imagem; criar uma pasta; salvar o arquivo; e fechar e encontrar o arquivo salvo. Também foi examinado se ele conseguia abrir o navegador e, em seguida, seu e-mail, para anexar e enviar a imagem pesquisada.

A terceira competência correspondia à capacidade de 'produção de fotografia'. Para o mapeamento dessa competência, as oficinas foram realizadas com a utilização do celular dos participantes ou de uma máquina fotográfica digital, caso estivesse à disposição. Foi avaliado se o usuário conseguia executar as

seguintes atividades: iniciar a câmera, focalizar e enquadrar uma cena; escolher a iluminação; fotografar; transferir as imagens produzidas para o computador por meio de cabo USB; abrir a pasta na qual a imagem estava armazenada; transferir os arquivos para o computador; anexar as fotografias a um e-mail e enviá-las.

A quarta competência englobou a habilidade de 'produção de vídeo'. Para tanto, foi averiguado se o participante tinha aptidão para produzir um texto e apresentá-lo em formato de vídeo, utilizando recursos de enquadramento, iluminação e áudio. Similar à competência referente à produção fotográfica, também foi mapeado se o usuário conseguia transferir o vídeo produzido para o computador, por meio de um cabo USB, anexá-lo a uma mensagem de e-mail e enviá-lo.

Ao aplicar a ferramenta de avaliação, foi possível identificar o domínio que cada participante tinha em relação às competências predefinidas, mencionadas acima. Assim, as múltiplas habilidades envolvidas em cada oficina foram individualmente pontuadas por meio de tabelas de nível de competências, em uma escala de 1 a 5 (*tabela 1*).

Tabela 1. Competências: média geral

Competências	Participantes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Texto	5	5	2,8	5	3,2	3,7	5	5	3	2,7
Imagem	5	5	2,9	2,8	2,8	4,5	5	5	4,1	3,4
Fotografia	4,6	4,7	4,3	4,4	3,5	3,7	4,3	4,7	3,8	3,9
Vídeo	4,9	4,7	4,4	4,7	3,6	4,2	4,3	4,8	3,6	4,8
Média Geral	4,875	4,85	3,6	4,225	3,275	4,025	4,65	4,875	3,625	3,7

Fonte: Elaboração própria.

A partir desse diagnóstico, o conjunto de participantes foi subdividido em grupos, reunindo usuários com competências distintas. Assim, cada um pôde aprender com o outro, reiterando o processo de ‘Translação do Conhecimento’. Além disso, a mediadora pôde saber exatamente as competências que cada participante possuía e quais deveriam ser desenvolvidas para a produção do *blog*.

Outro resultado do projeto está relacionado com o processo de construção do *blog*, que foi feito após finalizar a etapa de diagnóstico e nivelamento. Em um primeiro momento, foram realizadas atividades buscando criar intimidade entre os participantes e a construção de um *blog* comunitário, ou seja, um ambiente virtual que traduza impressões, visões e experiências de pessoas, residentes em comunidades de baixa renda, que vivem em sofrimento psíquico, reiterando o protagonismo desses atores na comunicação da sua própria experiência.

Para tanto, os participantes foram convidados a conhecer alguns *sites* elaborados e voltados por e para moradores de favelas e regiões periféricas, como a ‘Voz das comunidades’¹⁶ e o ‘Fala Manguinhos’¹⁷, e outros construídos por cidadãos com determinadas patologias, como o ‘Memórias de um esquizofrênico’¹⁸, ‘Diário câncer de mama’¹⁹ e ‘Viver em Depressão’²⁰. A mediadora orientou os participantes a observar e avaliar esses *blog* e *sites* para identificar os aspectos visuais, de

usabilidade e de compreensão do texto que poderiam ser aproveitados no *blog* que iriam construir coletivamente. Essas atividades tinham também o objetivo despertar o senso crítico do papel das mídias digitais no contexto contemporâneo.

Por meio de debates e atividades práticas, os participantes constataram o potencial do *blog* para mostrar a realidade das comunidades e produzir uma comunicação de moradores de comunidade para moradores. Além disso, foi ressaltada a importância de um veículo de comunicação entre usuários de Caps e a comunidade.

Depois de examinar algumas iniciativas existentes, os participantes decidiram que todos os conteúdos postados deveriam ser assinados pelo(a/s) autor(a/s). Um aspecto de destaque é a escolha por um foco ampliado de temas, e não restritos a sintomas, doença e formas de tratamento. Seria um *blog* que revelasse esperança, arte, piada, música, ou seja, formas como esses participantes compreendem o viver a vida, e não apenas tragédia, dor e sofrimento. Depois de intenso debate, eles escolheram o nome do *blog*: ‘Libertando a Mente’²¹. Segundo os participantes, esse nome foi escolhido por não reiterar o estigma do qual são vítimas. Eles também decidiram o texto que deveria constar nas seções ‘Quem somos’ e ‘Sobre’. Na oportunidade, cada participante passou a ser responsável por redigir um texto com, no máximo, cinco linhas sobre

si, informando onde morava, o que gostava de fazer e qual era a expectativa que cada um tinha com o *blog*. Cada um escolheu uma fotografia que passou a constar no seu respectivo perfil. Eles também escolheram a imagem de capa. Para isso, foi feito um debate acerca de quais conceitos poderiam ser ilustrados por meio de uma imagem e o que significa liberdade para os participantes, já que a palavra foi escolhida para o nome do *blog*.

Entre as sugestões, aquela com maior aceitação entre os participantes foi a de liberdade enquanto portas abertas, o direito de circular e acessar espaços. A partir da expressão 'portas abertas', foi feita uma busca no Google Imagens. Assim, foi escolhida uma imagem que apresenta a porta aberta para um céu azul. Após esse processo, os participantes passaram a realizar reuniões de pauta com a mediadora em que cada usuário sugeria algum tema para ser abordado e disponibilizado no *blog* e o formato adotado. Um cronograma de atividades foi criado pelo grupo que definia o tempo de produção e as datas de apresentação, revisão e postagem de cada conteúdo. Este visava não só garantir que o *blog* tivesse uma produção contínua, mas também gerasse um sentimento nos participantes como responsáveis pela sua atualização naquele dia específico. Esse processo, progressivamente, foi adotado como rotina entre o grupo que produzia o cronograma com atividades, divisão de responsabilidades e produção de conteúdo. Em alguns casos, as duplas eram orientadas a trabalhar durante a semana fora do laboratório, realizando entrevistas, filmagens e fotografias em outros espaços; para, só então, retornar com o material coletado, utilizando o computador para escrita e edição dos conteúdos. Cada dupla tinha um período estabelecido no cronograma para a realização de suas atividades.

Com o conteúdo preliminar pronto, cada dupla fazia uma apresentação do material (vídeo, foto, texto) para os demais participantes do projeto na sala do LaISS, fazendo comentários sobre seu processo de produção. Depois que a exposição se encerrava, iniciava-se um

debate em que os demais participantes opinavam, expondo discordâncias, concordâncias e sugestões. Assim, essas apresentações se tornaram momentos de troca de experiências, já que, por diversas vezes, produziam não só debate sobre a forma como o conteúdo estava apresentado, mas também sobre o tema, abrindo espaço para que outros participantes trouxessem suas vivências e experiências. Feita a apresentação e ouvidas as sugestões e críticas, cada dupla voltava a trabalhar o conteúdo previsto, fazendo correções ou alterações sugeridas, que poderiam acontecer no mesmo dia ou nas semanas seguintes. Nesse processo de produção de conteúdo, a mediadora procurava interferir o mínimo possível.

À medida que os conteúdos iam sendo concluídos, iniciava-se o processo de inserção no ambiente virtual. Essa etapa do trabalho também foi protagonizada pelos participantes do projeto. Ela foi iniciada depois que todos os participantes já se conheciam, e a mediadora havia identificado um participante que havia demonstrado mais facilidade no lidar com as ferramentas tecnológicas digitais. Assim, um dos participantes foi escolhido e se prontificou a exercer a função de inserir o produto no ambiente virtual. Ele passou a utilizar o computador principal da sala do LaISS, que ficava ligado ao projetor, para que todos pudessem acompanhar o passo a passo de cada postagem. Essa atividade, portanto, contou com a participação de todos, apesar de ter sido executada por um único participante. O mesmo ocorreu na definição de tags e categorias, que servem como agrupadores, organizando o conteúdo e facilitando pesquisas, tanto no YouTube quanto no WordPress. Os usuários eram encorajados a pensar de que forma aquela postagem se relacionava com outros conteúdos e temas do *blog* e como os visitantes poderiam chegar até o conteúdo postado nele. Com o tempo e a maior intimidade com a tecnologia, outros participantes passaram a realizar a postagem do conteúdo.

No dia 27 de agosto de 2019, foi realizada a sessão de lançamento do *blog* no Salão Internacional da Ensp/Fiocruz. A sessão foi

dividida em dois momentos. No primeiro, os protagonistas do processo leram um texto produzido por eles coletivamente. Em um determinado momento do texto, eles afirmaram que:

Todo início é difícil... sem saber o que estaria por vir aceitamos a responsabilidade de realizar esse *blog*, cada um teve seu momento de dificuldade, uns na escrita, outros nas fotos, alguns nos vídeos ou no conteúdo das postagens. Entretanto, em todos os momentos, procuramos nos superar com a ajuda uns dos outros usando o que aprendemos durante esse processo²².

Em seguida, foi formada uma mesa composta pelo professor Paulo Amarante, autoridade nacional sobre a RPB, pela professora Inesita Araújo, especialista em comunicação e saúde, e pelo médico Hugo Fernandes – então superintendente de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Em uma atividade realizada após o evento, um participante fez o seguinte comentário sobre a cerimônia de lançamento de *blog*:

Me senti muito orgulhoso do trabalho feito por mim e a equipe. Foi um dia emocionante, compartilhamos juntos neste dia, o melhor do nosso afeto e ver o nosso trabalho feito e amplificado²³.

A nosso ver, o projeto atendeu seu objetivo, pois foi capaz de promover a inclusão digital dessa população tradicionalmente excluída e ainda conseguir com que ela produzisse um *blog* – promovendo a comunicação dos usuários em redes sociais pessoais e o uso da internet de forma autônoma. Ele também permitiu a aproximação entre usuários, construindo espaços de diálogo entre estes, seus familiares e a sociedade, além de ajudar a construir uma nova relação desses indivíduos com o território. Essas relações se apresentavam de forma direta, como o aumento da circulação no território, o sentimento de pertencimento a um projeto, a ampliação da relação de cooperação

e solidariedade, o sentimento de autoconfiança quanto às conquistas obtidas com o *blog* e seu reconhecimento público; no entanto, de modo indireto, como mediante publicização de temas por meio dos quais criavam canal de comunicação com a sociedade.

Conclusões

A RPB se configura como um processo voltado para a transformação do paradigma de cuidado em saúde mental. Ao olhar para o sujeito em sofrimento, e não para a doença, a experiência insere esse cidadão em um contexto de necessidades concretas e subjetivas nas diversas perspectivas de sua existência. Amarante²⁴ discorre sobre as quatro dimensões da RPB como teórico-conceitual, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural. Nesse sentido, a seu ver, a RPB não se limita ao âmbito da saúde. Sua proposta visa resgatar a cidadania. Nesse caso, a diversidade e o pertencimento tornaram-se conceitos fundamentais nesse percurso. Ao longo de quatro décadas, a RPB se constituiu uma política de Estado por meio de um arcabouço jurídico amplo e de ações intersetoriais. O fechamento progressivo de leitos e hospitais psiquiátricos, em paralelo ao crescimento exponencial de dispositivos de cuidado em liberdade – como os Caps –, apesar de ainda insuficientes em sua distribuição pelo Brasil, possibilitaram a milhares de usuários desses serviços a preservação de vínculos que antes eram rompidos pelas longas e frequentes internações hospitalares.

No entanto, tais avanços também trouxeram novos desafios. O cuidado em liberdade na cidade trouxe em seu bojo a premência de desconstruir os estigmas de incapacidade e periculosidade atribuídos à loucura. Essa modalidade de atenção exige o enfrentamento de aspectos socioculturais como o imaginário acima descrito e outros ligados às condições de vulnerabilidade e exclusão. Nesse sentido, é fundamental a incorporação de estratégias para além da reorganização de serviços. Com

os avanços tecnológicos da sociedade, a construção do protagonismo das pessoas em sofrimento psíquico e dos usuários dos dispositivos em saúde mental exige a incorporação de novas ferramentas que possibilitem a interlocução ampliada com diversos atores sociais, além de potencializar suas habilidades em seus modos de andar a vida. O advento da internet e seus usos podem hoje ser um importante agregador para a superação desses novos desafios.

Ao avaliar essa iniciativa, é possível identificar alguns fatores que facilitaram ou dificultaram sua plena realização. Foram identificados quatro fatores que facilitaram a realização do projeto.

O primeiro deles foi a utilização da metodologia da ‘Translação do Conhecimento’. Por intermédio das trocas de conhecimento e vivências proporcionadas pelo método os encontros realizados no LaISS, constituíram espaços confiáveis para o exercício de fala. Os usuários puderam se expressar livremente, tendo oportunidade de aprender e ensinar uns aos outros e construir coletivamente o *blog* trocando experiências.

Um segundo fator facilitador está relacionado com o fato de a atividade ter sido realizada fora do espaço do Caps. A necessidade de transitar por um novo espaço ajudou na promoção da autonomia dos participantes e serviu como um incentivo à integração do grupo, já que, muitas vezes, eles se deslocavam em conjunto. A circulação dos usuários se mostrou como um facilitador na emancipação desses cidadãos.

Um terceiro elemento que facilitou essa atividade está relacionado com o fato de ela ter sido realizada nas dependências do LaISS: uma sala equipada com dez computadores, ligados à internet, *datashow* e ar-condicionado. Assim, não foi necessária a constituição da infraestrutura tecnológica necessária para a realização da atividade. Além disso, esse projeto havia sido aprovado em um edital de Divulgação Científica da Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz. Essa aprovação permitiu que os usuários recebessem uma bolsa que contribuiu para o aumento da autoestima e favoreceu a adesão dos participantes.

O último fator facilitador identificado foi o perfil dos participantes. Como já foi exposto, os usuários selecionados para a participação no projeto eram, em sua maioria, jovens adultos com conhecimento básico necessário para utilização da NTIC. Esse perfil fez com que não fossem necessários muitos encontros e atividades voltadas para a formação técnica dos participantes, tornando o trabalho mais rápido e produtivo. Foi possível iniciar a etapa de produção de conteúdo em menos tempo do que seria possível com um grupo com pessoas mais idosas ou sem o mesmo domínio das tecnologias.

Consideramos que dois fatores dificultaram a realização do projeto. O primeiro deles foi a violência que domina o território de Manguinhos, onde ocorrem constantes conflitos armados entre a milícia, a polícia e os traficantes de droga. Durante todo o período de realização do projeto, quatro encontros não foram realizados em função de tiroteios na região. Eles colocaram participantes e equipe em risco impedindo o deslocamento de todos até o LaISS. Algumas vezes, esses conflitos armados foram noticiados na imprensa. O segundo fator que dificultou a plena realização da atividade foram os efeitos colaterais dos medicamentos psicotrópicos consumidos pelos usuários. Muitas vezes, alguns chegavam à sala do LaISS sob o efeito dessas medicações, apresentando sonolência ou dificuldade de concentração nas atividades propostas. Isso implicou a necessidade de pensar didáticas diferenciadas que proporcionassem um maior envolvimento.

Dois desafios merecem ser analisados se houver interesse em replicar essa experiência em outros ambientes. Em primeiro lugar, constatamos que houve um engajamento desigual dos usuários. Aproximadamente a metade dos usuários foi proativa, envolvendo-se e tomando frente de ações. A outra metade se envolveu pouco e não mostrou interesse nas atividades. Esse segundo grupo se mostrou interessado, sobretudo, em receber a bolsa. No contexto de vulnerabilidade da população-alvo, a

valorização da participação por incentivo financeiro não necessariamente é negativa, mas precisa ser acompanhada de uma ressignificação do processo como agregador de ferramentas de protagonismo e emancipação. Outro desafio está relacionado com a construção de narrativas que não sejam centradas apenas na dor e no sofrimento. A emancipação dos usuários foi pensada a partir da perspectiva sociocultural da RPB. Nesse sentido, buscamos encorajar os participantes a se afastarem da condição de doente mental. Sugerimos que esta não fosse a principal temática e/ou única. Incentivamos os participantes a valorizar a criatividade e as afinidades existentes entre eles. Assim, foram surgindo temas referentes a arte, esporte e alimentação. Nesse ponto, a formação do pensamento crítico e a mediação baseada na ‘Translação do Conhecimento’ se mostraram muito importantes para ampliar a visão dos participantes.

A sustentabilidade do *blog* se mostrou como um desafio de natureza prática. O projeto não encontrou uma solução para tornar sua produção rentável.

Por fim, é desafiador pensar a viabilidade tecnológica de ações dessa natureza em outros espaços. O projeto se tornou possível por meio de uma estrutura técnica que não é a realidade da maioria dos dispositivos da Raps. Isso pode ser um limitador, impedindo que projetos semelhantes ocorram. Parcerias entre dispositivos de saúde mental e instituições de outras naturezas e o investimento em laboratórios de informática são alternativas que podem contribuir para o enfrentamento desse problema.

As NTIC engendram inúmeras possibilidades de criação e transformação para diferentes áreas da sociedade, incluindo o campo da saúde mental. Neste artigo, relatamos os resultados de um projeto de inclusão digital e social realizado com um grupo de usuários atendidos pelo Caps-Magal, em Manguinhos. Entretanto, cabe ressaltar que outras iniciativas já foram realizadas nessa área, dentre as quais, destacam-se: a experiência do ‘Oficinando em Rede’²⁵ em

Porto Alegre, e aquela relatada por Bittencourt, Francisco e Mercado²⁶ em Sergipe.

Nosso projeto se assemelha com esses dois, pois buscou estabelecer uma parceria com a Raps que encaminhou os participantes e, também, realizou oficinas que incrementaram a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. Entretanto, alguns aspectos singularizaram a experiência descrita neste artigo em relação às experiências anteriores.

O fato de a atividade ter sido realizada uma vez por semana durante 12 meses contribuiu para que laços mais sólidos fossem estabelecidos entre os usuários. Alguns deles, que não possuíam uma relação anterior, passaram a fazer parte do círculo social uns dos outros, realizando atividades em conjunto fora do projeto, ampliando suas redes de sociabilidade. Além disso, conforme os participantes se apropriaram do processo, o papel da mediadora decresceu. Eles passaram a ter mais facilidade e autonomia para realizar as atividades sem supervisão e expandiram sua atuação para fora do laboratório, trazendo sugestões de casa e produzindo conteúdo em outros ambientes.

Lupton²⁷ entende que as populações excluídas têm menores condições de se beneficiar com o uso das NTIC, pois seu domínio sobre *hardwares* e *softwares* é muito limitado. Cabe salientar que a experiência apresentada e analisada neste artigo chegou a uma conclusão diferente. Os 10 usuários do Caps-Magal que participaram deste projeto integram um perfil etário jovem, pois tinham entre 20 e 40 anos. A maior parte do grupo relatou intimidade com a internet e com as ferramentas digitais: 8 participantes possuíam e-mail, e todos possuíam Facebook. Vários deles tinham como passatempo os *videogames*. Ao longo do processo, eles revelaram ter competência suficiente para o manuseio dessas NTIC. Outros aprenderam a utilizá-las com o auxílio e orientação dos colegas.

A partir dessa experiência, é possível pensar novas possibilidades para o desenvolvimento de processos comunicacionais e de produção de conteúdo na Raps – questões que ainda são muito pouco tratadas. O referencial teórico da

‘Translação do Conhecimento’ e a abordagem pedagógica de Paulo Freire aplicados à comunicação, mais especificamente ao uso das NTIC e à inclusão digital, mostraram-se efetivos em produzir um ambiente terapêutico de aprendizagem, que promoveu a emancipação dos usuários por meio da troca de conhecimento, da autonomia e da autocrítica.

Este artigo apresenta e analisa uma modesta contribuição sobre o uso das NTIC como instrumento facilitador da autonomia e visibilidade dos cidadãos em sofrimento psíquico. Esperamos que ela sirva de inspiração para outras iniciativas semelhantes.

Colaboradores

Pereira Neto A (0000-0001-6778-2834)*
Ribeiro BD (0000-0003-2208-1270)*, Guljor APF (0000-0003-1952-6064)*, Barbosa L (0000-0002-7341-260X)*, Sampaio CMA (0000-0003-3038-1695)*, Castro CA (0000-0002-0769-9008)* e Amarante P (0000-0001-6778-2834)* colaboraram igualmente para concepção e planejamento da pesquisa; para análise e interpretação dos dados e para redação e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Pereira Neto A, Flynn M. The Internet and health in Brazil: trends and challenges. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. The Internet and health in Brazil: trends and challenges in Brazil. Cham: Springer; 2019. p. 1-14.
2. Castells M, Himanen P. Reconceptualizing development in the global information age. Oxford: Oxford University Press; 2014.
3. Harris AL, Rea A. Web 2.0 and Virtual World Technologies: A Growing Impact on IS Education. *J. Info. Syst. Edu.* 2009; 20(2):137-144.
4. International Telecommunication Union. Measuring the Information Society Report 2007 [internet]. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/publications/mis2007.aspx>.
5. International Telecommunication Union. Measuring the Information Society Report 2018. vol 1 [internet]. Geneva: ITU; 2018. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/misr2018/MISR-2018-Vol-1-E.pdf>.
6. Ragnedda M. The third digital divide: A weberian approach to digital inequalities. New York: Routledge; 2017.
7. Gutiérrez LH, Gamboa LF. Determinants of ICT usage among low-income groups in Colombia, Mexico, and Peru. *The Info. Soc.* 2010; 26(5):346-363.
8. Garcia PT, Reis RMS. Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. São Luís: Edufma; 2018.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):2067-2074.
10. Oliveira VC, Capistrano FC, Ferreira ACZ, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um Caps ad do sul do Brasil. *Rev. baiana enferm.* 2017; 31(1):e16350.
11. Pereira Neto A, Barbosa L, Barão L, et al. Digital Natives and Health: An Exploratory Study with Young Brazilians of Different Socioeconomic Profiles. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *The Internet and Health in Brazil. Challenges and Trends.* Cham: Springer; 2019. p. 113-140.
12. Clavier C, Sénéchal Y, Vibert S, et al. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. *Sociology of Health & Illness.* 2011; 34(5):791-805.
13. Mantoura P, Gendron S, Potvin L. Participatory research in public health: Creating innovative alliances for health. *Health Place.* 2007; 13:440-451.
14. Freire P. *A pedagogia do oprimido.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
15. Sacristán JC, Gómez AIP, Rodríguez JBM, et al. Educar por competências: o que há de novo? São Paulo: Artmed; 2011.
16. Voz das Comunidades. Início [internet]. [acesso em 2020 fev 29]. Disponível em: <http://www.vozdascomunidades.com.br/>.
17. Fala Maguinhas. Início [internet]. [acesso em 2019 jun 30]. Disponível em: <http://www.falamaguinhos.com.br/>.
18. Memórias de um esquizofrênico [internet]. [acesso em 2020 fev 29]. Disponível em: <https://memorias-deumesquizofrenico.blogspot.com/>.
19. Diário Câncer de Mama [internet]. [acesso em 2020 fev 29]. Disponível em: <https://diariocancerdemama.blogspot.com/>.
20. Viver com depressão [internet]. [acesso em 2020 fev 29]. Disponível em: <http://vivercomdepressao.blogspot.com/>.
21. Libertando a mente [internet]. [acesso em 2020 fev 29]. Disponível em: <https://projetoibertandoamente.wordpress.com>.
22. Fundação Oswaldo Cruz. Ceensp Libertando a Mente - mesa de abertura [internet]. [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/ceensp-libertando-mente-mesa-de-abertura>.
23. Projeto Libertando a Mente. Lançamento do blog libertando a mente nossos relatos [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: <https://projetoibertandoamente.wordpress.com/2019/09/02/lançamento-do-blog-libertando-a-mente-nossos-relatos/>.
24. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-65.
25. Maraschin C, Francisco DJ, Diehl R, organizadores. *Oficinando em rede: oficinas, tecnologias e saúde mental.* Porto Alegre: UFRGS; 2011.
26. Bittencourt IGS, Francisco DJ, Mercado LPL. Autoria em blog por pessoas em sofrimento psíquico: aprendizagem compartilhada, reconhecimento e promoção da saúde mental. *Psicol. cienc. prof.* 2013; 33(4):988-999.
27. Lupton D. *Digital Sociology.* London: Routledge; 2015.

Recebido em 02/03/2020

Aprovado em 25/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Uma análise de um grupo de ouvidores de vozes enquanto movimento social e potência política

An analysis of a hearing voices group as a social movement and political power

Juliana Valeri Simão Trevisan¹, Daiana Paula Milani Baroni¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E308

RESUMO Os grupos de ouvidores de vozes surgiram, nos anos 1980, da tentativa de aproximar pessoas com experiências de audição de vozes interessadas em compartilhar suas histórias, dificuldades e estratégias de enfrentamento, na contramão da patologização dessa experiência. O intuito seria promover apoio mútuo e novas compreensões em relação ao fenômeno. O objetivo deste artigo foi trazer algumas considerações a respeito do processo de construção e dinâmica de um grupo de ouvidores de vozes no Brasil a partir das diretrizes do Movimento Intervoice, analisando suas potencialidades enquanto movimento social e político. A metodologia utilizada trata-se de revisão bibliográfica e observação participante. Como resultado da pesquisa, pôde-se observar indícios da importância desse tipo de grupo como potencialidade política e arena para mobilização social, em uma perspectiva micropolítica, uma vez que suas práticas se guiam por meio de princípios, como o empoderamento dos participantes, o protagonismo, a autonomia e a busca por cidadania.

PALAVRAS-CHAVE Psicologia social. Saúde mental. *Recovery*.

ABSTRACT *The hearing voices groups arose, in the 1980s, from the attempt to bring together people with experiences of hearing voices interested in sharing their stories, difficulties and coping strategies, against the pathologization of this experience. The aim would be to promote mutual support and new understandings regarding the phenomenon. The objective of this article was to bring some considerations about the process of construction and dynamics of a group of voices hearers in Brazil from the guidelines of the Intervoice Movement, analyzing its potentialities as a social and political movement. The methodology used is bibliographic review and participant observation. As a result of the research, it was possible to observe evidence of the importance of this type of group as a political potential and arena for social mobilization, in a micropolitical perspective, since their practices are guided by principles, such as the empowerment of the participants, the protagonism, autonomy and the search for citizenship.*

KEYWORDS *Social psychology. Mental health. Recovery.*

¹Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – São João del-Rei (MG), Brasil.
jvstrevisan@gmail.com

Introdução

Este artigo busca desenvolver algumas reflexões a partir da experiência de um grupo de ouvidores de vozes, criado no ano de 2017, em um contexto universitário, envolvendo profissionais da área da saúde, alunos dos cursos de Psicologia e Medicina e ouvidores de vozes interessados em abordar em primeira pessoa a experiência com e sobre as vozes. O projeto do grupo em questão se vincula ao Movimento Internacional Intervoice, nascido na Holanda na década de 1980, e oficialmente estabelecido no Brasil no ano de 2015. Os grupos de ouvidores de vozes são espaços de diálogo e trocas de experiências no intuito de ressignificar a audição de vozes, incentivar o trabalho de diálogo e controle em relação às vozes e o enfrentamento das consequências oriundas dessa experiência¹. Cabe ressaltar a existência anterior de outras práticas coletivas direcionadas a sujeitos ouvidores de vozes no Brasil; no entanto, até 2015, desvinculadas oficialmente das diretrizes e referências de pesquisa e ações do Movimento Intervoice.

No presente artigo, elegemos, como tema principal a ser desenvolvido em torno da problemática da experiência das vozes, as ações coletivas no contexto grupal que possam apontar para uma das principais direções do Movimento Intervoice, a saber, a criação de um contexto propício para integração de forças e saberes em prol do empoderamento dos sujeitos participantes. Tal temática se desprende de reflexões e proposições do próprio Movimento Internacional Intervoice que compreende sua existência vinculada à produção de posicionamentos diversos diante do fato da escuta de vozes e consequentes efeitos em nível singular e coletivo/social para os próprios sujeitos em questão¹. Enfocaremos, portanto, as possibilidades de emergência de ações que venham a germinar ou estabelecer uma articulação grupal rumo à consolidação de um movimento social e/ou posicionamento político que conduza os participantes a outras perspectivas e visibilidades em relação às suas condições de ouvidores.

A seguir, apresentaremos, de forma breve, parte do processo histórico que culminou na possibilidade de criação de um espaço de debate e de ações em saúde mental a partir do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica; e, assim, buscar conexões com as bases teóricas e diretrizes do Movimento Intervoice e com as ações de um grupo específico de ouvidores de vozes no Brasil. Buscaremos frisar, nessa aproximação, a importância da formação de grupos no processo emancipatório de seus participantes, no trabalho de busca por soluções, no atendimento das reais necessidades dos envolvidos e no reposicionamento social.

Movimento social, Luta Antimanicomial e Intervoice: algumas conexões

Existem diversas teorias que abordam, embasam e buscam explicar movimentos sociais. Segundo Gohn², há as que são construídas a partir do eixo cultural e dizem respeito à construção identitária com base nas reflexões dos indivíduos que compõem os grupos; as que focam o eixo de justiça social por meio da exposição de questões de desigualdades e redistribuição para compensar injustiças históricas; e as que enfatizam a autonomia e a resistência dos movimentos sociais; além de teorias que dão atenção para o processo de institucionalização das ações coletivas.

Para Melucci, citado por Lüchmann e Rodrigues³, os movimentos sociais anunciam uma mudança para o presente. Para os autores, inicialmente,

os movimentos sociais são ações coletivas de caráter fragmentário e heterogêneo que destinam boa parte de suas energias e recursos para o gerenciamento de sua complexidade³⁽⁴⁰⁰⁾ [e]

[...] são redes de ações que desenham uma estrutura submersa, um mosaico formado por indivíduos e grupos que, em estado de latência, gestionam, no cotidiano, as lutas, reflexões e os questionamentos acerca da realidade social³⁽⁴⁰¹⁾.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início entre os anos de 1978 e 1980, destacando a atuação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O estopim para o movimento da reforma e o principal agente para a formação do MTSM pode ter sido a ‘crise da Dinsam’ (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde que realizava a formulação de políticas relativas à saúde mental⁴.

O MTSM buscou constituir um espaço de luta não institucional, promovendo debates e encaminhamentos para a transformação da realidade psiquiátrica, tomando como pauta inicialmente a regularização das condições trabalhistas, a crítica aos manicômios e ao uso de eletrochoque, tendo em vista a humanização do tratamento. Durante o ano de 1978, foram produzidos diversos documentos com reivindicações do movimento que traziam críticas ao autoritarismo dentro das instituições, entre outros aspectos relacionados com a busca por um tratamento mais humanizado para os usuários do serviço de saúde mental, bem como para os trabalhadores da área⁴.

Nos anos seguintes, foram realizados congressos e encontros de trabalhadores em saúde mental, em que se discutiram aspectos relativos ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos, políticas nacionais de saúde mental e defesa dos direitos humanos dos pacientes, tendo como destaque o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru (SP) em 1987, no qual despontou efetivamente o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’, exigindo que os hospícios fossem substituídos por outros espaços de tratamento que garantissem dignidade, liberdade e os direitos dos usuários do serviço⁵.

Franco Basaglia inspirou muitas das ações do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil. Basaglia (1974), citado por Severo e Dimenstein⁶, afirma que a ideia de doença mental é uma legitimação do saber biomédico diante da experiência da loucura, compreendendo a psiquiatria como perpetuadora do que

o autor chama de ‘violência global’. O diagnóstico seria assim uma ferramenta para eternizar a lógica de exclusão de seres humanos que apresentassem vivências não enquadradas na norma social, como nos apontam as autoras:

A condição de exclusão nessa sociedade é demarcada pelo consumo ou não dessas formas de vida padronizadas. A relação da sociedade com a loucura, bem como do louco consigo mesmo, são atravessadas pelos modos de exclusão vigentes na contemporaneidade⁶⁽⁶¹⁾.

O Movimento da Luta Antimanicomial pode ser considerado movimento social uma vez que busca a reapropriação da autonomia e da identidade do sujeito, amputadas pela opressão e manipulação do sistema³; assim como a busca por integração ao invés da exclusão a que foram condenados por décadas sujeitos diagnosticados como loucos. No entanto, o Movimento da Luta Antimanicomial difere de outros movimentos sociais no Brasil por ter seu início a partir da mobilização de profissionais que trabalhavam na área de saúde mental, e não a partir dos próprios pacientes internados nos hospitais psiquiátricos⁵.

Assim como o Movimento da Luta Antimanicomial, o Movimento da Rede Internacional Interoice teve seu início atrelado à mobilização dos profissionais, envolvendo, concomitantemente, os ouvidores. Após cerca de 40 anos de sua formação, a Rede Interoice já estava presente em mais de 30 países, somando 450 grupos que estruturam suas práticas, sobretudo, a partir da ideia de que audição de vozes não é sinônimo de patologia, estando tal experiência, muitas vezes, ligada a traumas e a situações vivenciadas pelo próprio ouvidor. De acordo com a perspectiva do Interoice, é necessário que tais situações de base para a experiência de audição de vozes possam ser identificadas e elaboradas pelos ouvidores, estabelecendo assim uma nova forma de relação com as vozes, mais amigável e de maior controle sobre o fenômeno⁷. O entendimento de que é possível conviver com as vozes e dar prosseguimento à vida é elementar para que os ouvidores não passem apenas pelo viés da medicalização,

tendo grande possibilidade de superação das consequências danosas dessa experiência.

Os Grupos de Ouvidores de Vozes pautados pela ideia de auto e mútua ajuda compartilham de certos aspectos propostos pelo movimento em saúde mental brasileiro que tem como objetivo interferir e mudar as políticas, os serviços, a legislação, a cultura profissional e a cultura popular relativas à doença e à saúde mental⁸. No entanto, algumas ações e perspectivas podem variar de um grupo brasileiro para um grupo em outro país, tendo em vista as diferenças culturais; de acesso a serviços de saúde e a informações; e conforme o próprio processo em que nos encontramos enquanto país com um histórico de subordinação cultural e tecnológica.

De acordo com Vasconcelos⁸, existem inúmeras diferenças em relação à dinâmica e à formação de movimentos sociais entre países da divisão socioeconômica do Norte e Sul globais em decorrência das conformações históricas e sociais. Essa construção traria, assim, implicações no âmbito da saúde mental e no modo que a população concebe o cuidado e se relaciona com o saber biomédico, trazendo como características: a dependência do usuário reconhecida e, muitas vezes, estimulada (autonomia e independência pessoal não valorizadas); as organizações dos usuários estando em dependência do Estado ou de organizações não governamentais; a primazia da cultura terapêutica que centraliza o tratamento e os profissionais ao invés do usuário; a condição muito recente dos serviços de atenção psicossocial como contexto de surgimento de possibilidades de organização de movimentos.

A Rede Internacional Intervoice e o Grupo de Ouvidores de Vozes

A Rede Internacional Intervoice – The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices – surgiu em 1980, na Holanda, a partir da inquietação trazida por Patsy Hage ao seu psiquiatra Marius Romme, que não considerava as vozes ouvidas por Hage como reais¹. Em decorrência desse processo de indagação, Romme e a Dra.

Escher passam a estruturar ações conjuntas com Patsy e demais ouvidores de vozes, no intuito de dar visibilidade a relatos sobre a experiência de ouvir vozes, ao invés de calá-las como sintomas de uma doença.

Juntos, paciente e médico, foram a um programa da televisão holandesa em busca de outras pessoas que também estivessem passando pela experiência de Patsy. Ao solicitar o contato de demais ouvidores, mais de 700 pessoas se manifestaram; e 450 decidiram se encontrar com Romme para serem entrevistadas. Destas 450 pessoas, 150 relataram viver bem com suas vozes, sem a necessidade de tratamento químico ou apoio psicológico¹. Romme então pôde observar que as pessoas que relatavam conviver bem com as suas vozes não as ‘patologizavam’, seguindo suas vidas sem as consequências advindas do recebimento de um diagnóstico psiquiátrico, sobretudo o de esquizofrenia.

Surgem, desse modo, os grupos de ouvidores de vozes guiados pelas diretrizes do Intervoice, consolidando-se por meio da aproximação de pessoas com experiências de audição de vozes dispostas a compartilhar suas histórias, dificuldades e estratégias de enfrentamento das vozes. Nos grupos, o discurso sobre as vozes deve partir do próprio sujeito ouvitor – protagonista dessa experiência, que será finalmente ouvido e respeitado –, adquirindo visibilidade e, por consequência, o poder de interferir na forma por meio do qual ouvidores, profissionais e sociedade observam o fenômeno. Trata-se de grupos de auto e mútua ajuda, com o objetivo fazer com que ouvidores, em meio a seus pares, fortaleçam-se e se apoiem, criando formas de se conceber e tratar tal experiência, para além do engessamento em uma ideia formal de adoecimento psíquico irreversível.

A Rede Internacional Intervoice segue certas diretrizes fundamentais para que não haja discriminação e/ou hierarquias nos grupos, incentivando narrativas em primeira pessoa em detrimento de pareceres especializados e disponibilizando materiais e conteúdos informativos para que facilitadores possam criar e conduzir os grupos a partir

de tais valores, além de buscar desmistificar socialmente as vozes. Portanto, os grupos estabelecidos a partir das diretrizes do Intervoice apresentam como seus pilares: o modelo de auto e mútua ajuda (tratando-se de um espaço para os pares buscarem apoio entre si); acolhimento das diversidades subjetivas e das explicações e crenças sobre as vozes e suas origens; a não suposição de doenças entre si e não prevalência do saber médico ou psicológico em detrimento do saber da experiência do próprio sujeito ouvitor; a flexibilidade quanto aos assuntos discutidos (nem sempre os relatos estarão inteiramente baseados na experiência das vozes); e a centralidade das práticas nos ouvidores e em suas experiências⁹.

O Movimento Intervoice chegou oficialmente ao Brasil em 2015, após a visita de seu atual diretor Paul Baker, realizando palestras no intuito de estender a rede. Desde então, grupos passaram a ser formados em cidades como Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Campinas e Brasília, aproximando ouvidores na discussão em relação às suas próprias condições e seus lugares na sociedade. Anteriormente à chegada de Baker e da solidificação das diretrizes do Intervoice no Brasil, já havia iniciativas que buscavam o acolhimento dos ouvidores e de suas vozes. É o caso da 'Oficina de Vozes', criada em 1998 por Octavio Domont de Serpa Júnior no Hospital Casa Verde, também a partir da queixa de um ouvitor que dizia não ter espaço para falar de suas vozes. Posteriormente, e em parceria com Núria Malajovich Muñoz e Erotildes Maria Leal, foi criado um grupo no Centro de Atenção Diária (CAD-Ipub – Instituto de Psiquiatria) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e, também, no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), esse último mediado por Muñoz¹⁰.

Tivemos a oportunidade de criar, em parceria com uma Universidade Federal, o primeiro Grupo de Ouvidores de Vozes de Minas Gerais; e, assim introduzir, acompanhar e alimentar esse processo de reflexão e possível construção de um coletivo com potencialidades de maior

participação social e busca por novas relações com a sociedade, tendo em vista o respeito à condição de ouvitor e a observância de seus direitos enquanto membro da nossa sociedade. O grupo foi composto principalmente por usuários do Caps II; e, para a divulgação dos encontros, foram utilizadas postagens em redes sociais, cartazes colocados em dispositivos de saúde e outros locais da cidade, além da participação da coordenadora do projeto em um programa de rádio local a fim de divulgar o grupo enquanto espaço para repensar a experiência de escuta de vozes e o lugar do ouvitor na sociedade.

Após o período inicial de estudos dos estagiários e de divulgação do projeto, ocorreu o primeiro encontro oficial, que agora acontece semanalmente, às terças-feiras, no prédio da Universidade. O grupo 'Ouvi Falá' – como foi nomeado pelos seus integrantes –, tem como base práticas relativas à ideia de horizontalidade e de participação ativa de todos os presentes, seja via discurso oral, seja por meio de desenhos e fotografias, propostos para incentivar os ouvidores a manifestarem suas vozes, sentimentos e aflições.

Metodologia

Os instrumentos metodológicos utilizados nesta pesquisa foram revisão bibliográfica e observação participante. Por meio da revisão bibliográfica, pode-se aproximar do tema a partir de autores e perspectivas diversas, construindo, assim, um arcabouço teórico para poder analisar o fenômeno proposto. Por intermédio da observação participante, foi possível conhecer a dinâmica dentro do grupo de ouvidores de vozes, seus princípios, práticas e a abordagem de questões que traziam em cena a dimensão social e política daqueles encontros.

A observação participante foi criada pela Escola de Chicago, nos anos 1920, mas foi o antropólogo Malinowski que a tornou mais conhecida em 1922. É então considerado um processo que integra a teoria à prática, implicando, de alguma forma, a transformação

ou a implementação do meio pesquisado¹¹. Apresenta, assim, flexibilidade; e, tanto o objeto quanto o objetivo determinam o tipo e a metodologia da pesquisa. Esse tipo de investigação qualitativa consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, interagindo e se tornando parte dele, buscando compartilhar o mesmo cotidiano e compreender os sentidos atribuídos pelos membros do grupo. A observação participante ocorreu nas reuniões do grupo de ouvidores ‘Ouvi Falá’, com frequência de uma vez por semana e duração entre 2 e 3 horas. O grupo contava com uma média de 15 participantes no total, estando presentes cerca de 6 a 12 ouvidores por encontro. Aproximadamente 70% dos participantes são de classe média baixa, sendo a maioria mulheres, donas de casa e aposentadas. A faixa etária varia de 20 a 60 anos, e mais da metade dos ouvidores não possui ensino superior completo. O critério para participação no grupo de ouvidores é a escuta de vozes no presente ou em algum momento da vida do sujeito, assim como a possibilidade de falar a respeito dessa experiência e seguir as diretrizes da Rede Interoice (expostas acima).

Mantivemos um caderno de anotações específico da pesquisa no qual registramos a emergência de temas relevantes abordados nos encontros em referência a movimentos sociais, assim como tivemos também acesso ao registro dos pontos mais importantes tratados nas reuniões (temáticas, dinâmicas, reflexões e falas) e anotados em um caderno que chamávamos de ‘caderninho azul’ que circulava entre todos os participantes (um ouvidor ou estagiário a cada encontro). Esse caderno coletivo funcionava como memória e histórico das práticas grupais, sendo os nomes alterados e relatos simplificados para obedecermos às regras do anonimato e de sigilo. Desses registros, foram retiradas as falas dos ouvidores como ilustrativas no artigo em relação às possibilidades de pensarmos o grupo enquanto potência política e movimento social.

A escolha do material bibliográfico para a

pesquisa levou em consideração o critério de textos que abordassem as práticas de grupos de ouvidores pertencentes ao Movimento Interoice, seguindo suas diretrizes e que tivessem relação com a temática social do grupo. Portanto, artigos correspondentes a grupos de ouvidores de vozes não ligados ao Movimento Interoice não foram incluídos como referências no presente artigo. Conforme debatemos acerca dos movimentos sociais e da emancipação do usuário no campo da saúde mental, exploramos textos que abordavam também os principais preceitos do Interoice. Conceitos como autonomia, empoderamento, protagonismo, entre outros, foram introduzidos e discutidos com os ouvidores, no intuito de apropriação por parte dos participantes e reflexão sobre suas condições enquanto grupo.

Sendo assim, por meio da revisão bibliográfica e da observação participante, visamos analisar os efeitos dessa dinâmica grupal, dando ênfase àquilo que pudesse aparecer na discussão a partir de um enfoque na relação entre saúde mental e movimento social. Como muitos dos participantes do grupo pesquisado recebiam também algum tipo de tratamento em saúde mental, faz-se importante considerar esses sujeitos não apenas como integrantes do movimento do grupo de ouvidores de vozes, mas também como usuários da rede local. Desse modo, alguns dos textos trabalhados ao longo da pesquisa abordaram problemáticas referentes aos usuários e às possibilidades de maior autonomia e protagonismo dentro das instituições de saúde, buscando entender as repercussões que a participação no grupo poderia trazer à vida de ouvidores que são constantemente atingidos pelas lógicas ‘psiquiatrizante’ ou ‘psicologizante’.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 11967919.8.0000.5151. Parecer CEP sob nº 3.685.183.

Resultados e discussões

A partir da observação participante no grupo de ouvidores de vozes ‘Ouvi Falá’, pudemos abordar de maneira mais aprofundada alguns aspectos referentes ao possível caráter de movimento social que o grupo pode apresentar. De forma espontânea, os participantes se manifestaram e tiveram suas falas colhidas no decorrer dos encontros, trazendo considerações que, de certo modo, refletiam a forma por meio da qual eles concebiam aquela estrutura criada na forma de grupo, a partir de sujeitos e de ações, de modo a fomentar o diálogo aberto sobre suas experiências e as potencialidades em relação às suas vidas e à sociedade. Nos próximos tópicos, iremos apresentar algumas reflexões que tematizam a interação e a articulação grupal como movimento social, abordando temas como empoderamento, autonomia, cidadania e protagonismo.

Grupo de ouvidores de vozes enquanto movimento social

Ao longo dos encontros, o vínculo entre ouvidores e estagiários foi sendo estabelecido, possibilitando com que experiências nunca relatadas (conforme exposto por alguns dos ouvidores) fossem então compartilhadas, assim como no exemplo de uma das participantes que nos disse “*nosso remédio é a fala*”, ao externalizar um pensamento, emoção ou fato envolvendo grande carga emocional ou psíquica considerada negativa. Pudemos observar que, por meio da externalização no grupo de uma experiência difícil com as vozes com seus pares (demais ouvidores), abria-se a possibilidade, para o sujeito, de estabelecer outro tipo de relação com o dito (ou com o vivido), agregando demais sentidos advindos de experiências semelhantes em termos de intensidade ou de sofrimento.

Relatos quanto à mudança na relação com as vozes foram também observados, como no exemplo de outro ouvidor ao compartilhar no grupo o fato de ter deixado de perceber,

ao longo dos encontros, uma das vozes que ouvia como agressiva (de comando), passando a descrevê-la como uma voz positiva, de aconselhamento, mesmo quando ríspida “*parecia uma mãe*”. O que nos leva a considerar a importância do grupo como espaço de reelaboração conjunta de conteúdos psíquicos e de afetos, embora os grupos de ouvidores de vozes não se tratem por definição de grupos terapêuticos.

Ainda que a mudança na relação com as vozes pareça não estar ligada diretamente à questão do movimento social, ela põe em evidência o desencadear de um novo posicionamento diante desse fenômeno. Podemos considerar que tal mudança de posicionamento possa vir a repercutir em um efeito em cadeia, trazendo a consciência da possibilidade de controle do fenômeno, de superação de problemas relacionados com a escuta de vozes e da força do grupo como potencializadora de mudanças individuais e coletivas.

Tendo em vista o conceito de consciência de Vigotski, podemos compreender que a palavra é a transmissora dos reflexos da consciência. Portanto, a fala em contexto de grupo, pode adquirir função importante por possibilitar que a experiência da audição de vozes possa ser compartilhada sem restrições, permitindo que o ouvidor seja capaz de compreendê-la de outras formas, para além dos limites do pensamento médico, psicológico ou social estigmatizante. Como explica Toassa:

A consciência de si implica, pois, numa [sic] relação de alteridade da pessoa para consigo mesma, adquirida através da auto-estimulação produzida pela palavra. O conhecimento e o reconhecimento são funções da palavra, sendo que uma outra pessoa está sempre presente na sua formulação¹²⁽⁶⁴⁾.

Uma das principais finalidades do movimento social enquanto potência política é a transformação da sociedade diante de um ou mais fenômenos³. No caso do movimento do grupo de ouvidores de vozes, a mudança diria respeito a um trabalho de aceitação e de reversão da experiência de exclusão social. Compreender e

promover a ideia de que a audição de vozes não é, por si só, um sinônimo de sintoma de doença mental e que não impede a retomada do sujeito de sua vida cotidiana em um dado momento faz-se fundamental para esse processo de transformação. Pudemos observar que, para ouvidores participantes do grupo, tratava-se da primeira ocasião em que se mantinha com outros ouvidores uma conversa sobre a experiência das vozes, o que nos aponta a importância do grupo para que o ouvidor possa se sentir pertencente a um contexto ‘normal’, menos adoecido e solitário, dando início a um processo de reinserção social e à retomada dos vínculos.

Foi relatado, durante os encontros dos ouvidores, o fato de que alguns familiares, após terem observado a mudança da relação do ouvidor com as vozes, passaram a compreender de forma mais receptiva essa experiência. Também foi relatado o que compreendemos como uma abertura para o questionamento em relação à medicação e à possibilidade de ter mais consciência sobre o tratamento, como nos exemplos de uma ouvidora ao compartilhar no grupo o fato de ter debatido com seu médico acerca dos remédios prescritos, queixando-se dos efeitos colaterais; e no exemplo de outra ouvidora que nos relatou ter exigido a restrição da presença de estagiários durante a sua consulta.

Temas como confiança, amizade e satisfação pela participação no grupo foram trazidos de forma espontânea por ouvidores, o que nos levou a considerar a sensação de pertencimento no grupo e o processo de identificação entre si enquanto pares. A participação no grupo, ao ser analisada como positiva, ressalta o potencial de transformação que o movimento pode oferecer ao integrar participantes em torno de causas comuns, criando vínculos, promovendo novos discursos e ações em relação às suas prévias condições.

Empoderamento e autonomia

Compreende-se nesta pesquisa o termo empoderamento (do inglês *empowerment*) como

“valorização do poder contratual dos clientes nas instituições e do seu poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade”⁸⁽¹⁶⁹⁾. Sendo assim, a ideia de empoderamento, no contexto do grupo de ouvidores de vozes, tem por base a proposta de valorização dos integrantes por meio de suas relações interpessoais e da percepção que eles têm de si mesmos, fortalecidos por meio de uma concepção menos adoecedora de si e do fenômeno de escuta das vozes, o que resultaria em um maior poder contratual com a sociedade, familiares e equipe de cuidado.

As chamadas abordagens de *empowerment* apresentam processos fundantes que embasam também as discussões e as diretrizes da Rede Internacional Intervoices, visando: à reversão de processos de institucionalização e estigmatização por intermédio de críticas aos dispositivos culturais, ambientais e aos serviços que reproduzem o estigma dos usuários; ao apoio e à criação de uma conjuntura que possibilite uma ‘vida comum’ como a dos demais cidadãos; à estimulação do respeito e mínimo controle e paternalismo em relação aos indivíduos; à estimulação de práticas de empoderamento via

[...] iniciativas de auto-ajuda, suporte mútuo, mudança cultural, defesa dos direitos informal, legal e profissionalizada, de forma individual e coletiva; e a participação efetiva dos usuários nas decisões, nos serviços e agências promotoras de políticas de saúde mental⁸⁽¹⁸⁹⁾.

Para o encaminhamento e o fortalecimento de um movimento social, faz-se necessária uma visão estratégica política. Nesse sentido, Vasconcelos⁸ nos aponta algumas possíveis táticas a serem utilizadas em saúde mental: reversão da marginalidade; questionamento dos conceitos empregados na identificação de sujeitos diagnosticados; questionamento do saber médico e da aceitação de formulações estereotipadas; busca por alianças com outros grupos de cidadãos marginalizados e estigmatizados. Segundo o autor, em decorrência das

questões históricas brasileiras, ao ter em vista a forma como se dá a construção da experiência de adoecimento na América Latina, salta-nos aos olhos a necessidade de um trabalho de base no que se refere à mudança de uma visão psicopatologizante e biomédica da experiência da loucura/doença mental, incentivando o discurso crítico por parte dos pacientes psiquiátricos⁸. Como pontua Bezerra Júnior (2001), citado por Severo e Dimenstein⁶, o usuário deve compreender que a doença ou os sintomas são parte de uma experiência que exige crítica e reflexão, experiência vivida como resultado de diversas determinações que podem ser acessíveis aos seus saberes.

Já o conceito de autonomia é compreendido como “a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências”¹³⁽⁶⁷⁰⁾, assimilando, assim, que um sujeito autônomo não é um sujeito sozinho no mundo, mas capaz de se compreender e agir sobre si mesmo e sobre os contextos em que se insere, tendo uma rede de relações que o apoie. Dentro do grupo de ouvidores, identificar, conhecer e entender o processo das vozes pode se refletir, para cada um dos integrantes, em um trabalho de construção de autonomia, uma vez que a compreensão do fenômeno permite ao indivíduo um campo maior de ação sobre si mesmo, o encontro com os pares (aqueles que vivenciam a mesma experiência) e um movimento mais confiante na direção do estabelecimento de relações sociais e de redes de apoio.

Um ouvidor, ao compreender o contexto, as condições e as motivações referentes à manifestação de suas vozes, pode então reconhecer a existência da possibilidade de desenvolvimento de certo controle sobre elas, de modo a obter maior poder de negociação. Ao compreender que, dialogando com suas vozes, por vezes, elas podem se tornar mais amenas, dá-se início ao trabalho de enfrentamento, no sentido de favorecer a relação e diminuir os transtornos acarretados pela iminência das vozes. O movimento dos ouvidores de vozes visa, assim, fazer com que o sujeito, ao enfrentar as suas vozes, entendendo-as ao

invés de ignorá-las, construa o seu processo de autonomia. Como exemplo observado, temos o caso de uma ouvidora que, ao compreender que poderia interferir em seu processo de escuta de vozes negativas, passou a dar maior atenção às mensagens positivas, não permitindo, dessa forma, a depreciação pelas vozes, focando então na recuperação de sua autoestima e autonomia; assim ela pontua: “*acho que elas [as vozes] me respeitam*”.

Cidadania e protagonismo

No Brasil, a luta pela cidadania teve destaque em meio aos movimentos sociais ativos em governos autoritários, como o de Vargas e o período da Ditadura Militar, fazendo com que grupos buscassem reconquistar direitos já anteriormente estabelecidos, porém bloqueados com a limitação da Constituição. O fim da década de 1970 foi crucial para que movimentos em prol da saúde fossem pautados de forma mais séria e enérgica, conquistando melhorias, mas, como é analisado por Costa (1986) e retomado por Medeiros e Guimarães¹⁴⁽⁵⁷⁵⁾:

[...] as políticas de saúde pública no Brasil não se caracterizaram pela proteção da população contra surtos epidêmicos e doenças parasitárias, tampouco pela recuperação da saúde do comum dos homens, mas sim, pela articulação aos interesses dos grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional.

Cabe, assim, analisar que a construção da cidadania no campo da saúde no Brasil foi sendo estabelecida de modo a diferenciar os que geram lucro para o Estado dos que não geram, estando entre os últimos os sujeitos tidos como ‘loucos’. As internações foram o meio pelo qual seus corpos se tornaram passíveis de controle pelo Estado e pela elite, de modo que o tratamento simulasse uma readaptação ao convencional, buscando encaixar o sujeito afetado por experiências existenciais mais sensíveis a padrões produtivos do capitalismo.

Mesmo que a audição de vozes não seja vista necessariamente como patologia nos grupos de ouvidores, cabe ressaltar que parte deles recebeu algum diagnóstico ou faz acompanhamento na rede de saúde mental, o que deve ser levado em conta para compreensão da dinâmica dos grupos e da percepção de si mesmos. O que a articulação entre usuários e membros dos grupos de ouvidores de vozes busca desenvolver seria a cidadania dentro do campo da saúde mental, ou seja, nas palavras de Medeiros e Guimarães¹⁴⁽⁵⁷⁷⁾

[...] o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e de não ser pura e simplesmente jogado em depósitos, como ainda é uma realidade brasileira, na sua forma mais brutal, nos grandes hospícios públicos ou, nas formas mais sutis, em clínicas privadas e conveniadas.

De acordo com Passos et al., “ser cidadão é tomar seu lugar em uma sociedade e contribuir para um projeto comum”¹⁵⁽²⁹²¹⁾, o que nos leva a considerar o contexto do grupo de ouvidores de vozes como um ambiente de promoção de cidadania e de facilitação para que seus membros possam exercê-la na construção de um projeto comum: a luta contra o estigma em relação à experiência de escuta de vozes e a luta contra o apagamento do discurso do sujeito em intenso sofrimento psíquico.

O Movimento Intervoice pode ser compreendido como um movimento revolucionário ao buscar trazer visibilidade à experiência de uma minoria social, legitimando-a e retirando-a da posição de isolamento e constrangimento anteriormente colocada. Por intermédio de um reconhecimento positivo da audição de vozes, acreditamos ser possível formar uma identidade coletiva que supere a identificação advinda de um diagnóstico psiquiátrico. Nessa direção, o Intervoice, enquanto movimento social, procura influenciar as práticas de profissionais da saúde, ouvidores e familiares de maneira crítica quanto aos estigmas, buscando apresentar à comunidade versões menos

patologizantes em relação à audição de vozes¹⁶.

Sendo assim, ao pensarmos na desconstrução do lugar da diferença enquanto anormalidade e na construção de um lugar da diferença enquanto capacidade por meio da perspectiva e das ações do Movimento Intervoice, certo protagonismo pode ser retomado pelo ouvidor ao assumir a posição de sujeito político e ativo em seu tratamento, no grupo e até mesmo ao assumir o controle na relação com suas vozes. A experiência de exclusão social é substituída pela possibilidade de atuar como detentor do saber sobre suas vozes, sobrepondo-se à experiência a um saber institucionalizado. Como afirma Torre e Amarante¹⁷⁽⁸⁴⁾:

A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político.

Considerações finais

Enquanto movimento social, pudemos observar que o movimento dos ouvidores de vozes pode apresentar uma nova perspectiva em relação à experiência de ouvir vozes, buscando diluir as barreiras historicamente construídas que separam os saberes de profissionais e de usuários, em uma hierarquia de valores que normalmente leva a subjugar o saber de quem vive a experiência em relação àquele que a contempla como *expert*. Dessa maneira, tal perspectiva opera no sentido da não sobreposição do saber médico ou psicológico, em relação ao saber da experiência, já que o sujeito que vivencia a audição de vozes é quem deve interpretá-la e ter a *expertise* da situação.

Conforme pudemos observar, o Hearing Voices Movement, tratando-se de um movimento composto por indivíduos e vozes de vários países, tem a pluralidade como característica determinante, prezando pela compreensão das vozes por meio de diversas versões, sem imposições ou hierarquias de saberes,

propondo um trabalho constante de elaboração do próprio ouvidor com seus pares, tendo como base a empatia e o respeito¹⁸. Ao seguir essas diretrizes, o grupo pode se estabelecer como alicerce para os ouvidores, não apenas nos processos individuais de recuperação, mas na sustentação coletiva enquanto movimento social, na busca por representatividade e na manutenção de uma forte e coesa rede de apoio e cuidado entre seus integrantes.

Devido ao fato de as reuniões terem sido iniciadas no contexto universitário – e, também, da constante presença de estudantes e de profissionais e professores da área da saúde –, pudemos observar, por consequência, que determinados participantes ouvidores apresentavam (ou reproduziam), a princípio, certa dependência (posição de passividade) em relação às iniciativas propostas no grupo, uma vez que, de início, eram os estagiários ou profissionais a evocar temas e propostas de discussões, assim como as dinâmicas. No entanto, passado mais de um ano da formação do grupo, foi possível observar o desenvolvimento paulatino de um senso de pertencimento ao grupo por parte dos ouvidores, com a participação assídua na escolha dos temas, problematizações e dinâmicas a serem oferecidas nos encontros, com a frequência nas reuniões de ouvidores mesmo com a ausência dos estagiários ou da coordenadora do projeto, dando-nos indícios de um processo de autonomia dos participantes em relação aos profissionais envolvidos. Cabe destacar que, no decorrer do processo grupal de criação de vínculos e estabelecimento de ações, os próprios ouvidores passaram também a realizar conferências para profissionais da área da saúde mental em eventos no estado de Minas Gerais, com estagiários ou com coordenadora do projeto, assim como seminários sobre a experiência de ouvir vozes e sobre a importância dos grupos de ouvidores de vozes para alunos de graduação em Psicologia e Medicina.

Ao retomar os conceitos de empoderamento, autonomia, cidadania e protagonismo no

campo da saúde mental e, especialmente, no que diz respeito aos ouvidores de vozes, pudemos observar que as práticas norteadoras do Movimento Intervoices, assim como as diretrizes seguidas pelos grupos de auto e mútua ajuda, auxiliam na criação de espaços de reflexão e permitem que os participantes dos grupos assumam certas ações e posicionamentos que não teriam sido viabilizados antes da participação nos grupos, uma vez encontrando-se solitários na experiência de audição de vozes. Podemos, assim, considerar como uma possível mudança de posicionamento advinda da participação nos grupos a não recepção passiva de concepções em relação a seus estados de saúde e a participação ativa na escolha e na condução de seus tratamentos.

Consideramos, enfim, que o movimento da Rede Internacional Intervoices (com pesquisa, formação e criação de grupos de ouvidores de vozes) pode, sim, assumir um papel relevante enquanto movimento social, uma vez que orienta suas ações e discursos na busca pelos direitos políticos e civis de seus integrantes, no estatuto de normalidade para o sujeito ouvidor, na possibilidade de cidadania e manutenção da circulação social do ouvidor, na possibilidade de seguir suas vidas em companhia de suas vozes, assim como no trabalho em prol da dissolução dos estigmas referentes à loucura e na transformação em relação à compreensão da experiência sensível e intensa da escuta de vozes.

Colaboradoras

Trevisan JVS (0000-0001-7704-5184)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Baroni DPM (0000-0001-5210-0650)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Baker P. *The Voice Inside: a practical guide for and about people who hear voices*. United Kingdom: P&P Press; 2009.
2. Gohn MG. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. *Cad. CRH* [internet]. 2008 [acesso em 2019 abr 14]; 21(54):439-455. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792008000300003>.
3. Lüchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(2):399-407.
4. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
5. Correia LC. O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos. *Prim Facie*. 2006; 5(8):83-97.
6. Severo AKS, Dimenstein M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estud. psicol. (Natal)*. 2009; 14(1):59-67.
7. Bien C, Reis GC. The hearing voices movement: mental health advocacy and Recovery. *CBSM*. 2017; 9(21):79-88.
8. Vasconcelos EM. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: Amarante P, organizador. *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 169-194.
9. Intervoice & The Hearing Voices Movement: Values & Vision [internet]. London: The International Hearing Voices Network; c. 2020 [acesso em 2020 ago 9]. Disponível em: <http://www.intervoiceonline.org/about-intervoice/values-vision>.
10. Coimbra VCC, Bretanha AF, Rodrigues CGS. Sobre os caminhos do primeiro grupo de ouvidores de vozes no Brasil. *J. nurs. health*. 2018; 8(esp):e188421.
11. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. Enferm. UERJ*. 2007;15(2):276-283.
12. Toassa G. Conceito de consciência em Vigotski. *Psic. USP* [internet]. 2006 [acesso em 2020 jan 18]; 17(2):59-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000200004>.
13. Onoko Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. *Tatado de Saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 669-688.
14. Medeiros SM, Guimarães J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciênc. Saúde Colet*. 2002; 7(3):571-579.
15. Passos E, Otanari TMC, Emerich B, et al. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(10):2919-2928.
16. Longden E, Corstens D, Dillon J. Recovery, discovery and revolution: The work of Intervoice and the hearing voices movement. In: Coles S, Keenan S, Diamond B, editores. *Madness contested: Power and practice*. Monmouth: PCCS Books; 2013.
17. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet*. 2001; 6(1):73-85.
18. Intervoice & The Hearing Voices Movement [internet]. London: The International Hearing Voices Network; c. 2020 [acesso em 2020 jan 18]. Disponível em: <https://www.intervoiceonline.org/about-intervoice>.

Recebido em 29/02/2020

Aprovado em 18/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental

‘Jokers of care’: the exercise of interprofessionality in the context of mental health

Gerfson Moreira Oliveira¹, Mônica Ramos Daltro¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E309

RESUMO A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o campo da saúde mental tem sido marcado pela importância do debate teórico-prático e político sobre a interprofissionalidade devido à complexidade dos cuidados psicossociais. Nesse contexto, as transformações laborais colocam em relevo as identidades individuais e coletivas dos profissionais. Este estudo discute e analisa o trabalho em equipe de um grupo de trabalhadores da saúde mental como território de constituição de identidades coletivas que podem dar suporte a um fazer clínico interprofissional sintônico às demandas da reforma psiquiátrica. Pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa realizada com trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial localizado em Salvador-Bahia. Foram realizados grupo focal e pesquisa com documentos; e, posteriormente, analisados os seus conteúdos. Como resultados, identificaram-se três categorias analíticas que circunscreveram a identidade coletiva dos trabalhadores: os embaraços da coesão grupal, os corpos-coringas do cuidado e as insuficiências da equipe para o cuidado integral. A práxis nesse contexto está marcada pela lógica da interprofissionalidade, entretanto, assim como a reforma psiquiátrica, o modo interprofissional não está pronto e acabado, ele se constrói como um exercício no cotidiano assistencial.

PALAVRAS-CHAVE Assistência à saúde mental. Equipe interdisciplinar de saúde. Processos grupais.

ABSTRACT *From the Psychiatric Reform movement in Brazil, the field of mental health has been marked by the importance of the theoretical-practical and political debate on interprofessionality, due to the complexity of psychosocial care. In this context, labor transformations highlight the individual and collective identities of professionals. This study discusses and analyzes the teamwork of a group of mental health workers as a territory for the constitution of collective identities that can support an interprofessional clinical practice in tune with the demands of psychiatric reform. It is a descriptive, exploratory and qualitative research conducted with workers of a Psychosocial Care Center located in Salvador-Bahia. A focus group and research with documents were carried out and, later, their contents were analyzed. As results, we identified three analytical categories that circumscribed the collective identity of the workers: the embarrassments of group cohesion, the jokers of care and the insufficiencies of the team for integral care. The praxis in this context is marked by the logic of interprofessionality, however, just as the psychiatric reform, the interprofessional mode is not ready and finished, it is built as an exercise in daily care.*

¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) – Salvador (BA), Brasil.
gerfsonoliveira@bahiana.edu.br

KEYWORDS *Mental health assistance. Interdisciplinary health team. Group processes.*



Introdução

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, o campo da saúde mental tem sido marcado pela importância do debate teórico-prático e político sobre a interprofissionalidade devido à complexidade dos cuidados psicossociais. Nesse contexto, a Lei nº 10.216/2001¹ redireciona o modelo assistencial em saúde mental rompendo com os fundamentos asilares realizados pelos hospitais psiquiátricos nos quais os pacientes, em regra, permaneciam institucionalizados.

O paradigma da desinstitucionalização aposta na reinvenção da saúde mental, na produção de vida e sociabilidade que amplia e complexifica os modelos assistenciais. Desse modo, o paciente, que outrora era visto como objeto de intervenção de um saber predominantemente psiquiátrico, começa a construir diferentes lugares sociais requisitando reconhecimento e autonomia para além da doença, como um ser capaz de reinventar-se com maior protagonismo diante das suas condições de saúde². Os serviços públicos estratégicos para articulação do cuidado psicossocial no País, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, são os Centros de Atenção Psicossociais (Caps) em suas diversas especificidades, entre elas, os Caps Álcool e Drogas (Caps AD) voltados para a assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas³.

Especificamente na modalidade do Caps AD, contexto de realização deste estudo, para dar continência aos projetos terapêuticos dos usuários, as equipes são orientadas a operar na lógica das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, que foram impulsionadas pelos princípios da RP e da luta antimanicomial e implementadas com o processo de democratização da saúde pública no País⁴.

Conforme portarias do Ministério da Saúde, as equipes técnicas de um Caps são multiprofissionais, podendo ser compostas por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros,

terapeutas ocupacionais ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e quatro profissionais de nível médio⁵. As demais equipes têm formação semelhante, variando em número e em algumas especialidades multidisciplinares.

A composição das equipes multidisciplinares e multiprofissionais também representam avanços importantes em relação à lógica manicomial de atuação profissional especializada e isolada. Embora sejam expressões semelhantes, Reeves⁶ aponta diferenças entre os termos multidisciplinar e multiprofissional, afirmando que o primeiro está relacionado com diferentes campos de conhecimentos ou áreas de estudos, e o segundo faz referência ao campo de práticas, sendo que ambos mantêm uma relação de interdependência.

O trabalho interprofissional em saúde é dinâmico e consiste no desenvolvimento de uma prática convergente entre os trabalhadores de diferentes áreas e funções, visando responder às necessidades em saúde de uma pessoa ou uma comunidade. Contempla, portanto, aspectos relacionais, processuais e territoriais do trabalho que envolvem diversos conceitos, como cooperação, práticas colaborativas e trabalho em equipe, sendo este último permeado por dimensões afetivas e ocorrendo com intensa interdependência de suas ações uma vez que o coletivo de trabalhadores compartilha uma identidade de equipe^{7,8}.

No âmbito da saúde mental, essas transformações laborais colocam em relevo uma identidade de profissional da saúde mental que retoma os discursos da década de 1960, na qual emergiram políticas de identidade atreladas aos movimentos sociais. Tais políticas concentraram-se em afirmar a identidade cultural das pessoas, grupos e instituições, fundamentada na ideia do pertencimento⁹.

Na perspectiva dos estudos culturais, o conceito de identidade (individual e coletiva) é construído em relação à diferença, sendo, portanto, um construto relacional, ou seja, necessita de outras identidades. Tanto a identidade quanto a diferença são concebidas como

produções históricas e socioculturais, o que se contrapõe a ideia essencialista de identidade¹⁰.

Embora algumas linhas de pesquisas das ciências sociais contemporâneas questionem o conceito de identidade, sobretudo pelo seu caráter difuso e polissêmico, elas reconhecem a sua importância para a compreensão do funcionamento de grupos e coletivos e na construção e consolidação de políticas identitárias protetivas de seguimentos populacionais marginalizados¹¹.

Dessa forma, este estudo discute e analisa o trabalho em equipe de um grupo de profissionais da saúde mental como território de constituição de identidades coletivas que podem dar suporte a um fazer clínico interprofissional sintônico às demandas da RP brasileira.

Material e métodos

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Segundo Minayo¹², no contexto das ciências sociais em saúde, a pesquisa qualitativa busca compreender a construção de uma realidade que se processa em uma dimensão não facilmente quantificável, ou que a quantificação represente uma perda considerável de informações subjetivas úteis.

O estudo foi realizado em um Caps AD localizado em Salvador, capital da Bahia, Brasil. As técnicas utilizadas para a produção de dados foram a análise de documentos institucionais (Projeto Terapêutico Institucional – PTI)¹³ e a realização de um grupo focal¹². Em cada uma dessas abordagens, foram elaborados roteiros para orientar a realização do trabalho. A escolha desse Caps AD ocorreu pela disponibilidade de acesso do pesquisador ao centro, por ele ter atuado como coordenador técnico-pedagógico nos anos de 2012 a 2017. Na pesquisa qualitativa, a presença do pesquisador no contexto em estudo e sua relação de intersubjetividade com os grupos investigados é parte essencial do processo da pesquisa, demandando permanente reflexividade sobre os seus acontecimentos e efeitos no contexto

empírico, perspectiva que valoriza a produção científica e fortalece a práxis profissional^{12,14}.

A técnica de grupo focal utilizada na coleta de narrativas consiste em reunir pequenos grupos de pessoas para avaliar, discutir e identificar ideias, conceitos, sentimentos, percepções e atitudes dos participantes sobre determinados temas¹⁵. A partir da expressão os participantes, podem fazer associações favorecendo a diversidade e a profundidade de respostas.

O grupo focal foi composto por oito trabalhadores do Caps AD: três redutores de danos; três profissionais de nível superior; e dois técnicos administrativos. Para inclusão no estudo, utilizaram-se como critérios: a participação voluntária; trabalhar no Caps AD há mais de um ano; ter diversidade nos núcleos de formação e funções; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, foi realizada uma sessão de grupo focal com duração aproximada de 90 minutos em sala reservada na sede do próprio Caps AD, garantindo-se condições adequadas de conversação e sigilo dos participantes¹⁵.

Os trabalhos de grupo foram conduzidos pelos autores, que se distribuíram entre moderadora e observador. A opção por essa divisão de tarefas fundamentou-se no cuidado para minimizar possíveis induções (conscientes e/ou inconscientes) na condução da pesquisa¹², uma vez que o autor-observador já havia trabalhado com o grupo de participantes na função de gestor. Depois dos esclarecimentos sobre a finalidade do encontro e assinatura do TCLE, solicitou-se permissão para gravação em dois equipamentos distintos. Houve garantia de anonimato da entrevista e sigilo da autoria das respostas.

O roteiro usado na sessão foi composto por uma pergunta disparadora: como acontece o trabalho em equipe nesse Caps AD?

As audiografações com os relatos do grupo foram transcritas na íntegra, e, posteriormente, conferidas com as observações realizadas pelo pesquisador, buscando-se evidenciar os temas emergentes da discussão entre os participantes. Esses temas foram obtidos mediante a

apreensão das unidades de significado presentes, reunidos no discurso dos sujeitos participantes do grupo focal e analisados conforme sua pertinência em relação aos objetivos da pesquisa. Por definição

fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado¹²⁽³¹⁶⁾.

Foi observada a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde¹⁶. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública sob parecer nº 2809.812; CAAE 90497418.0000.5544. Para preservar o sigilo dos profissionais, no fim de cada transcrição, foi acrescida a codificação dos oitos participantes do grupo focal com a palavra (Trabalhador) seguida do algarismo numérico.

Resultados e discussão

Para a equipe do Caps AD, tomado como cenário para o desenvolvimento desta pesquisa, a práxis nesse contexto está marcada pela lógica da interprofissionalidade. Esse modo interprofissional, entretanto, não está pronto e acabado, ele se constrói como um exercício no cotidiano profissional.

O Caps AD constitui-se serviço docente assistencial. Fruto de uma parceria entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), nasceu ancorado em um contexto sociocultural, econômico e político marcado pelo aumento do uso problemático de álcool, crack e outras drogas no município, particularmente na região do centro histórico de Salvador-Bahia. Trata-se de um território complexo, historicamente marcado pela violência e pela exclusão da população negra e que ainda abriga populações com vulnerabilidades psicossociais importantes, muitas delas com

baixo poder aquisitivo e um número elevado de pessoas em situação de rua.

Com esse cenário, a equipe do Caps AD tem, segundo o PTI, o compromisso técnico de

oferecer uma clínica ampliada através de equipe multidisciplinar [...] adotando estratégias de cuidado articuladas com o usuário no serviço e no seu território de referência¹³⁽¹⁴⁾.

Esse documento técnico de orientação para o trabalho expressa a necessidade de múltiplos profissionais e utiliza os termos interdisciplinar ou multidisciplinar para se referir ao trabalho em equipe.

Entre outras considerações referentes aos processos de trabalho em equipe, o documento sinaliza sobre a necessidade de realização periódica de reuniões técnicas e assembleia com usuários, composição e atribuições da equipe multiprofissional distribuídas entre profissionais de nível médio e superior, ressaltando, como possibilidade, a realização de supervisão clínico-institucional (dispositivo organizacional destinado à discussão das questões clínicas e institucionais dos serviços e da rede de saúde mental) como condição para o desenvolvimento do trabalho em equipe de natureza interprofissional¹⁷.

A concepção de interprofissionalidade, nasceu no âmbito da formação de profissionais da saúde. A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) tem como princípios criar contextos de aprendizagem em que os trabalhadores da saúde aprendam conjuntamente sobre o trabalho, sobre as especificidades de cada profissão e função, sobre a integração dos saberes e sobre a ampliação do olhar sobre o cuidado aos pacientes¹⁸.

A interprofissionalidade, portanto, sustenta-se no trabalho da equipe; um trabalho de saberes interdisciplinares confeccionado com processos de negociação e integração relativos às tomadas de decisão para a solução de problemas dos usuários e atendimento das necessidades biopsicossociais das populações assistidas¹⁹. Preservam-se, nessa prática, a

história e as diferenças de cada uma das profissões, todas consideradas legítimas para a construção dos conhecimentos em saúde. Essa proposta educacional (ancorada na relação) focaliza o desenvolvimento de competências colaborativas, de planejamento participativo, exercício de diálogo, tolerância e negociação¹⁸.

A análise das narrativas produzidas a partir do grupo focal identificou que a experiência do ‘fazer-se equipe’ no Caps AD coloca a interprofissionalidade no centro do exercício de existir como equipe. Assim, três categorias analíticas emergiram circunscrevendo a identidade coletiva dos trabalhadores: os embaraços da coesão grupal – o olhar para dentro; corpos-coringas do cuidado – os furos do instituído; e as insuficiências da equipe para o cuidado integral – o olhar para fora.

Os embaraços da coesão grupal – o olhar para dentro

Na dimensão coletiva do trabalho, emergiram conteúdos que referenciavam como as expectativas individuais circulavam em confronto com as expectativas coletivas:

É meio que esperado que no Caps você vai trabalhar em equipe, já é um pressuposto que você vai funcionar como equipe [...] só que, pra isso, você vai depender das pessoas que estão compondo, vai depender de um monte de fatores, um monte. (Trabalhador 1).

Um conjunto de fatores emerge como reais impeditivos para a práxis em equipe interprofissional. Costa-Rosa¹⁹ alerta sobre as contradições entre os discursos e as práticas do trabalho em equipe nos Caps, enfatizando dificuldades no âmbito político, organizacional e relacional, como, por exemplo, características restritivas das políticas governamentais, fragmentação das equipes, articulação fragilizada dos trabalhadores, conflito nas relações de poder entre os trabalhadores, ruídos de comunicação, foco excessivo na tarefa e falta de apoio aos processos de desenvolvimento organizacional.

Dessa forma, os processos de trabalho envolvendo as equipes dos serviços substitutivos são constantemente afetados pela complexidade do cotidiano em que se encontram inseridos, sendo-lhes exigido o enfrentamento cotidiano dos impasses acima citados. O cuidado psicossocial nos Caps requer uma trama delicada, em que a clínica e a gestão do trabalho em equipe, embora operem sob lógicas próprias, formam um mesmo tecido assistencial²⁰.

Imerso nesse cotidiano marcado por encontros e desencontros, o trabalho em equipe na saúde mental demanda tempos distintos de compreensão, integração e intervenção, e mesmo de sustentação do ‘não saber o que fazer’, seja no início ou ao longo dos processos de atendimentos de casos mais complexos que não respondem aos investimentos da equipe. Para Endo²¹, embora as diretrizes de funcionamento do cotidiano institucional dos Caps estejam descritas nos documentos institucionais e portarias do Sistema Único de Saúde (SUS), as mudanças propostas pela RP ainda produzem dissoluções identitárias nos técnicos e ambivalências diante dos desafios de construir coletivamente um cuidado diversificado, amplo e integrado que acolha e auxilie o deslocamento do sujeito em sofrimento com seus complexos, necessidades e singularidades.

No Caps AD em estudo, as capacidades de pactuação e flexibilidade para o trabalho em equipe emergiram como estratégias de enfrentamento alternativas para construção de cultura de trabalho coletivo em atenção psicossocial.

Uma equipe coesa ela não precisa ter as mesmas ideias e aceitar da mesma forma o que é proposto pelos diferentes profissionais, né? [...], mas ela precisa fazer articulações em prol daquele cuidado [...] mesmo que nem sempre acerte. (Trabalhador 2).

A análise desse campo social nos permite perceber diferenças entre os trabalhadores e como cada um deles pode posicionar-se diferentemente, de acordo com o papel social que está protagonizando, ainda que sob condições

de imprevisibilidade. Nessa perspectiva, os Estudos Culturais consideram que, em diferentes contextos sociais, diferentes identidades se precipitam²²:

O trabalho aqui é formado por diferentes, por múltiplas racionalidades [...] são várias clínicas aqui no Caps: a do médico, a do enfermeiro, do psicólogo, da assistente social, e por aí vai. (Trabalhador 3).

Assim, o trabalho em equipe é afirmado pelos profissionais a partir da diversidade clínica. A operacionalização do processo de trabalho e cuidado, bem como a formação identitária da equipe desse serviço estiveram constantemente atravessadas por um conjunto de crenças, técnicas e saberes (individuais e compartilhados). Uma multiplicidade de visões, versões e soluções diferentes sobre determinadas situações cotidianas surgiram nas narrativas dos técnicos, que, por sua vez, geravam tensionamentos diante das exigências de condutas alinhadas entre os profissionais.

Mas a gente tem toda essa quantidade grande de signos sociais que interferem no nosso dia a dia, que informam quem a gente é, quem a gente diz que é, e tudo isso interfere em como a gente pensa o trabalho [...] mesmo com as desavenças em não concordar com a fala ou a conduta do colega. (Trabalhador 4).

Essa diversidade nas formas de trabalhar e cuidar traz novos desafios à perspectiva identitária que circunscreve esses fazeres. O Caps AD é uma instituição, cujos princípios oferecem ao trabalhador a possibilidade de exercer graus distintos e variados de escolha e autonomia para manejar um variado repertório de recursos simbólicos²³. Afirma-se, portanto, que, nesse contexto laboral, com suas regras, serviços e bases epistemológicas, determinados tipos de identidades profissionais são produzidos.

Em uma equipe de trabalho, podemos identificar a circulação de duas concepções de identidade: a essencialista, que trata de representar a unidade comum de uma história construída

no tempo e no interior de um território, como, por exemplo, ser médico, psicólogo ou redutor de danos; identidades construídas no filtro de representações hegemonicamente pactuadas a partir de referenciais gerais de uma cultura que diferencia uma identidade de outra. A segunda concepção, a não essencialista, focaliza as diferenças, o movimento de tornar-se, afirmando posições de sujeitos e identidades que não se produzem por sistemas unificados, mas a cada contexto e em cada tempo²⁴:

Bom, não tem um manual de como tem que funcionar o trabalho em equipe no Caps [...] no final das contas é a equipe que 'se monta', ela é o resultado da interação entre os profissionais. (Trabalhador 1).

Nas narrativas identificadas, coloca-se como campo de sustentação esse 'tornar-se', revelando um permanente movimento de deslocamento e autoconstrução dos trabalhadores. Para Giddens²⁵, as identidades contemporâneas estão em constante reformulação, tendo em vista a rapidez e a quantidade de novas informações que precipitam um cotidiano de imprevisibilidade e consequente revisão de práticas sociais.

O trabalho em equipe se expressa, portanto, como um território que produz representações dos sentidos do trabalho a ser desenvolvido por cada profissional. Nesse processo de interação, diferentes significações são produzidas por distintos sistemas simbólicos. Seus discursos e representações contestadas e conflitantes constroem lugares nos quais os sujeitos podem se posicionar e falar²⁴.

Corpos-coringas do cuidado - os furos do instituído

A vida profissional contemporânea demanda uma diversidade de papéis e posições, o que implica dizer que distintas representações identitárias podem entrar em conflito. No trabalho em equipes de saúde mental, uma prática social marcadamente simbólica, um conjunto

inumerável de identidades se expressam de maneira diversa e vacilante.

No Caps, essa clínica meio que pressupõe um desvio de função [...] você não vai fazer aquela descrição exata do que está descrito na sua profissão lá, não dá pra trabalhar em Caps só desta forma [...] na verdade a gente se sente meio coringa no Caps. (Trabalhador 1).

Observamos aqui o símbolo do coringa como metáfora compreensiva das funções profissionais dessa equipe. Podemos dizer que a palavra ‘coringa’ possui diferentes nomes e representações pelo mundo, porém, o seu núcleo de significações manteve-se praticamente preservado na base histórica da cultura ocidental e está fortemente associado à imprevisibilidade, à improvisação, a provocações e a revelações²⁶. Tais características aproximam-se do dinamismo ambivalente da equipe de trabalho desse Caps AD em perspectivas interdependentes.

A primeira representação relaciona-se com o jogo de cartas, na qual o coringa é aquela carta que substitui outras. Assim, o trabalhador coringa seria aquele que ‘flexibiliza’ a função exercendo ‘outras’ atividades fora do seu núcleo de formação, aquele que denota ambivalência e versatilidade, ligando os sujeitos e coletivos a dois mundos: o cotidiano das coisas instituídas, em que se está presente na maior parte do tempo, e o mundo imaginativo e inusitado que nos retira da inércia cotidiana²⁷.

A ‘flexibilização’ aqui apresentada não tem correlação como a flexibilização das relações de trabalho em seus modelos de contratação que, geralmente, fragilizam a proteção social do trabalhador da saúde e precarizam as condições laborais, conforme apontam os estudos de Vazquez²⁸. Também não propõe a substituição de um trabalhador por outro, visto que a divisão técnica e jurídica do trabalho prevê que cada profissional seja orientado por um corpo de conhecimento que legitime sua prática, incorporando a ela valores, competências e relevância social²⁹. Trata-se, entretanto, de uma posição atitudinal do trabalhador diante

das exigências do manejo de cuidado com os usuários do serviço de saúde mental.

No âmbito da saúde coletiva, Campos³⁰ resalta que o trabalho das equipes estrutura-se em núcleos e campos de saberes e práticas, em que o núcleo está ligado aos conhecimentos técnicos e às funções mais específicas, e o campo, a saberes e fazeres comuns aos trabalhadores que produzem o cuidado; e eles estão em constante movimento dialético exigindo dinamismo e flexibilidade do trabalhador da saúde. Especificamente no cotidiano da atenção à saúde mental, à medida que as equipes trabalham com flexibilidade, integração e compartilhamento, qualquer profissional que entra em contato com os usuários deverá ser considerado integrante do coletivo interprofissional, sem perturbar a distinção dos trabalhadores das atividades-fim assistenciais e das atividades-meio administrativas¹⁹.

Imageticamente, o coringa é representado por aquele cujas palavras e ações tocam a realidade vivenciada, desvelando e expondo frágeis estruturas sociais estabelecidas²⁶. Dessa forma, a articulação do trabalho dessa equipe tensiona o campo social e produz conflitos nas relações com quem ‘não quer saber’, dando visibilidade a essa população estigmatizada e excluída a partir da intermediação de acesso ao cuidado aos serviços e aos direitos:

A gente está sempre atento nos cuidados dentro e fora do serviço, a gente tem que também está fazendo de tudo, é um trabalho delicado porque trabalhamos com usuário de drogas, gente em situação de rua que a família e a sociedade nem quer saber, e isso nos afeta muito. (Trabalhador 5).

Na perspectiva psicossocial, a equipe interprofissional ‘atenta’ e intensifica o investimento humano com seus corpos, com presença clínica e vincular como tecnologias de cuidado em prol dos sujeitos e suas necessidades; assim, a subjetividade dos trabalhadores está sempre indissociada do corpo subjetivado, constituindo-se meio de produção de cuidado¹⁹. Ressalta-se ainda que, em suas narrativas, “*estar fazendo*

de tudo” (Trabalhador 5) não significa atender a todas as demandas; corresponde ao esforço para agenciar relações de cuidado que favoreçam a construção de autonomia, a garantia de direitos e o bem-estar clínico dos usuários, dimensões essas que se distinguem, mas não se separam, conforme proposto por Silva³¹ em pesquisas desenvolvidas no laboratório de estudos vinculares e saúde mental da UFBA.

Dessa forma, a equipe de trabalhadores impregna-se continuamente de afetações, intensidades e transmutações, atualizando-se em coletivos de corpos porosos, disformes e ambíguos que transbordam no encontro com o outro, tal qual o bufão, uma das insígnias do coringa na cultura ocidental³². A autora supracitada recorre a Deleuze e Guattari³³ para falar das insuficiências do corpo-trabalhador codificado com funções predefinidas-prescritivas e engendradas pelo sistema de modelização das funções sociais do trabalho. Como contraponto, destaca a potência do corpo-bufão (ou corpo-coringa), aquele que bufa e deixa vaziar o registro codificado do dever-ser imposto protocolar e prescritivo, fazendo emergir a criação e a invenção, desterritorializando práticas e ampliando o escopo das intervenções³².

As pessoas que vêm das escolas de enfermagem, medicina etc. têm já um certo treinamento de como funcionar naquele modelo de atendimento clássico que é o treinamento no hospital, nas clínicas e tal, e aí você meio que aproveita um pouco dessa experiência, mas não dá conta. No Caps, as demandas são diferentes, são lugares e funções específicas como as dos técnicos de referência, por exemplo, as decisões são compartilhadas na equipe e isso tudo meio que meio que a gente aprende fazendo. (Trabalhador 1).

Nesse contexto de transitoriedade e deslocamento, precipitam-se divergências e crises, especialmente pelo encontro de identidades que foram marcadas e localizadas em diferentes lugares, e elas são tomadas em uma perspectiva positiva, na medida em que fomentam mudanças na dimensão do tornar-se. As

identidades em conflito estão no bojo dos processos de mudanças políticas e socioculturais e provocam rupturas nos saberes instituídos, produzindo novas formas de posicionamentos. Para Woodward²⁴, contestação e disputa são características da construção cultural das identidades no mundo contemporâneo.

Fazendo uma apropriação metafórica da lógica da identidade cultural proposta por Hall³⁴, que fala do processo pelo qual se busca autenticar uma determinada identidade por meio de um passado supostamente comum, pode-se observar como alguns trabalhadores ainda falavam a partir de uma posição histórica e cultural específica: sua profissão, sua função no Caps AD e suas experiências.

A gente tem uma assistência muito voltada para o social, quando, na verdade, isso deveria ser uma função de outros serviços, de outros profissionais e dispositivos que não o da saúde [...] é claro que a gente acaba contribuindo, mas não deveria ser foco do nosso serviço. (Trabalhador 6).

Algumas pesquisas sobre o trabalho em equipe no contexto de saúde abordam sobre a percepção limitada da saúde por parte de alguns profissionais e destacam a formação uni-profissional que coloca em evidência a cultura da formação isolada que favorece a construção de identidades profissionais rígidas, com compreensões restritas do cuidado e que, no futuro, acabam por expressarem dificuldades para comunicação com profissionais de diferentes categorias e setores da sociedade³⁵.

Assim, em uma dinâmica ambivalente, ora os trabalhadores respondem discursivamente a partir de uma posição herdada e instituída de um sistema cultural específico para reafirmar a sua identidade profissional, ora colocam-se em identidade compartilhada, sem negar o passado, mas reivindicando-se como outras identidades. Esta última perspectiva desafia o território do trabalho em equipe interprofissional a desconstruir identidades fixas e binárias, tal como um coringa, provocando deslizamentos e fluidez de identidades.

Insuficiências da equipe para o cuidado integral – o olhar para fora

Uma preocupação constante relatada como difícil para o trabalho em equipe nesse Caps AD, foi a convivência cotidiana com situações de tensão e conflitos com os usuários de substâncias psicoativas assistidos. Tais situações produziam desconfortos e reflexões sobre os caminhos para o cuidado mais efetivo, revelando potencialidades e limites do trabalho em equipe.

Percebemos que os conflitos estão aumentando porque eles estão mais aqui dentro do Caps, então quando deixa todo mundo muito enclausurado é aquela coisa, a panela de pressão. (Trabalhador 8).

Por maior que seja o trabalho em equipe, porque o vínculo não é só com os usuários, a gente também se vincula entre si, sozinhos não conseguimos dar continência, sabe. Trabalhamos com uma população marginalizada com muita dificuldade de acesso a outros serviços [...] isolada a equipe não consegue trabalhar bem. (Trabalhador 1).

A invenção dos Caps enquanto dispositivos institucionais substitutivos que possibilitaram avanços e ampliação de novos modelos de cuidado implica, concomitantemente, riscos de isolamento uma vez que eles podem fechar-se sobre si mesmos e resgatar práticas restritivas de institucionalização e resquícios do modelo manicomial²⁰.

O cuidado em saúde mental às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, as situações de crises e os desconfortos diante dos tensionamentos do trabalho ultrapassam as fronteiras da prática das equipes e se constituem importantes desafios para a sustentação da RP³⁶. Se por um lado a literatura sinaliza que os planos terapêuticos estão muito ‘encapsulados’ (centralizados entre os muros dos próprios Caps), por outro, as equipes de saúde mental apontam dificuldades em dialogar com a rede intra e intersetorial, seja por ausência ou pela desestruturação dos equipamentos públicos assistenciais³⁷.

Sobre esse aspecto, os trabalhadores sinalizam a instabilidade e a insuficiência de ações governamentais que contemplem a continuidade da atenção psicossocial aos usuários:

Tem outras iniciativas, tem uns projetos que trabalham também com esta população, mas geralmente, são projetos temporários, são muito frágeis, funcionam durante um ano, depois fecha, não tem recurso e acaba [...] A gente fica nessa coisa meio armengada na rede, daí vem essa sensação de que a gente está tapando buraco, é por conta disso, por conta dessa dificuldade de conseguir apoio fora, mas aí o impacto que gera, gera tensão nas relações de trabalho entre nós. (Trabalhador 2).

As narrativas apresentadas dão visibilidade aos desafios vivenciados pelas equipes de saúde mental que, a depender do contexto e dos interesses dos gestores públicos, acabam por produzirem questionamentos quanto à qualidade e à eficácia do modelo de assistência psicossocial e contribuem para a marginalização das práticas desses profissionais.

D'Amour³⁸ mapeou dimensões para o trabalho em equipe interprofissional e as categorizou em nível micro (relações interpessoais), meso (nível institucional) e macro (sistemas políticos e socioculturais), reforçando a necessária integração das equipes, não apenas entre si, mas com todos os sistemas políticos e socioculturais do território. Ademais, a expansão do trabalho interprofissional integrado à rede psicossocial, intersetorial e às comunidades tem o potencial de consolidar os princípios da RP no sentido de não restringir as ações das equipes aos serviços de saúde em sentido estrito e favorecer a construção de um novo lugar social para os usuários dos serviços de saúde mental³⁹.

Romagnoli, Lima e Pastana⁴⁰, em estudos com usuários de Caps de Minas Gerais, destacam que, em relação à atenção psicossocial, quando os usuários demandam algum serviço fora da rede de atenção à saúde, como assistência social, trabalho, justiça ou educação, por exemplo, os profissionais dessas áreas

tendem a interpretar suas necessidades como oriundos exclusivamente do diagnóstico de saúde. Essa compreensão, portanto, restringe o conceito de saúde mental e acaba contribuindo para formar lógicas identitárias rígidas que impedem articulações intersetoriais, comprometem a autonomia dos usuários e o exercício da interprofissionalidade, distanciando-se das diretrizes da RP.

Considerações finais

Em seu conjunto de análise, o trabalho em equipe interprofissional desse Caps AD ultrapassa a concepção identitária essencialista de força, união e coesão e coloca-se em uma dimensão mais ampla de movimento, conflito e permanente reconstrução e invenção de si.

O exercício da interprofissionalidade produz novas e distintas possibilidades de operar o campo de prática, o que significa dizer que ela se configura como uma estrutura aberta que implica o imprevisto, o imprevisto e a criação, mas também singularidades, como propostos pelos princípios da RP e pelos movimentos sociais de luta antimanicomiais.

Esses princípios que, depois de 30 anos do seu lançamento, foram reafirmados no ano de 2017 pelos diversos trabalhadores e atores dos movimentos de saúde mental brasileiros na cidade de Bauru em São Paulo⁴¹, e que fundamentaram a construção de uma das mais relevantes políticas públicas nacionais, continuam vivos e em movimento; sustentados na defesa dos direitos humanos essenciais para todos os cidadãos, no respeito à liberdade de escolhas e na valorização das expressões singulares de cada forma de ser e existir no mundo.

Nesse sentido, o trabalho em equipe interprofissional envolve sentimentos, pensamentos, disputas e comportamentos dos trabalhadores que, imersos na linguagem e na cultura dos movimentos de RP, produzem resistências e dão significado às experiências que proporcionam a emergência de uma identidade grupal.

Na perspectiva dos estudos culturais adotada para a análise dos resultados desta pesquisa, o hibridismo está colocado como fenômeno de construção de identidades, afirmado a partir de processos que tendem a conceber as identidades como fundamentalmente segregadas. O processo de hibridização confunde a suposta pureza e solubilidade dos grupos que se reúnem sob as diferentes identidades, mas que orbitam em torno dos princípios do SUS.

As dimensões políticas das identidades colocadas em conflito no cotidiano do trabalho da equipe estão fortemente baseadas na construção de diferenças, e não de igualdades. A marcação da diferença é crucial no processo de conhecimento das posições identitárias que possam se opor ao binarismo em modelo assistencial. Não se trata de identidades profissionais em uma lógica disciplinar, e, sim, de uma identidade múltipla, fluida, cambiante e 'coringa' que as equipes e os diversos núcleos profissionais que configuram a interprofissionalidade constroem.

Outrossim, por que importa falar de identidades coletivas e interprofissionalidade no contexto da RP brasileira? O movimento constate de mudanças socioculturais tem produzido uma profunda crise de identidade no mundo contemporâneo – e no País, embora se evidenciem importantes contribuições da RP no SUS, as diretrizes que apontam para a superação do modelo manicomial não estão consolidadas, conforme as pesquisas referenciadas acima. No específico contexto do trabalho em saúde mental, álcool e outras drogas, o modelo biomédico que sustentava a fixação de certas identidades e modos de atuação e interação profissional já, há muito, não serve para assistir a essa população de brasileiros em sofrimento psíquico, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua que, em seu cotidiano, estão privadas de quase todos os direitos civis. Essa população de sujeitos, verdadeiramente expatriados, abrem mão, voluntariamente ou não, de suas identidades

de origem fixas e, como caminantes que são, desafiam as equipes a também forjarem novas identidades sobre si, sobre o trabalho e sobre o cuidado psicossocial.

Quanto aos limites do estudo, a interação dos participantes da pesquisa em diálogos sobre as relações profissionais do próprio grupo pode ter suprimido informações. Apesar das reflexões acima circunscreverem a realidade identitária da equipe de um Caps AD e a singularidade de um contexto específico, acreditamos que as considerações apresentadas

podem revelar aproximações com a realidade das equipes de outros serviços.

Colaboradores

Oliveira GM (0000-0001-5860-1990)* contribuiu para concepção e elaboração do artigo. Daltro MR (0000-0002-5579-0914)* contribuiu para elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Lei 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. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001. [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
2. Milhomem MAGC, Oliveira AGB. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – caps. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(1):101-108.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 Dez 2012. [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
4. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(12):4579-4589.
5. Brasil. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: 2002. Diário Oficial da União. 19 Feb 2002. [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
6. Reeves S. *Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education*. Berlin: Verlag Dr. Müller; 2008.
7. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(1):103-9.
8. Reeves S, Xyrichis A, Zwarestein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care.* 2018; 32(1):1-3.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Bauman Z. Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
10. Silva TT. Identidade e Diferença: A perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis: Vozes; 2014.
11. Brubaker R, Cooper F. Para além da Identidade. *Antropolítica*. 2018; 45(2):266-324,
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Universidade Federal da Bahia. Plano Terapêutico Institucional do Caps AD Gregório de Matos. Salvador: UFBA; 2015. 109 p.
14. Freire P. Conscientização. São Paulo: Cortez; 2016.
15. Stalmeijer RE, Mcnaughton N, Van Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide nº 91. *Med Teach*. 2014; 36(11):923-39.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12/12/2012. [acesso em 2020 out 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
17. Brasil. Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 8 Jul 2005. Seção I:38.
18. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*;2012; 2. [acesso em 2020 out 2]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
19. Costa-Rosa A. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições de uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Unesp; 2013.
20. Palombini AL. Planejamento e gestão coletiva do trabalho no CAPS: uma experiência de supervisão. In: *Anais do 14º. Encontro Nacional da ABRAPSO*. Diálogos em Psicologia Social: Rio de Janeiro; 2007. [acesso em 2019 maio 1]. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_313.pdf.
21. Endo TC. Sofrimento Psíquico à Margem do SUS: Vastidão e Confinamento na Clínica. São Paulo; Zago doni; 2017.
22. Hall S. A identidade cultural na pós modernidade. Rio de Janeiro; DP&A; 2011.
23. Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec; 2015.
24. Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva TT, organizador. *Identidade e Diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Vozes; 2014.
25. Giddens A. Modernidade e Identidade. Rio de Janeiro: Zahar; 2002.
26. Brondani JA. Verda Che Bauccho! Transcursos fluviiais de uma pesquisatriz: Bufão, commedia dell'arte e manifestações espetaculares populares brasileiras. Salvador: Fest Desing; 2014.
27. Nogueira MO, Velloso SL. Reflexões estéticas: um caminho para um novo curinga. *DAPesquisa*. 2012; 7(9): 96-106.
28. Vazquez DA. Reestruturação produtiva e flexibilização do trabalho no Brasil – anos de 1990. *ABET* 2008; 7(1):80-96.
29. Freidson E. Professionalism, the third logic: on the practice of knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 2001.
30. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000; 5(2):219-230.
31. Silva MVO. A clínica Psicossocial das Psicoses: Programa de Intensificação de Cuidados de Pacientes Psicóticos. Salvador; Laboratório de Estudos Vincu-

- ladores. Universidade Federal da Bahia: 2007. [acesso em 2020 out 2]. Disponível em: <http://picica.dominiotemporario.com/intesaextensa%283%29.pdf>.
32. Ferraz AR. Um corpo que ri: paradoxos de um corpo-professora. As artes entre urgência e inoperância. In: Anais do 3º. Seminário de Estética e Crítica de Arte; 2017 set 04-06; São Paulo, Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo. São Paulo; 2017:42-54.
33. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. 2. ed. São Paulo: Editora 34; 2012. (vol. 4).
34. Hall S. Da diáspora: identidades e mediações culturais. Belo Horizonte: UFMG; Brasília, DF: Unesco; 2006.
35. Weller J, Body M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med*. 2014; 90(1061):149-15.
36. Vasconcelos EM. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: Vasconcelos EM, organizador. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010.
37. Vilar EB, Charão RB, Rocha BV, et al. O cuidado às pessoas que fazem uso de drogas: alguns apontamentos. *Cad. Cuidado*. 2019 [acesso em 2019 jul 23]; 3(1). Disponível em: <https://cadernosdocuidado.observatoriodocuidado.org/index.php/CC/article/view/88>.
38. D'Amour D, Videla ME, Rodriguez LSM, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005 19(1):116-131.
39. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):2067-2074.
40. Romagnoli RC, Lima TAS, Pastana DH. Saúde Mental e Práticas Intersetoriais: os Desafios da Transversalidade. Porto Alegre: Redeunida; 2019.
41. Encontro de Bauru: "Por uma sociedade sem manicômios". Relatório final. São Paulo, 2017. [acesso em 2020 out 2]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/relatorio-encontro-de-bauru-1.pdf>.

Recebido em 29/10/2019
Aprovado em 25/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial

Study on patient dropout and non-adherence to mental health treatment in Psychosocial Care Centers

Noemi Bandeira¹, Carlos Alberto dos Santos Treichel¹, Rosana Teresa Onocko Campos¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E310

RESUMO O objetivo deste estudo foi investigar os motivos pelos quais os usuários que estavam cadastrados nos Centros de Atenção Psicossocial III de Campinas (SP), durante a realização de um censo de serviços, não foram localizados, bem como identificar e caracterizar aqueles que haviam abandonado ou não aderido ao tratamento. Trata-se de um estudo transversal, analítico, de base documental que utilizou os diários de campo da pesquisa e o prontuário dos usuários nos serviços. Entre os usuários que não foram localizados, 17,8% (n=70) haviam abandonado ou não aderido ao tratamento. Esse número era composto, majoritariamente, por homens, com média de idade de 39,9 anos (DP=13,7), cujo diagnóstico mais frequente era o de esquizofrenia. Quanto ao tempo de permanência, verificou-se que os usuários haviam passado mais de um ano ou menos de um mês nos serviços. Destaca-se que, inicialmente, 40,3% dos casos haviam sido reportados como altas, enquanto, no final do estudo, observou-se que apenas 2,5% abrangiam verdadeiras altas clínicas. Por meio deste estudo, foi possível identificar que, além da falta de dados nos prontuários, a prática da alta administrativa dificulta a identificação dos casos de abandono ou não adesão ao tratamento, prejudicando a sistematização dos dados acerca da continuidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Pacientes desistentes do tratamento. Saúde mental. Serviços comunitários de saúde mental.

ABSTRACT *The aim of this study was to investigate the reasons why users who were registered in Psychosocial Care Centers type III of Campinas (SP) during a census of services were not located, as well as to identify and characterize those who had abandoned or not adhered to treatment. This is a cross-sectional, analytical, documentary-based study that used field diaries and users' medical records. Among users who had not been located, 17.8% (n=70) had abandoned or not adhered to treatment. Most of these were men, with a mean age of 39.9 years (SD=13.7), whose most frequent diagnosis was schizophrenia. Regarding length of attending, it was found that users had attended either more than 1 year or less than 1 month in the services. It is noteworthy that, initially, 40.3% of the investigated cases had been reported as discharges while at the end of the study it was observed that only 2.5% of the cases covered true clinical discharges. Thus, it was identified that, besides the lack of data in the medical records, the practice of administrative discharge makes it difficult to identify cases of abandonment or non-adherence to treatment, thus impairing the systematization of data about continuity of care.*

KEYWORDS *Patient dropouts. Mental health. Community mental health services.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – São Paulo (SP), Brasil.
noemibany@gmail.com



Introdução

A partir das conquistas do Movimento Antimanicomial, que deu origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira, a política de saúde mental e a organização dos serviços de cuidado às pessoas com transtornos mentais no Brasil modificaram-se radicalmente nos últimos anos. Em 2001, o Congresso Nacional Brasileiro aprovou a Lei nº 10.216, que atribuiu ao Estado a responsabilidade de consolidar a mudança do sistema assistencial e garantir aos usuários da saúde mental um cuidado não excludente, humanitário e resolutivo¹.

Em 2002, a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que devem privilegiar a criação de projetos terapêuticos singulares e a reabilitação psicossocial dos usuários, em meio aberto, de forma menos invasiva, priorizando o vínculo com a família e a comunidade, a liberdade e a garantia dos direitos humano².

A partir do crescimento do número de Caps nas últimas décadas, culminando, em 2014, no número de 2.209 unidades instaladas³, houve também o aumento do número de estudos conduzidos com populações oriundas desses serviços. No campo dos estudos quantitativos, destacam-se aqueles de perfil⁴ de satisfação com os serviços⁵, mudanças percebidas⁶, entre outros. No entanto, ressalta-se que, apesar de fornecerem informações valiosas para organização e avaliação desses serviços, os estudos conduzidos até o momento são majoritariamente realizados com amostras intencionais, havendo poucos estudos com amostragem probabilística ou censos.

Parte disso pode-se atribuir ao fato de as pesquisas conduzidas com usuários de Caps esbarrarem em uma série de questões logísticas que dificultam o trabalho de campo⁷, entre as quais, destacam-se: a baixa qualidade dos dados disponibilizados pelos serviços (desorganização, falta ou desatualização dos registros); e, ainda, problemas relacionados com a falta de continuidade do tratamento dos usuários⁸.

Diante dessa realidade, além da opção pelo trabalho com amostras intencionais, é comum que haja um elevado percentual de perdas nos estudos conduzidos com essas populações. Enquanto são encontrados estudos conduzidos de forma intencional com usuários de Caps que relatam perdas de 0,19%⁶ e 6,6%⁹, estudos conduzidos com amostras aleatórias de familiares de usuários reportaram perdas de 22,3%¹⁰ e 52,4%¹¹. Contudo, não há aprofundamento acerca dos motivos e/ou características dessas perdas.

Na pesquisa 'Inquérito sobre o acesso a partir da Atenção Básica, o funcionamento e a utilização da Atenção Especializada para quatro condições traçadoras em quatro grandes cidades brasileiras' (AcesSUS), que buscou incluir todos os usuários que foram referenciados ou chegaram por demanda espontânea aos Caps de Campinas (SP), as perdas relacionadas com a não localização dos sujeitos corresponderam a 41,8% (n=394) dos potenciais elegíveis.

Levando em conta que se tratava de usuários que, segundo os dados disponíveis no momento da pesquisa, deveriam estar frequentando os serviços, foram suscitadas dúvidas quanto aos motivos que levaram a não localização desses usuários. Entre as hipóteses levantadas, figurava a possibilidade de abandono ou não aderência ao tratamento, aspectos relacionados com o fenômeno da descontinuidade dos tratamentos¹², que, em nível global, constitui um dos principais desafios no cuidado às pessoas com transtornos mentais¹³.

Destaca-se que em um levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde em 24 países¹⁴, de forma global, a evasão de serviços de saúde mental foi de 31,7%. De forma estratificada, essa evasão correspondeu a 26,3% em países de alta renda, 45,1% em países de renda média-alta e 37,6% em países de renda média/baixa.

Apesar da magnitude do problema, especialmente no cenário nacional, são encontrados poucos estudos documentados sobre o tema.

Até o momento, por meio de uma revisão conduzida na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) no mês de julho de 2019, foi possível rastrear três estudos que abordaram diretamente o abandono do tratamento em serviços de saúde mental¹⁵⁻¹⁷.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo investigar os motivos pelos quais os usuários que estavam cadastrados nos Caps III de Campinas (SP), durante a realização da pesquisa AcesSUS, não foram localizados, identificando e caracterizando aqueles que haviam abandonado ou não aderido ao tratamento.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, analítico, de base documental, conduzido a partir do estudo de prontuários de usuários de seis Caps do tipo III no município de Campinas (SP).

Ele é recorte da pesquisa AcesSUS, que, entre outras questões, analisou o acesso aos serviços a partir da atenção básica, além do funcionamento e da utilização da atenção especializada para pessoas com transtorno grave de saúde mental.

No censo de serviços supracitado, o intuito foi incluir na pesquisa todos os usuários que haviam sido referenciados ou chegaram por demanda espontânea aos Caps nos três anos que antecederam a coleta. Contudo, 41,8% (n=394) desses usuários não foram localizados.

Dessa forma, o presente estudo objetivou investigar os motivos que impossibilitaram a localização desses usuários bem como identificar e caracterizar os usuários que, entre aqueles, abandonaram ou não aderiram ao tratamento. Para isso, foram utilizados como material de investigação os diários de campo dos coletadores e os prontuários dos usuários nos serviços – tanto os que estavam ativos como aqueles que constavam no arquivo morto. Nos diários de campo, haviam sido registradas as seguintes

informações: nome completo; número de telefone; o Caps e a equipe em que o usuário estava cadastrado; a forma e a quantidade de tentativas de contato com este; os motivos alegados pelos familiares ou pelas equipes para a não localização do usuário; e relatos de observações orais feitas pelos profissionais sobre a condição do usuário.

Após a organização desses dados do diário de campo, iniciou-se a investigação nos prontuários, ambas conduzidas pela pesquisadora principal deste estudo que utilizou uma tabela própria para compilação de dados acerca da história clínica dos usuários, assim como das suas características sociodemográficas. Inicialmente, os dados foram digitados no *software* Microsoft Excel[®] e, posteriormente, convertidos para o pacote estatístico Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), em que foram conduzidas as análises.

As variáveis estudadas foram sexo (masculino; feminino), idade (18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 anos ou mais), estado civil (solteiro(a); casado(a); divorciado(a)), cor (preta; parda; branca), diagnósticos (esquizofrenia; transtorno afetivo bipolar; depressão; esquizofrenia concomitante ao uso abusivo de substâncias; outros), tempo no Caps (até 30 dias; até 3 meses; até 6 meses; até 1 ano; mais de 1 ano).

Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva por meio da qual foram calculadas as médias para variáveis numéricas bem como seus respectivos desvios-padrão, além de cálculo de prevalência acerca de cada um dos estratos estudados. Os cálculos foram realizados com base nos dados válidos; os dados faltantes (*missings*) foram excluídos da análise.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas por meio do parecer técnico nº 2.225.109. Sua realização se deu atendendo as normas e diretrizes brasileiras de regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos – Resolução CNS nº 466/2012 e garantindo-se o anonimato dos sujeitos.

Resultados

Durante os três anos que antecederam o censo de serviços que originou este estudo, foram referenciados ou chegaram por demanda espontânea aos Caps de Campinas (SP) 942 indivíduos. Todos eles foram considerados como potenciais participantes da pesquisa AcesSUS. Contudo, apenas 548 usuários (58,2%) foram encontrados, contatados e convidados a participar do estudo. Os demais (41,8% n=394), inicialmente, foram considerados como perdas da pesquisa.

Entre os 394, por meio dos diários de campo dos coletadores, foi identificado que se tratava de usuários com os quais não foi possível realizar contato telefônico (18,3% n=72); que não tiveram seu prontuário encontrado (2,3% n=9); que apesar de passar pelo acolhimento, não haviam sido inseridos no serviço (13,4% n=53); haviam recebido alta (37,6% n=148); haviam abandonado ou não aderiram ao tratamento (12,4% n=49); estavam recebendo atendimento domiciliar ou estavam em Serviços Residenciais Terapêuticos (4,82% n=19); haviam sido encaminhados para outros serviços (2,8% n=11); haviam se mudado para outras cidades (2,5% n=10); estavam internados em serviços hospitalares (1,5% n=6); estavam em situação de rua (1,3% n=5); estavam privados de liberdade (1% n=4); estavam desaparecidos (0,8% n=3); ou haviam falecido (1,3% n=5).

Sendo assim, foram considerados, para este estudo, aqueles casos em que, durante a realização do censo de serviços: não foram localizados por contato telefônico; não foram encontrados os prontuários; haviam abandonado ou não aderiram ao tratamento; estavam em situação de rua, ou desaparecidos, totalizando assim 138 usuários. No entanto, durante as visitas aos serviços para investigação desses casos por meio dos prontuários, verificou-se que muitos deles, por serem considerados inativos, estavam no arquivo morto e haviam sido referidos como altas.

Dessa forma, entendeu-se que seria pertinente incluir na investigação deste estudo os 148

casos que, na fase da coleta do censo de serviços, haviam sido reportados nos diários de campo como altas, já que se levantou a suspeita que, entre essas altas, muitas poderiam ser administrativas, encobrindo assim possíveis abandonos ou não adesão ao tratamento. Dessa maneira, na fase de busca em campo, objetivou-se realizar a investigação de 286 prontuários.

Dos 286 prontuários investigados, 60 (21%) não foram localizados, nem entre os prontuários ativos nem entre aqueles que já haviam sido arquivados. Outros 159 (55,6%) prontuários estavam referidos como altas; 13 (4,5%), como abandono ou não adesão ao tratamento; 7 (2,4%), como casos em que o usuário passou por acolhimento, mas não foi inserido no serviço; 6 (2,1%) usuários estavam recebendo atenção domiciliar ou estavam em Serviços Residenciais Terapêuticos; 1 (0,3%) estava privado de liberdade; e outros 40 (14%) usuários estavam frequentando o serviço de forma regular.

Após investigação dos 159 casos inicialmente reportados como alta nos prontuários, foi possível observar que, na verdade, 57 (35,8%) casos correspondiam a abandono ou não adesão ao tratamento; 30 (18,9%), a casos em que o usuário havia se mudado para outras cidades; 40 (25,1%), a encaminhamentos para atenção básica; 12 (7,5%), a transferência para outros serviços; 4 (2,5%), a casos em que o usuário passou por acolhimento, mas não foi inserido no serviço; 4 (2,5%), a usuários em internação hospitalar; e 2 (1,2%), a usuários que haviam sido privados de liberdade. Dessa forma, corresponderam a casos efetivos de alta clínica apenas 6,3% dos casos (n=10).

Por meio da combinação dos resultados obtidos com os diários de campo (n=108) e dos resultados obtidos na investigação dos prontuários (n= 286), foi possível compilar os motivos pelos quais indivíduos que foram referenciados ou chegaram por demanda espontânea aos Caps de Campinas (SP) nos três anos que antecederam o censo de serviços não foram encontrados. O resultado compilado pode ser observado na *tabela 1* abaixo.

Tabela 1. Motivos que levaram a não localização dos potenciais participantes no inquérito de serviços

Motivo	n	%
Usuários que abandonaram ou não aderiram ao tratamento	70	17,8%
Usuários que passaram pelo acolhimento, mas não foram inseridos no serviço	64	16,2%
Usuários que não tiveram seu prontuário encontrado	60	15,5%
Usuários referenciados para atenção básica	40	10,2%
Usuários que se mudaram ou estavam fora da cidade	40	10,0%
Usuários que estavam frequentando o serviço, mas não houve sucesso no contato telefônico	40	10,2%
Usuários em atenção domiciliar ou em Serviços Residenciais Terapêuticos	25	6,3%
Usuários que foram transferidos para outros serviços	23	5,8%
Usuários que estavam em internação hospitalar	10	2,5%
Usuários que receberam alta clínica	10	2,5%
Usuários privados de liberdade	7	1,8%
Usuários que foram a óbito	5	1,3%
Total	394	100%

Fonte: Elaboração própria.

Após a identificação dos usuários que abandonaram ou não aderiram ao tratamento, buscou-se realizar a caracterização deles de acordo com

algumas variáveis que estavam disponíveis no prontuário. Os resultados dessa caracterização podem ser observados na *tabela 2* a seguir.

Tabela 2. Caracterização dos usuários que abandonaram ou não aderiram ao tratamento

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	41	58,6%
Feminino	29	41,4%
Idade		
18 a 29 anos	25	37,9%
30 a 39 anos	15	22,7%
40 a 49 anos	11	16,7%
50 a 59 anos	8	12,1%
60 anos ou mais	7	10,6%
Estado Civil		
Solteiro(a)	32	59,3%
Casado(a)	17	31,5%
Divorciado(a)	5	9,3%
Cor		
Preta	5	15,6%
Parda	4	12,5%
Branca	23	71,9%

Tabela 2. (cont.)

Característica	n	%
Diagnóstico		
Esquizofrenia	33	47,1%
Transtorno afetivo bipolar	11	15,7%
Depressão	10	14,3%
Esquizofrenia concomitante ao uso abusivo de substâncias	9	12,9%
Outros	7	10%
Tempo no Caps		
Até 30 dias	15	22,4%
Até 3 meses	5	7,5%
Até 6 meses	10	14,9%
Até 1 ano	12	17,9%
Mais de 1 ano	25	37,3%

Fonte: Elaboração própria.

Conforme observado na *tabela 2*, a maior parte dos usuários que abandonaram ou não aderiram ao tratamento entre a amostra deste estudo era do sexo masculino (58,6% n=41) e possuíam idade entre 18 e 29 anos (37,9% n=25), sendo a média de idade de 39,9 anos com desvio-padrão de DP=13,7. No que se refere ao estado civil, houve maior proporção de solteiros(as) (59,3% n=32). Quanto à cor, houve uma importante perda de observações (38) devido à ausência de dados no prontuário; contudo, entre os prontuários em que foi possível identificar a cor dos usuários, houve maior proporção de indivíduos de cor branca (71,9% n=23).

Entre os usuários que haviam abandonado ou que não aderiram ao tratamento, o diagnóstico mais prevalente foi esquizofrenia (47,1% n=33), seguido de transtorno afetivo bipolar (15,7% n=11) e depressão (14,3% n=10). Havia ainda nove usuários (12,9%) que possuíam diagnóstico de esquizofrenia concomitante ao de uso abusivo de substância, e sete (10%) que apresentavam outros transtornos não especificados. Em relação ao tempo de permanência no Caps, os usuários deste estudo que abandonaram ou não aderiram ao tratamento permaneceram no serviço majoritariamente por mais de um ano (37,3% n=25) ou por menos de um mês (22,4% n=15).

Discussão

Considerando a literatura existente, é evidente que a condução de estudos com populações oriundas de serviços comunitários de saúde mental no Brasil é suscetível a uma série de dificuldades relacionadas com o rastreamento desses indivíduos. Essa perspectiva pode ser observada tanto em estudos com usuários⁹, que apresentaram perdas de 6,6% de sua amostra, quanto em estudos conduzidos com familiares de usuários¹¹, em que se observou perdas de até 52,4% dos potenciais participantes.

Entretanto, cabe ressaltar que, embora sejam apresentados motivos para essas perdas, em geral, não há um estudo aprofundado sobre elas, de forma que se possa caracterizar essa importante parcela de indivíduos que acaba por não ser acessada pelos estudos. Nesse sentido, este trabalho contribui para expansão de uma área ainda pouco explorada dos estudos relativos à da saúde mental comunitária e fornece informações capazes de orientar e potencializar as práticas de pesquisa nesse campo do conhecimento.

Destaca-se que o montante de usuários não encontrados durante a realização do censo de serviços que originou este estudo foi de 41,8%

(n=394) dos indivíduos cadastrados nos Caps III de Campinas nos três anos que antecederam a entrevista. Trata-se de um valor absoluto alto, contudo, difícil de comparar, uma vez que não foram encontrados na literatura estudos com delineamentos de pesquisa semelhantes.

Quanto aos motivos identificados para a impossibilidade de rastreamento desses usuários nos serviços durante o período de coleta, pontua-se que 16,2% (n= 64) dos casos estudados eram relativos a pessoas que haviam passado pelo acolhimento nos Caps incluídos neste estudo, porém, não haviam sido, de fato, inseridos no tratamento, provavelmente por não se enquadrarem no perfil de atendimento desses serviços. Cabe destacar que se trata de serviços que trabalham na modalidade porta aberta.

Esse resultado reflete problemas relacionados tanto à forma em que o registro havia sido realizado nos serviços, dando a entender que se tratava de pessoas de interesse para a pesquisa, como problemas em relação ao próprio delineamento do estudo, que não considerou anteriormente quais usuários estavam efetivamente ativos no serviço, sendo, portanto, elegíveis. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de as futuras pesquisas contarem com estudos prévios mais detalhados acerca da população que compõe os serviços pesquisados.

Ainda no sentido das limitações oriundas da interface entre a pesquisa e os serviços, deve-se pontuar que 10,2% (n= 40) dos usuários estavam frequentando os serviços, mas não foram localizados por contato telefônico. Esse aspecto está relacionado com a defasagem dos dados cadastrados nos serviços e, também, com a alta rotatividade dos números de contato dos usuários, devido à popularização das linhas de telefonia móvel do tipo pré-pago.

Quanto aos demais motivos que levaram a não localização dos usuários, cabe destacar o alto número de casos que inicialmente foram reportados como altas. Considerando os casos previamente investigados pelos diários de campo e os casos investigados nos serviços, pode-se observar que 159 casos haviam sido

reportados pelos serviços como altas. Contudo, após investigação dos prontuários, pode-se observar que se tratava, majoritariamente, de abandonos ou outras situações que levaram à chamada alta administrativa.

Apenas em 2,5% (n=10) dos casos estudados tratava-se de altas clínicas, ou seja, situação em que o usuário não necessitaria mais de acompanhamento no serviço comunitário de saúde mental. Embora o recorte deste estudo não permita uma avaliação profunda sobre o processo de alta nos serviços estudados, por incluir apenas usuários que iniciaram seus tratamentos nos três anos que antecederam a pesquisa, os dados sugerem uma prevalência baixa de altas clínicas. Em um estudo conduzido no município de Joinville (SC)¹⁸, entre as 621 altas realizadas em um Caps no período de três anos (2014-2016), 46,9% (n=241) se tratava de altas clínicas. Ressalta-se que, no estudo citado, o Caps em questão mantinha um trabalho específico com as altas no intuito de diminuir o tempo de permanência no Caps e fomentar a inserção no território.

No que diz respeito à assistência em saúde mental no território, cabe destacar que, neste estudo, 10,2% (n= 40) dos casos investigados abrangiam pessoas que haviam sido encaminhadas para atenção básica. Essa perspectiva configura um desfecho favorável no cuidado a essa população, uma vez que reflete melhora clínica e possibilidade de transferência do cuidado especializado para outras instâncias, atendendo assim ao preconizado pelas políticas de saúde vigentes no que tange à perspectiva de integração de rede¹⁹.

Ainda, no que diz respeito à presença de desfechos sugestivamente positivos, cabe pontuar que os resultados deste estudo apontam para a perspectiva de que apenas 2,5% (n=10) dos casos estudados estavam passando por uma internação hospitalar à época da pesquisa. Dentro do montante de usuários elegíveis para o estudo ampliado, ou seja, indivíduos inseridos nos serviços nos três anos que antecederam a pesquisa, essa

proporção seria ainda menor, corroborando os apontamentos de estudos anteriores²⁰ de que o Caps seria dispositivo efetivo na redução das internações hospitalares de pessoas com transtornos mentais.

Por outro lado, no que diz respeito a desfechos potencialmente negativos, deve-se considerar que o abandono ou não adesão foi a causa mais frequente para não localização dos indivíduos que compunham a amostra de interesse da pesquisa que originou este estudo.

Os usuários não acessados por abandono ou por não adesão ao tratamento corresponderam a 17,8% (n= 70) dos casos estudados. Trata-se de uma proporção abaixo daquelas encontradas em estudos que investigaram o processo de abandono ou não adesão em pessoas com transtornos mentais. Nesses estudos, as proporções encontradas foram de 22,3%²¹ e 39,2%¹⁵. Contudo, deve-se considerar as diferenças metodológicas que balizam a comparação dos resultados, já que, neste estudo, a população estudada é composta apenas por indivíduos que foram cadastrados nos serviços nos três anos que antecederam a pesquisa.

Quanto aos demais casos estudados, cabe destacar que não foi possível levantar informações acerca de 15,5% (n=60) dos indivíduos não acessados pela pesquisa. Trata-se de usuários que tiveram seus prontuários extraviados, e os serviços não souberam informar onde esses registros estavam. Por ser uma proporção significativa dos casos, deve-se considerar que os resultados podem apresentar algum viés em relação à magnitude em que se apresentam, contudo, trazem informações relevantes que possibilitam questionamentos quanto à organização e ao processo de trabalho dos serviços estudados.

No que diz respeito aos usuários que haviam abandonado ou não aderiram ao tratamento, vale ressaltar que houve dificuldades na caracterização desses indivíduos devido à incompletude das informações nos seus registros. Em alguns prontuários, não constavam dados sobre estado civil, cor, ocupação, escolaridade, renda, origem do encaminhamento ou mesmo sobre a composição familiar.

Pontua-se que essa perspectiva tem sido um desafio frequente nas pesquisas conduzidas a partir do uso desses registros. A dificuldade de coleta de dados quanto ao preenchimento deficitário dos prontuários em serviços de saúde mental também foi demonstrada em outros estudos^{4,22,23}, evidenciando a necessidade de maior sistematização das informações dos usuários.

Com base nas informações disponíveis, foi possível observar que a maioria dos usuários que haviam abandonado ou não aderido ao tratamento nos Caps estudados era do sexo masculino (58,6% n = 41). Esse dado vai ao encontro dos resultados pontuados por Pereira et al.¹⁷ ao investigarem os motivos da evasão de usuários em serviço de saúde mental no município de Lorena (SP).

Também foi observado que, assim como em outros estudos^{16,21,24,25}, os indivíduos que haviam abandonado ou não aderido ao tratamento eram majoritariamente de faixas etárias mais jovens. Destaca-se que, em 37,9% (n= 25) desses casos, os indivíduos tinham entre 18 e 29 anos, chamando assim atenção para a necessidade de estratégias de vinculação mais efetivas para população jovem.

Quanto à cor dos usuários que haviam abandonado ou não aderido ao tratamento, destaca-se que houve uma proporção maior de indivíduos de cor branca (71,9% n=23). Contudo, cabe ressaltar que esse foi o dado em que mais houve perda de informações relacionadas com a incompletude dos prontuários.

Deve-se levar em conta que as questões relativas à etnicidade e à cor das pessoas são importantes para os estudos referentes ao abandono ou não adesão do tratamento, uma vez que há na literatura registros da contribuição desses fatores para as disparidades vivenciadas por usuários no acesso e na continuidade dos cuidados em serviços de saúde^{21,26}. A despeito disso, são raros os estudos que trazem análise sobre perfil dos usuários de Caps incluindo essa questão²⁷.

Quanto ao diagnóstico, pode-se observar que a maioria dos usuários que haviam

abandonado ou não aderido ao tratamento possuía diagnóstico de esquizofrenia, correspondendo a 47,1% (n=33) dos casos. Esse dado, inicialmente, parece contrariar resultados previamente encontrados na literatura, em que há registro de maior prevalência de abandono ou não adesão entre usuários com quadros de transtorno bipolar, depressão e ansiedade^{21,24,28}. Contudo, deve-se considerar que este não é um estudo de prevalência, e, sim, caracterização, de modo que os resultados encontrados podem ser influenciados pelas características da população atendida nos serviços estudados.

Deve-se considerar que, no município estudado, a população atendida em serviços especializados é majoritariamente composta por usuários com transtornos graves e persistentes, uma vez que sua rede conta com uma estrutura de atenção básica diferenciada com equipes ampliadas de saúde mental, compostas por psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais. Em decorrência disso, presume-se que os casos mais leves de depressão e ansiedade sejam absorvidos pela atenção básica, e, portanto, não chegam a compor o quadro de usuários dos Caps estudados.

No que diz respeito ao tempo de permanência no serviço, quanto aos usuários que abandonaram ou não aderiram ao tratamento, pode-se observar que a maior parte desses indivíduos havia passado mais de um ano vinculada ao serviço (37,3% n= 25). Essa perspectiva contraria os achados por estudos acerca da evasão dos serviços de saúde mental, nos quais houve maior prevalência de abandono em usuários que frequentaram pouco tempo os serviços^{4,29}. Dessa forma, os resultados deste estudo sugerem que as estratégias de adesão dos usuários devem ser pensadas como um processo transversal no tratamento, e não apenas com intuito de vinculação inicial.

Há de se levar em conta que, neste estudo, foi possível caracterizar, com base nas informações disponíveis, quais foram os usuários que haviam abandonado ou não aderido ao

tratamento entre os sujeitos que não foram encontrados durante um censo de serviços; contudo, não foi possível identificar quais foram os motivos que levaram ao abandono ou não adesão. Dessa forma, sugere-se que novos estudos sejam realizados no sentido de identificar, por meio da perspectiva dos usuários, quais os fatores que levaram a esse desfecho.

Conclusões

Os resultados deste estudo apontam para importantes desafios ainda persistentes na condução de pesquisas com os usuários de Caps. Destacam-se aspectos como a desatualização e a incompletude das informações registradas nos prontuários, além da falta de sistematização e extravio dos documentos e de informações acerca dos usuários.

Verificou-se ainda que a alta administrativa se configura como uma prática recorrente nos serviços estudados e ocorre a despeito de situações que deveriam ser mais bem investigadas, como, por exemplo, o abandono e a não adesão do tratamento – motivo mais prevalente para a não localização dos usuários que compuseram os casos apurados neste estudo. Dessa forma, trata-se de uma prática que dificulta o levantamento e a sistematização dos dados acerca da continuidade do tratamento.

Pode-se observar que o grupo de usuários que haviam abandonado ou não aderido ao tratamento era composto, majoritariamente, por homens, jovens, cujo diagnóstico mais frequente era o de esquizofrenia. Quanto ao tempo de permanência, verificou-se que a maioria desses usuários havia passado mais de um ano nos serviços, evidenciando a necessidade de criação de estratégias de adesão como um processo transversal durante todo o tratamento, e não somente no momento da vinculação inicial.

Nesse sentido, apesar deste não se tratar de um estudo de prevalência e investigação dos fatores associados ao abandono e não adesão ao

tratamento, os seus resultados trazem informações relevantes que possibilitam importantes reflexões quanto à organização e ao processo de trabalho dos serviços estudados e, ainda, para a melhoria do seguimento dos usuários.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (Fapemat), pelo apoio financeiro mediante concessão da bolsa de doutorado. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da Pesquisa AcesSUS.

Colaboradores

Bandeira N (0000-0003-4391-5414)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final do manuscrito. Treichel CAS (0000-0002-0440-9108)* contribuiu para a análise e interpretação de dados e redação do manuscrito. Onocko-Campos RT (0000-0003-0469-5447)* contribuiu para a concepção e delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [internet]. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001. [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/lei_10216.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.o 336, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta a constituição e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial [internet]. Diário Oficial da União. 20 Feb 2002. [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados [internet]. 12. ed. Brasília, DF: MS; 2015 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.
4. Pereira MO, Souza JDM, Maria Â. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(11):48-54.
5. Kantorski LP, Jardim VMDR, Wetzel C, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(supl1):29-35.
6. Franzmann UT, Kantorski LP. Estudo das mudan-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ças percebidas em usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil a partir de sua inserção nos serviços. *Saúde debate*. 2018; 42(esp4):166-74.
7. Treichel CAS, Jardim VMR, Aldrigui LB. Conduzindo Pesquisa com familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: Planejamento de Campo e controle de perdas. In: Anais do I Congresso Internacional de Pesquisa em Enfermagem e Saúde [internet]; 2017 Set 21-22; Pelotas. Pelotas: Universidade de Pelotas; 2017 [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/cipes/files/2017/11/Anais-do-I-CIPES-4.pdf>.
 8. Cavalcanti MT, Dahl CM, Valencia E, et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev Saude Publica* [internet]. 2009 [acesso em 2018 maio 20]; 43(supl.1):23-8. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rsp/2009.v43suppl1/23-28/en/>.
 9. Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros : satisfação dos usuários e fatores associados Brazilian Mental Health Services Assessment: user satisfaction and associated factors. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(11):3799-810.
 10. Treichel CAS, Jardim VMR, Kantorski LP, et al. Prevalence and factors associated with suicidal ideation among family caregivers of people with mental disorders. *J Clin Nurs*. 2019; 28(19-20):1-8.
 11. Tabeleão VP, Tomasi E, Quevedo LÁ. Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico : níveis e fatores associados. *Rev Psiq Clin*. 2014;41(3):63-6.
 12. Oliveira GL, Waleska Teixeira C, Cherchiglia ML. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 20]; 42(4):707-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400018&lng=en.
 13. Basu A, Arya S. Drop out from treatment in the World Mental Health Survey initiative. *Br J Psychiatry* [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 20]; 202(05):383. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000274503/type/journal_article.
 14. Wells JE, Browne MO, Aguilar-Gaxiola S, et al. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 20]; Disponível em: http://www.thehealthwell.info/node/693959?&content=resource&member=6841&catalogue=none&collection=none&tokens_complete=true.
 15. Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr* [internet]. 2005 [acesso em 2018 maio 15]; 27(2):113-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200008&lng=en&tlng=en.
 16. Ribeiro MS, Alves MJM, Vieira EMM, et al. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde TT - Factors associated to treatment dropout in mental health. *J Bras Psiquiatr* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 20]; 57(1):16-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100004.
 17. Pereira MO, Amorim A, Vidal V, et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. *ACTA Paul Enferm*. 2013; 26(5):409-12.
 18. Kantorski LP, Guedes AC, Machado RA, et al. A alta no centro de atenção psicossocial. *J Nurs Heal*. 2019; 9(3):1-10.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [internet]. *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2010 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
 20. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de

- porte médio do Sul do Brasil: Uma análise estratificada. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):807-15.
21. Wang J. Mental Health Treatment Dropout and Its correlates in a General Population Sample. *Med Care*. 2007;45(3):224-9.
 22. Pelisoli CL, Moreira ÂK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev Psiquiatr RS*. 2005; 27(3):270-7.
 23. Bellettini F, Gomes KM. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans-SC. *Cad Bras Saúde Ment*. 2013; 5(12):161-75.
 24. Henzen A, Moeglin C, Giannakopoulos P, et al. Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 20]; 16(1):111. Disponível em: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0819-4>.
 25. Marcus MA, Westra HA, Eastwood JD, et al. What are young adults saying about mental health? An analysis of Internet blogs. *J Med Internet Res* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 20]; 14(1):e17. Disponível em: <http://www.jmir.org/2012/1/e17/>.
 26. Jimenez DE, Cook B, Bartels SJ, et al. Disparities in mental health service use of racial and ethnic minority elderly adults. *J Am Geriatr Soc* [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 20]; 61(1):18-25. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.12063>.
 27. Silva NG. The race/color variable in studies of characterization of the users of Psychosocial Care Centers. 2017; 26(1):100-14.
 28. Lora A. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanita* [internet]. 2009 [acesso em 2018 maio 20]; 45(1):5-16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19567972>.
 29. Simon GE, Imel ZE, Ludman EJ, et al. Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatr Serv* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 20]; 63(7):705-7. Disponível em: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201100309>.

Recebido em 16/09/2019

Aprovado em 14/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (Fapemat), edital nº 09/2016 e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N.º 41/2013.

Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo

Mental health in Primary Care: identification and organization of care in the state of São Paulo

Ligia Rivero Pupo¹, Tereza Etsuko Costa Rosa¹, Arnaldo Sala², Marisa Feffermann¹, Maria Cecília Goi Porto Alves¹, Maria de Lima Salum e Morais¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E311

RESUMO Este artigo teve como objetivo descrever e discutir como se identifica o sofrimento em saúde mental e como se organiza o cuidado em saúde mental nas unidades de Atenção Básica (AB) do estado de São Paulo. Para isso, baseou-se em um estudo transversal quantitativo e descritivo, realizado por meio de um inquérito telefônico em serviços de Atenção Básica à Saúde do estado. Os dados foram analisados segundo o porte do município e a presença de profissional de saúde mental na unidade. Os resultados reiteram a alta frequência com que aparecem demandas de saúde mental na AB e indicam: baixa proatividade na busca de demandas em saúde mental; troca de receitas e uma perspectiva mais biomédica como relevantes na identificação dos problemas; baixo planejamento do cuidado e pouca abrangência na articulação inter-setorial. Também revelam a importância da presença de profissionais de saúde mental na qualificação do cuidado e no fortalecimento de ações psicossociais. As unidades do município de São Paulo se mostraram mais potentes na identificação, organização do cuidado, manejo psicossocial dos problemas e articulação inter-setorial. Os municípios pequenos se destacaram pela presença de profissionais de saúde mental e pelo uso de visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde para a identificação dos problemas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Inquérito de saúde.

ABSTRACT This article aimed to describe and discuss how mental suffering is identified and how mental health care is organized in Primary Care services in the state of São Paulo. In order to do so, the study was based on a quantitative and descriptive cross-sectional study, carried out through a telephone survey in Primary Health Care services in the state. Data were analyzed according to the size of the city and to the presence of at least one Mental Health professional in the services. The results reiterate the high frequency with which demands for mental health appear in Primary Care services, and indicate: low proactivity in the search for problems in mental health; exchange of prescriptions and a more biomedical perspective as relevant to the identification of problems; low care planning and little coverage in intersectoral articulation. It also reveals the importance of the presence of mental health professionals in qualifying care and strengthening psychosocial actions. The services in the city of São Paulo proved to be more potent in identifying, organizing care, psychosocial management of problems, and intersectoral articulation. Small cities stood out by the presence of mental health professionals and by using home visiting by community health agents in identifying problems.

¹Secretaria de Estado da Saúde, Instituto de Saúde (IS) – São Paulo (SP), Brasil.
ligiapupo@gmail.com

²Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Regiões de Saúde – São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS Mental health. Primary Health Care. Health services needs and demand. Health survey.



Introdução

Desde o final da década de 1970, com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, profissionais, familiares, usuários e gestores vêm discutindo e estruturando novas formas de organizar e operar o cuidado em saúde mental, saindo de um modelo biomédico, tutelar, com exclusão social, restrição dos direitos dos indivíduos com sofrimento mental e voltando-se para um modelo de cuidado de base territorial, mais integral, horizontal, multiprofissional, intersetorial, longitudinal e contextualizado, com a construção de serviços de atenção diária organizados em rede. Essa rede de serviços substitutivos se propõe a operar na perspectiva da desinstitucionalização da pessoa com sofrimento mental, com abordagem psicossocial e comunitária, deslocando o foco da doença para o sujeito – com suas experiências, contextos, necessidades e desejos –, incluindo sua família e rede social, visando principalmente ao resgate de sua autonomia, de seus direitos individuais e sociais e à sua reinserção social¹⁻⁵.

A primeira década dos anos 2000 foi de importância capital para a fundamentação e para a formalização jurídico-legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Política Nacional de Saúde Mental e do modelo de atenção psicossocial. A Lei nº 10.216⁶, de abril de 2001, dispôs sobre a proteção dos direitos dos indivíduos portadores de sofrimento mental, sobre a limitação à internação psiquiátrica e sobre o redirecionamento do modelo assistencial para serviços de natureza comunitária. Em fevereiro de 2002, a Portaria nº 336⁷ estabeleceu as modalidades dos serviços substitutivos de atenção ambulatorial e comunitária chamados Centros de Atenção Psicossocial (Caps), definidos por ordem de porte, complexidade e abrangência populacional. Em 2003, o Programa De Volta para Casa⁸ gerou efeitos imediatos sobre a reinserção psicossocial de egressos de internações psiquiátricas, na medida em que garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento dessas pessoas em seu

território. Em 2004, a Portaria nº 2.197⁹ criou, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Por fim, a Portaria nº 3.088, de 2011¹⁰, estabeleceu as Redes de Atenção Psicossocial (Raps), com vários serviços substitutivos organizados em rede.

Apesar de essas medidas apresentarem como foco principal a desinstitucionalização dos indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, a pertinência e a importância da Atenção Básica (AB) no âmbito do cuidado em saúde mental nunca foram totalmente ignoradas. Em 2003, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) do Ministério da Saúde (MS) divulgou o documento ‘Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica’¹¹, que sugeriu o apoio matricial em saúde mental para as equipes de Programa Saúde Família (PSF), propôs ações de formação em saúde mental e o acompanhamento e avaliação dessas ações da AB, com a inclusão de ações de saúde mental no sistema de informações. Em 2005, os indicadores de saúde mental passaram a fazer parte do elenco de indicadores da AB inseridos no Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab)¹². Em 2006, por meio da Portaria GM nº 1.097, de 22 de maio de 2006¹³, foram incluídos parâmetros para a indicação de ações de saúde mental na AB nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI). Em 2008, a Portaria nº 154¹⁴ criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que ampliaram o escopo e a resolutividade da rede de AB em relação a várias demandas, incluindo aquelas de saúde mental.

A relevância da AB no âmbito do cuidado em saúde mental se dá principalmente por sua proximidade com o território de vida dos usuários, por seu vínculo contínuo com a comunidade, por seu cuidado longitudinal, pela melhor gestão de doenças crônicas e condições de longa duração, por sua proximidade com diferentes recursos, organizações e dispositivos

sociais comunitários para além do setor saúde e por ser pautada nos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade¹⁵⁻¹⁸. Sendo assim, a AB tem sido vista como estratégica para: a) o acesso inicial dos usuários ao sistema, a escuta qualificada, o acolhimento, a identificação das necessidades de saúde mental e a coordenação do cuidado; b) o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e tratamento psicossocial do sofrimento mental comum; c) o acompanhamento e o desenvolvimento de ações de redução de danos de usuários de álcool e outras drogas; d) o acompanhamento longitudinal das demandas emocionais e de saúde de pacientes graves, em conjunto com Caps e urgência/emergência, para evitar internações e contribuir para a reabilitação psicossocial; e) o suporte para a redução da demanda por atendimento especializado em saúde mental^{15,16,18-21}.

Contudo, apesar de a abordagem psicossocial de cuidado proposta por essas novas políticas considerar o indivíduo em sua multidimensionalidade e dinamismo histórico e de levar em conta os determinantes biopsíquicos e socioculturais do sofrimento mental, visando distanciar-se do foco genérico na doença, nos sintomas e na patologização da vida²² e, a despeito de o Ministério da Saúde propor alguns dispositivos para contribuir para a qualificação, organização e gestão do cuidado psicossocial nas redes de atenção (acolhimento, Projeto Terapêutico Singular – PTS e Apoio Matricial)^{21,23,24}, a articulação e a integração da saúde mental na AB ainda têm-se mostrado frágil e incipiente.

Vários estudos têm apontado fatores recorrentes, que têm contribuído para a constante dificuldade de implantação e incorporação do modelo psicossocial nas unidades de saúde do SUS, incluindo a AB. Dentre os mais conhecidos, podemos citar: o modelo biomédico de sofrimento mental que se preocupa em silenciar os sintomas por meio da medicação e que ignora a dimensão subjetiva, social e existencial dos problemas^{4,25,26}; o estereótipo

de periculosidade e incapacidade relacionados com os transtornos mentais graves que geram afastamento, receio e desistência de investimento dos profissionais no cuidado para além da medicação^{1,5}; a falta de preparo dos profissionais, especialmente daqueles da atenção primária, sobre a temática de saúde mental^{4,27}; a separação e a cisão do cuidado em problemas físicos e problemas emocionais/psicossociais¹⁷; o entendimento de que a saúde mental deve ser abordada apenas por especialistas^{25,28,29}; o estabelecimento de diretrizes operacionais genéricas e sem detalhamento sobre como identificar e diagnosticar, sobre quais os fluxos de atenção adequados e o tipo de abordagem terapêutica que deve ser utilizada em cada situação^{27,29}; e a baixa articulação entre os serviços da rede pública de saúde^{4,30}. Tais fatores têm sido considerados determinantes significativos para as diversas dificuldades e problemas ligados tanto à forma como se identifica e se acolhe o sofrimento mental nas unidades de saúde como à forma como se organiza e se estrutura o cuidado em saúde mental na AB.

Com relação à identificação e ao acolhimento desses problemas na rede de AB, estudos mostram que, apesar de essas demandas serem frequentes³¹, os problemas de sofrimento mental se traduzem em queixas físicas, pois essas, na visão dos usuários, parecem ter mais legitimidade e escuta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do que as demandas socioemocionais²⁶. Como é sabido, a forma como se estrutura a oferta tem, entre outros fatores, influência considerável na forma como se estrutura a demanda^{32,33}; assim, não é incomum que o sofrimento emocional e os problemas psicossociais sejam traduzidos pelos usuários em seus aspectos mais orgânicos, para que possam ter maior visibilidade²⁶. Estudos também apontam que, em geral, não há uma escuta qualificada do sofrimento, e, sim, uma escuta de sintomas para fins de um diagnóstico de natureza mais psiquiátrica, e que as UBS são mais propensas a identificar demandas mais graves, sintomáticas, muito explícitas e

emergenciais, e não aquelas relacionadas com a subjetividade, com o sofrimento existencial ou situacional²⁶.

Com relação à organização das ações de cuidado em saúde mental, trabalhos indicam várias dificuldades a serem enfrentadas pela AB. Inicialmente, estudos revelam uma certa medicalização da atenção em saúde mental^{28,34,35}, no sentido de que muitas experiências humanas perturbadoras e angustiantes de natureza social, conjuntural e intersubjetivas são interpretadas como de causalidade orgânica e biológica, diagnosticadas como doenças e, portanto, manejadas pelo campo da medicina por meios principalmente farmacológicos³⁶⁻³⁸. Outros trabalhos revelam ainda a prática de repetição e troca de receitas sem reavaliação das necessidades e do sofrimento envolvido em cada situação, o que pode ocorrer por pressão do paciente, por dificuldades do profissional médico em negar pedidos de receita, pelo desconforto em mudar a prescrição de outro profissional ou pelo desconhecimento de alternativas terapêuticas^{28,34,39,40}. Além dessas, algumas pesquisas encontraram como fragilidades na organização das ações em saúde mental na AB: a fragmentação do cuidado, sendo que o usuário de Caps muitas vezes não é visto como pertencente também à AB²⁵; o baixo planejamento e a gestão insuficiente do cuidado em saúde mental nas UBS^{27,41}; o limitado uso de ações no território, uma vez que as ações desenvolvidas são principalmente dentro da unidade⁴¹; o reduzido uso de abordagens grupais²⁷; e a baixa participação dos usuários e da família no planejamento e decisão sobre as ações de cuidado³¹.

Apesar de existirem diversos estudos sobre os inúmeros aspectos relativos à oferta de cuidado em saúde mental na AB, não se dispõe hoje de informações suficientemente atualizadas e abrangentes sobre como se identifica e se organiza o cuidado em saúde mental nas unidades de AB do estado de São Paulo. Para estabelecer uma boa política de atenção em saúde mental, faz-se necessário compreender

as características do sistema de prestação de cuidados atualmente existente. Para qualificar, orientar e redirecionar o cuidado em saúde mental na AB, é importante conhecer como, no momento presente, é identificado o sofrimento mental nas unidades do estado e como essas se organizam para responder aos problemas a ele referentes. Procurando responder, ao menos parcialmente, a tais questões, o presente artigo tem como objetivo descrever e discutir 'como se identifica e se organiza o cuidado em saúde mental' nas unidades de AB do estado de São Paulo.

Material e métodos

O artigo descreve e discute resultados parciais encontrados no projeto intitulado 'Inquérito sobre Tecnologias de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde no Estado de São Paulo'. Trata-se de estudo transversal quantitativo e descritivo, realizado por meio de um inquérito telefônico em serviços de Atenção Básica à Saúde de municípios do estado.

Como não foram encontradas na literatura pesquisas com a metodologia empregada e com esse porte no estado de São Paulo, o projeto buscou, de forma geral, contribuir com a apresentação de um mapeamento sobre tecnologias de cuidado em saúde mental na AB, sobre a lógica de cuidado subjacente aos modelos de atenção e sobre práticas no cotidiano dos serviços de AB.

A população de estudo foi constituída por 4.941 estabelecimentos de saúde caracterizados como unidades de AB. Para sua identificação, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), selecionando-se os tipos 'Posto de Saúde', 'Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde' e 'Unidade de Saúde da Família', com base na competência abril/2017.

Para fins de cálculo do tamanho da amostra, foram considerados o porte do município e a existência de hospitais psiquiátricos na definição dos seguintes domínios de estudo: municípios com hospitais psiquiátricos (à exceção

de São Paulo), municípios com menos de 25 mil habitantes, de 25 a 100 mil habitantes, acima de 100 mil habitantes (à exceção de São Paulo) e o município de São Paulo. Para que a amostra fosse de 100 unidades no menor domínio, foram sorteadas mil unidades no total, distribuídas em 426 municípios.

Após o sorteio, foram excluídos 45 estabelecimentos que não satisfaziam os critérios de funcionamento como unidade de AB ou que estavam desativados. Tendo em vista que a exclusão não interferiu nos domínios amostrais de interesse, estabeleceram-se, como amostra sorteada final, 955 unidades de AB localizadas no estado de São Paulo.

Antes da realização das entrevistas, houve a necessidade de proceder a algumas etapas: 1) obtenção da permissão para a realização da entrevista por parte do gestor da unidade sorteada e da autorização das respectivas Secretarias Municipais de Saúde; 2) envio do roteiro, com instruções de preenchimento, por e-mail ou correio, à escolha da unidade; 3) estabelecimento pela UBS da estratégia mais conveniente de preenchimento do questionário (se durante reunião de equipe, se realização de minirreuniões com os profissionais envolvidos, se indicação de um profissional responsável para buscar as informações entre os colegas etc.) – a forma de preenchimento não foi critério para considerar o questionário válido ou não; 4) marcação de hora e data com profissional indicado pelo gerente da unidade para responder ao questionário, previamente preenchido, por telefone. A entrevista telefônica consistia em transferir as

respostas do questionário para um *software* de armazenamento das informações no banco de dados. Se os dados estivessem incompletos e/ou considerados inadequados/inconsistentes, havia a possibilidade de reagendar novas ligações quantas vezes fossem necessárias para completar o questionário.

O roteiro, estruturado com respostas fechadas, foi distribuído em cinco blocos: 1) caracterização da unidade (86 questões); 2) identificação dos problemas e necessidades associados ao sofrimento mental (75 questões); 3) forma de organização do cuidado e fluxos de atenção para atender às demandas associadas à saúde e ao sofrimento mental (193 questões); 4) intervenções em saúde mental ofertadas e suas características (569 questões); e 5) articulações intersetoriais realizadas para responder às necessidades ligadas à saúde e ao sofrimento mental (70 questões). Vale destacar que o grande número de questões foi devido ao fato de que, dependendo da pergunta e da resposta, estavam previstas outras perguntas para a obtenção de informações complementares. Em grande parte das questões, a lista das opções era apresentada, sendo apenas necessário responder sim ou não. Para a realização do presente trabalho, foram selecionadas respostas a apenas algumas questões fechadas, de todos os blocos, exceto do bloco 4. Para este artigo, foram selecionadas perguntas que pudessem trazer luz sobre a identificação e organização do cuidado em saúde mental nas UBS do estado de São Paulo. As questões analisadas estão apresentadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Apresentação das questões analisadas, de acordo com os blocos selecionados

Número da Questão	Questão	Respostas
Bloco 1 – Caracterização da unidade		
Questão A24	Indique os profissionais que atuam na unidade (foram indicadas 18 modalidades de profissionais e destacados para análise aqueles específicos da área de saúde mental).	Médico psiquiatra Psicólogo Terapeuta Ocupacional Assistente Social

Quadro 1. (cont.)

Número da Questão	Questão	Respostas
Bloco 2 – Identificação dos problemas e necessidades associados ao sofrimento mental		
Questão B1	Em geral, com qual frequência as demandas de saúde mental aparecem na unidade?	1- Diariamente 2- Semanalmente 3- Mensalmente 4- Bimensalmente ou menos frequentemente
Questão B4	Nos últimos três meses, como foram identificados os problemas de saúde mental na unidade? Indique, entre as opções, as três mais frequentes (foram apresentadas dez opções).	1- Sim 2- Não 9- NS/NR
Questão B5	Quais das demandas abaixo são identificadas pela unidade como problema de saúde mental? (foram apresentadas 21 alternativas).	1- Sim 2- Não 9- NS/NR
Questão B6	Em que momentos, habitualmente, essas demandas são identificadas? (dez momentos ou situações).	1- Sim 2- Não 9- NS/NR
Bloco 3 – Organização do cuidado e fluxos de atenção para atender as demandas associadas à saúde e ao sofrimento mental		
Questão C1	Nesta unidade, há reuniões entre os profissionais?	1- Sim 2- Não
Questão C2	Essas reuniões são de que tipo? (11 opções foram listadas).	1- Sim 2- Não 9- NS/NR
Questão C5	Esta unidade fez algum PTS para casos de sofrimento mental no último ano?	1- Sim 2- Não 9- NS/NR
Questão C8	Esta unidade participou de alguma atividade de matriciamento em Saúde Mental no último ano?	1- Sim 2- Não 9- NS/NR
Questão C17	Nos últimos três meses, para onde foram encaminhados os casos de saúde mental (o entrevistado devia selecionar duas mais frequentes entre sete opções)?	
Bloco 5 – Articulações intersetoriais para responder às necessidades ligadas à saúde e ao sofrimento mental		
Questão E1	Existe articulação com grupos/instituições/organizações de fora do setor saúde para promover saúde mental ou cuidar do sofrimento mental?	1- Sim 2- Não 9- NS/NR
Questão E2	Faz articulação com (foram apresentadas onze opções de instituição).	1- Sim 2- Não 9- NS/NR

As entrevistas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2017 e de janeiro a agosto de 2018 por profissionais experientes, tendo sido gravadas mediante *software* próprio; e as respostas, computadas em planilhas correspondentes. Posteriormente, os dados foram transcritos para planilhas Excel®

e, finalmente, para planilhas do *software* SPSS.

Neste estudo, estão apresentados dados absolutos e percentuais e suas possíveis associações testadas estaticamente por meio de testes de chi-quadrado, calculados com a aplicação do *software* SPSS Statistics 20. Como categorias de análise, foram considerados: a)

o porte do município, em função da possível complexidade das unidades presentes no território; e b) a existência de profissional de saúde mental (psicólogo(a), psiquiatra, terapeuta ocupacional e/ou assistente social), pelo fato de sua presença poder influenciar nos resultados.

O projeto foi inserido na plataforma Brasil e submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (Cepis) da Secretaria de Estado de São Paulo e, quando necessário, submetido também a outros Comitês de Ética em Pesquisa ou órgãos análogos nos municípios estudados. Antes de iniciar a entrevista, era gravado o consentimento do entrevistado, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente elaborado e lido pelo(a) entrevistador(a). Obedeceu-se, na execução do projeto, ao disposto pela Resolução nº 466/12; sendo aprovado pelo parecer nº 2.018.261 do Cepis.

Resultados e discussão

Ao final da coleta de dados, obteve-se um total de 879 unidades que responderam satisfatoriamente ao questionário deste estudo, considerando-se uma perda de cerca de 8% de unidades que acabaram não participando da pesquisa. A não resposta foi relacionada com os seguintes motivos: não autorização do gestor municipal; dados incompletos de endereços das unidades; dificuldades em contatar as pessoas que poderiam autorizar a entrevista ou em estabelecer contato com o(s) profissional(is) indicado(s) para respondê-la.

A principal limitação do presente artigo está relacionada com a metodologia, pois o questionário previa que as informações deveriam

ser respondidas em conjunto pela equipe de trabalhadores da unidade, mas, a despeito dessa instrução, não foi possível ter certeza se o instrumento foi respondido por um profissional somente ou pela equipe, ou em parte. Esse obstáculo ocorreu, visto que, durante a coleta telefônica, não foi questionada a forma de preenchimento do instrumento (se isoladamente ou em equipe e por quais profissionais). Observou-se, *a posteriori*, que algumas questões do instrumento, por terem sido previamente estabelecidas após apenas uma pequena fase de pré-teste, não forneceram todas as informações buscadas pelos objetivos do estudo.

No entanto, como pontos fortes desta pesquisa, pode-se ressaltar sua abrangência, a obtenção de um elevado número de respostas (92% das unidades), apesar de ter havido grande empenho em conseguir realizar as entrevistas. Esse número foi resultado da persistência dos pesquisadores na busca de contato com as unidades sorteadas e na insistência na obtenção das respostas, por meio de várias ligações telefônicas e mensagens eletrônicas (em média, houve 14 tentativas para conseguir concluir uma entrevista).

Caracterização das unidades

Das 879 UBS compreendidas no estudo, 24,7% pertenciam a municípios com população de até 25 mil habitantes (municípios pequenos); 26,6%, a municípios com população entre 25 mil e 100 mil habitantes (municípios médios); 38,1%, a municípios com população acima de 100 mil habitantes (municípios grandes – excetuando o município de São Paulo); e 10,6% das unidades pertenciam ao município de São Paulo (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por presença de profissional de saúde mental, segundo o porte populacional dos municípios onde as unidades estão localizadas*

Presença de profissional de Saúde Mental		Porte populacional do município				Total
		Até 25 mil hab.	De 25 a 100 mil hab.	100 mil hab. e mais	São Paulo	
Não	N	107	160	199	26	492
	% no porte	49,80%	69,00%	59,80%	28,30%	56,40%
Sim	N	108	72	134	66	380
	% no porte	50,20%	31,00%	40,20%	71,70%	43,60%
Total	N	215	232	333	92	872
	% no porte	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

* valor de $p=0,000$ (chi quadrado de Pearson).

Em relação ao tipo de UBS, 32,6% correspondiam a Unidades Básicas Tradicionais; 47,1%, a Unidades de Saúde da Família; e 20,3%, a Unidades Mistas (equipes de saúde da família e equipes tradicionais no mesmo serviço) (dados não apresentados em tabela). A configuração da amostra foi bastante representativa do estado de São Paulo, já que a presença de UBS com equipe de saúde da família (exclusivamente ou em unidades tradicionais) tende a ser mais frequente nos municípios menores e menos frequente entre os municípios grandes e no município de São Paulo (dados não expostos em tabela). O fenômeno da maior presença de equipes de saúde da família em municípios pequenos explica-se pelo processo de implantação dessas equipes, em que os municípios de menor porte populacional obtiveram progressivamente maiores coberturas de população em relação aos de porte intermediário e aos de grande porte, no período entre 1998 e 2006, conforme apontado em publicação do Ministério da Saúde⁴². Para o período mais recente, é possível verificar a manutenção dessa maior cobertura entre os municípios pequenos, a partir dos dados de cobertura da AB disponíveis no *site* e-Gestor Atenção Básica, acessível no endereço: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

Do conjunto das UBS incluídas no estudo, somente 43,5% possuíam pelo menos um

profissional relacionado com o cuidado em saúde mental (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social) (tabela 1). A relativamente pequena presença de profissionais de saúde mental nas unidades de AB do estado de São Paulo está provavelmente relacionada com as características intrínsecas da própria Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Política Nacional de Saúde Mental⁶ e do formato proposto para a Raps⁷, que não privilegiaram a presença desses profissionais em UBS.

A necessidade premente de acabar com os abusos, a situação de exclusão social e o desrespeito aos direitos dos indivíduos com sofrimento mental internados em hospitais psiquiátricos fizeram com que o foco principal da Política Nacional de Saúde Mental fosse a rápida desinstitucionalização, bem como a implementação de serviços substitutivos e de urgência/emergência. Para aumentar a resolubilidade e a integralidade no cuidado em saúde mental na AB, a estratégia escolhida pela Reforma Psiquiátrica brasileira foi a de um cuidado colaborativo, pautado na troca de saberes e na construção compartilhada entre equipes de saúde mental e profissionais de atenção primária, denominado apoio matricial^{21,23}; e, portanto, não houve um investimento na presença física de profissionais de saúde mental nas unidades da rede básica de saúde. Tal proposta previu um suporte técnico-pedagógico às equipes de AB feito

por profissionais de saúde mental alocados em Caps e, posteriormente, também em Nasf^{18,23}. Além disso, a ideia de trabalho em rede incentivou que as equipes de AB trabalhassem em conjunto com as equipes da atenção especializada no cuidado em saúde mental⁴³; e o processo de construção da Raps, focado no financiamento dos Caps, realocou parte importante dos profissionais de saúde mental dos municípios para esses serviços especializados. Embora se reconheça que houve um grande passo na direção da desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais severos, não há evidências de que essa estratégia tenha sido a melhor em termos de resolubilidade e efetividade no cuidado de pessoas com sofrimento mental comum, de menor gravidade e mais prevalentes^{25,26}.

Analisando a distribuição da presença de profissional de saúde mental nas unidades segundo o porte populacional dos municípios, as diferenças são significativas, sendo que 72,0% das unidades no município de São Paulo possuíam profissional de saúde mental, seguidas pelas unidades nos municípios pequenos (49,8%), pelos grandes (40,0%) e médios (31,2%) (tabela 1). A maior frequência de profissionais de saúde mental no município de São Paulo pode ser devida às ações de saúde mental propostas por gestões anteriores do final da década de 1980 até início dos anos 2000²². Nesse período, privilegiaram-se políticas de incentivo à alocação de profissionais de saúde mental nas UBS de maior porte sob a gestão do município de São Paulo, assim como aquelas sob gestão estadual, que foram municipalizadas algum tempo depois.

As equipes das unidades tradicionais, bastante presentes no município de São Paulo (58,7%), contaram com menos Apoio Matricial, pois esse foi desenhado principalmente para o suporte às equipes da Estratégia Saúde da

Família (ESF), sendo que 39,7% das UBS do município de São Paulo responderam não contar com equipes de Nasf (dados não apresentados em tabela). Por esse motivo, também, é possível que as unidades tradicionais tenham continuado mantendo profissionais de saúde mental em suas equipes. Em contraponto, a maior presença de profissionais de saúde mental, sobretudo de psicólogos (dados não apresentados em tabela) em municípios de pequeno porte (até 25 mil hab.), provavelmente deve-se à escassa presença de equipamentos de atenção especializada nesses municípios – ambulatórios de saúde mental (19,9%), Caps I (19%) e Caps II (2%) –, o que pode ter tornado necessária a contratação/manutenção de profissional de saúde mental em unidades de AB¹⁷.

Identificação dos problemas e demandas associados ao sofrimento mental

No geral, 50,7% das unidades responderam que identificavam diariamente demandas associadas ao sofrimento mental (tabela 2); e essas, somadas àquelas que responderam identificar semanalmente esse tipo de demanda, chegam a 80% de unidades. Tal dado reforça a importância da atenção primária como espaço estratégico e oportuno para identificação, acesso, cuidado e acompanhamento longitudinal dessas demandas. Entretanto, a frequência com que foram identificadas as demandas de saúde mental muda de acordo com o porte populacional do município em que se localiza a UBS. Quanto menor o porte do município, menor foi a frequência de resposta afirmativa a essa questão. Das unidades do município de São Paulo, 79,6% identificaram tais demandas diariamente, e isso ocorreu em apenas 38,2% nas unidades dos municípios pequenos.

Tabela 2. Percentuais de respostas afirmativas às questões relativas ao processo de identificação das demandas relacionadas com o sofrimento mental, segundo o porte populacional dos municípios onde as unidades estão localizadas, e segundo a presença de profissional de saúde mental na unidade

Tema	Questão	Porte populacional do município				% total	N total	valor de "sim"	p *	Profissional de SM		total	valor de p *
		Até 25 mil hab.	25 a 100 mil hab.	100 mil hab. e +	São Paulo					Não	Sim		
Frequência da demanda em SM	Demanda diária de SM?	38,2%	43,6%	55,8%	79,6%	50,7%	446	0,000	43,5%	59,9%	50,6%	0,000	
	Encaminhamento c/ Diagnóstico	31,3%	25,6%	30,1%	31,2%	29,4%	258	0,528	26,5%	33,0%	29,3%	0,035	
Identificação dos problemas de SM na UBS	Encaminhamento s/ Diagnóstico	21,2%	17,5%	21,8%	31,2%	21,5%	189	0,060	14,6%	30,4%	21,5%	0,000	
	Pedido de troca de receita	64,5%	70,9%	77,3%	58,1%	70,4%	619	0,000	76,2%	62,8%	70,4%	0,000	
	Demanda específica do usuário	43,8%	42,7%	47,2%	52,7%	45,7%	402	0,352	42,7%	49,7%	45,7%	0,037	
	Demanda específica do acompanhante	42,4%	47,4%	40,0%	44,1%	43,0%	378	0,364	42,3%	44,0%	43,0%	0,615	
	Pelo comportamento do usuário	24,9%	23,1%	21,8%	19,4%	22,6%	199	0,715	22,8%	22,3%	22,6%	0,834	
	Usuário em crise	18,9%	12,8%	7,5%	15,1%	12,5%	110	0,001	11,8%	13,4%	12,5%	0,497	
	No atendimento de outras demandas	10,6%	19,2%	23,3%	25,8%	19,3%	170	0,001	16,8%	22,8%	19,4%	0,027	
	Na visita domiciliar	19,4%	13,2%	11,9%	15,1%	14,4%	127	0,101	16,8%	11,3%	14,4%	0,020	
	Queixas escolares ou pré-escolares	55,3%	52,6%	66,1%	70,5%	60,3%	517	0,001	56,2%	65,5%	60,2%	0,006	
Demandas identificadas como problema de SM	Conflito familiar/casal	54,8%	60,6%	72,7%	78,0%	65,6%	563	0,000	62,8%	69,3%	65,6%	0,047	
	Queixas Comportamentais	78,4%	77,8%	85,6%	90,0%	82,2%	702	0,010	79,2%	86,0%	82,1%	0,010	
	Álcool e outras drogas	90,7%	89,3%	95,5%	100,0%	93,1%	813	0,001	90,5%	96,6%	93,1%	0,000	
	Perdas e situações traumáticas	78,0%	78,4%	83,3%	93,4%	81,8%	705	0,006	77,6%	87,0%	81,7%	0,000	
	Depressão/ Ansiedade	98,6%	96,6%	97,9%	98,9%	97,8%	857	0,406	97,4%	98,4%	97,8%	0,298	
	Situações de violência	61,4%	58,3%	75,1%	94,6%	69,4%	594	0,000	64,3%	76,3%	69,5%	0,000	
	Psicose/ Surto/ Mania	86,9%	77,1%	85,5%	93,5%	84,4%	731	0,001	79,4%	90,7%	84,3%	0,000	
	Problemas decorrentes do Trabalho	62,5%	55,9%	66,2%	83,3%	64,3%	550	0,000	58,1%	72,1%	64,2%	0,000	
	Somatizações/ poli queixas	78,0%	77,3%	82,3%	94,5%	81,2%	700	0,002	79,3%	83,3%	81,0%	0,131	
	Busca por receita de psicofármaco	92,1%	94,9%	95,5%	97,8%	94,7%	829	0,164	95,4%	93,9%	94,8%	0,348	
	Sofrimento emocional inespecífico	79,3%	74,1%	84,4%	94,6%	81,5%	703	0,000	76,8%	87,7%	81,5%	0,000	
	Transtorno do desenvolvimento	62,6%	54,3%	74,2%	90,8%	67,8%	562	0,000	61,4%	75,7%	67,6%	0,000	

Tabela 2. (cont.)

Tema	Questão	Porte populacional do município				% total	N total	valor de p *	Profissional de SM		total	valor de p *
		Até 25 mil hab.	25 a 100 mil hab.	100 mil hab. e +	São Paulo				Não	Sim		
Momentos em que as demandas são identificadas	Recepção/ Triagem/ Acolhimento	82,7%	91,5%	93,0%	89,0%	89,6%	779	0,001	90,1%	89,2%	89,7%	0,663
	Sala de Espera	38,3%	34,6%	42,5%	42,2%	39,3%	333	0,278	38,8%	39,9%	39,3%	0,753
	Atendimento Médico	99,1%	99,1%	98,8%	100,0%	99,1%	867	0,760	99,4%	98,7%	99,1%	0,275
	Atendimento de Enfermagem	96,3%	95,3%	97,6%	98,9%	96,8%	843	0,273	97,0%	96,6%	96,8%	0,744
	Atendimento em Odontologia	29,6%	37,7%	53,4%	56,2%	43,6%	360	0,000	39,5%	49,0%	43,6%	0,006
	Atendimento de outros profissionais de nível superior	70,5%	54,4%	66,4%	94,6%	67,3%	576	0,000	44,1%	96,3%	67,1%	0,000
	Atividades de grupo	33,0%	38,9%	55,2%	80,4%	48,2%	411	0,000	43,0%	54,5%	48,1%	0,001
	Atendimento Domiciliar	81,2%	73,6%	70,6%	90,2%	76,1%	657	0,000	73,7%	79,2%	76,1%	0,059
	Visita Domiciliar do ACS	82,7%	70,0%	67,2%	61,5%	71,1%	619	0,000	73,1%	68,3%	71,0%	0,120

* valor de p para chi quadrado de Pearson.

A elevação no percentual de unidades que identificaram diariamente demandas em saúde mental também esteve associada com a presença de profissional de saúde mental. Contudo, é interessante notar que, como referido anteriormente, nos municípios de pequeno porte, menos unidades declararam identificação diária desse tipo de demanda, apesar de possuírem em quase 50% das unidades entrevistadas algum profissional de saúde mental. Ao longo do artigo, discutiremos a influência da presença de profissional de saúde mental nas unidades sob diversos aspectos.

Esses resultados corroboram inúmeros estudos que indicam que tanto a população traz regularmente o sofrimento mental como demanda para os serviços de AB quanto os profissionais da atenção primária conseguem perceber esses problemas e demandas com certa frequência^{17,26,27,29,31}. No entanto, diversos são os desafios desde o reconhecimento do problema de saúde mental até o manejo adequado dele. A própria identificação da problemática de saúde mental varia de acordo com características organizacionais da unidade que favorecem ou não essa identificação (carga

de trabalho, tempo de atendimento, planejamento prévio de ofertas de cuidado para esses problemas), de acordo com o preparo dos profissionais para identificação dessas demandas e seu acolhimento e de acordo com o tipo de profissional presente na unidade, especializado ou não^{21,26,35,44}.

Ressalte-se que a maior parte das unidades (70,4%) teve o pedido por troca de receitas como a principal forma de identificação de problemas de saúde mental (tabela 2). Tal fato pode indicar: 1) foco acentuado na medicação; 2) favorecimento dessa forma de tratamento por ser mais imediata, bem como falta de preparo ou de tempo dos profissionais para adotar formas alternativas de cuidado; 3) maior identificação de casos já existentes e em tratamento, assim como tendência a seguir procedimentos preexistentes no histórico dos usuários. Tal situação tem sido apontada e discutida em vários estudos nacionais que se preocupam com a medicalização da atenção à saúde mental na atenção primária. Vale lembrar que a simples troca de receita significa que a preocupação é somente com o controle dos sintomas, em contraposição a uma avaliação

e investigação de natureza psicossocial que leva em consideração os fatores contextuais, interpessoais e emocionais desencadeantes do sofrimento mental^{4,17,25,28,29,35}. A alta frequência de troca de receitas pode evidenciar, também, a alta demanda por psicotrópicos feita pelos próprios usuários condicionados ao uso desses medicamentos⁴, a existência de poucas ações para diminuir o uso abusivo de psicotrópicos na unidade²⁷ e, ainda, a visão biomédica e fragmentada do cuidado, que persiste a despeito da existência de profissionais de saúde mental não médicos nos serviços.

As outras duas formas de identificação relatadas por um número expressivo de unidades, ainda estão abaixo dos 50% e foram: por demanda específica do usuário (45,7%) e por demanda do acompanhante (43,0%). Essas três formas de identificação mais apontadas sugerem, ainda, certa passividade das unidades na busca ativa por situações e experiências de sofrimento mental no território, visto que os atendimentos em saúde mental dependem, de forma expressiva, do pedido explícito do usuário ou de seu familiar/acompanhante. A falta de busca ativa e de rastreamento intencional de pessoas em sofrimento mental no território e na unidade favorece o fato de que apenas demandas explícitas, sintomáticas, emergenciais ou graves sejam preferencialmente identificadas na AB^{4,26}.

As demandas que foram reconhecidas por um maior número de unidades como problemas de sofrimento mental, em consonância com outros estudos nacionais e internacionais, foram a ansiedade e a depressão (97,8%)^{21,45,46}, seguidas pela busca por receita de psicofármacos/psicotrópicos (94,7%) e uso de álcool e outras drogas (93,1%)⁴⁷. Como se pode observar, praticamente todas as unidades responderam que identificavam tais problemáticas, independentemente do porte populacional do município em que estavam localizadas (*tabela 2*), o que indica que o tamanho do município no qual a unidade está localizada não influencia, pelo menos, no reconhecimento desses problemas na AB.

Chama a atenção o fato de que as queixas decorrentes de problemas no trabalho, queixas escolares e familiares e transtornos do desenvolvimento terem sido identificadas em apenas dois terços das unidades como demandas de saúde mental (*tabela 2*). Esse dado pode indicar, por parte dos profissionais dos serviços, baixa percepção, interesse e rastreamento intencional do sofrimento existencial e subjetivo que se manifesta em dificuldades e angústias vividas nas várias esferas da vida cotidiana. Tais angústias, muitas vezes, estão ligadas ao contexto psicossocial dos usuários e não se apresentam necessariamente na forma de sintomas e quadros clássicos de depressão e ansiedade^{5,41,44}. Com exceção das demandas mais prevalentes, a presença de profissionais de saúde mental na unidade contribui significativamente para a identificação de vários problemas de saúde mental. No entanto, vale lembrar que a mera disponibilidade de profissionais de saúde mental não garante a identificação qualificada de problemas e um bom cuidado nessa área. A organização do processo de trabalho e do envolvimento da equipe, ou seja, de um trabalho efetivamente multiprofissional, depende de outras variáveis além da presença de profissional de saúde mental⁵.

Os principais momentos de atenção na unidade em que são identificados os problemas de sofrimento mental são as consultas médicas e de enfermagem com 99,1% e 96,8% de frequência respectivamente (*tabela 2*). Esses momentos se mostraram mais relevantes para a identificação desses problemas, independentemente do porte do município e da presença de profissional de saúde mental. A consulta médica e de enfermagem são espaços já legitimados pela população para exposição sobre os sintomas relacionados com a saúde (pedidos de ajuda, troca de receitas). A recepção/triagem/acolhimento também se mostrou um espaço relevante na identificação de problemas de saúde mental, tendo sido a resposta de 89,6% das unidades.

Dados da literatura indicam que os espaços de atendimento em grupo estão normalmente

associados aos cuidados em saúde mental^{27,29}. Ao mesmo tempo, os grupos de várias naturezas realizados nas unidades podem ser também momentos estratégicos para a identificação de problemas e demandas associados ao sofrimento mental. Neste estudo, contudo, os espaços de grupo foram percebidos como momentos estratégicos para a identificação dos problemas de saúde mental somente por 33% das unidades (que citaram identificação de demandas nas atividades de grupo de todas as naturezas) e por 38,3% (que mencionaram identificação de demandas na sala de espera). É possível que a realização de grupos esteja relacionada com unidades mais bem estruturadas fisicamente e, também, à presença de profissionais disponíveis para tais atividades. Essa suposição pode ser confirmada pelo fato de que as atividades de grupo e o atendimento domiciliar foram citados como momentos mais frequentes para a identificação do sofrimento mental entre as unidades do município de São Paulo do que naquelas situadas nos demais municípios.

Muitos autores têm discutido a importância e o papel estratégico das visitas domiciliares na identificação e no cuidado em saúde mental^{31,41}. Apesar de menos de 20% das unidades relatarem como forma de identificação do sofrimento mental a visita domiciliar, quando se perguntou em que momentos do atendimento as demandas de saúde mental eram identificadas, a visita domiciliar realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi relatada como um momento significativamente utilizado na identificação, especialmente em municípios pequenos (82,7%) (*tabela 2*). Os ACS têm sido percebidos cada vez mais como figuras estratégicas e essenciais na identificação e no cuidado do sofrimento mental, pois têm a oportunidade de se vincular às famílias e conhecer suas necessidades psicossociais para além dos sintomas e doenças^{5,31,41,48}. Cabe lembrar que 67,4% da amostra deste estudo foi composta por unidades com equipes de saúde da família (ESF ou mistas) que deveriam realizar regularmente visitas domiciliares.

Organização do cuidado e fluxo de atenção

A atenção psicossocial em saúde mental implica um trabalho de gestão do cuidado utilizando-se recursos de dentro e de fora das unidades, envolvendo discussão e planejamento do cuidado em equipe e em corresponsabilização com o usuário. O PTS pode contribuir para que tal cuidado seja mais singularizado, contextualizado e menos centrado em diagnóstico, sintomas e doença⁴⁹⁻⁵¹.

Em relação a ações para organização do cuidado em saúde nas unidades entrevistadas, 85,3% declararam realizar reuniões periódicas entre os profissionais. No entanto, no que tange aos cuidados com pessoas em sofrimento mental, a porcentagem de unidades que realizavam com regularidade reuniões para organização das ações de cuidado em saúde mental diminuiu consideravelmente: apenas 48,7% faziam reuniões para a formulação de PTS em saúde mental e 55,9% realizavam reuniões para discussão de casos de saúde mental (*tabela 3*). O resultado mais surpreendente foi que o percentual caiu para 31,3% quando a pergunta se referiu a ter, efetivamente, realizado gestão de caso de sofrimento mental por meio de PTS no último ano. Esse percentual é menor ainda nos municípios de pequeno porte (18,2%) e vai aumentando conforme aumenta o tamanho do município, chegando a 73,3% entre as unidades no município de São Paulo. Situação bastante semelhante foi observada em relação à participação em atividades de matriciamento em saúde mental no último ano, com percentuais significativamente maiores em municípios grandes e no município de São Paulo. Tal dado pode estar relacionado com uma maior organização da rede de atenção em saúde mental nessas localidades e com uma maior organização estrutural das próprias unidades nos municípios maiores, bem como referente à presença de Nasf. Vale lembrar que a presença de Nasf relatada pelas unidades básicas do estudo é de 43,9%, a qual aumenta com

o tamanho do município – sendo que, nos municípios menores, há somente 36,8% de equipes de Nasf; nos municípios acima de

100 mil habitantes, 45,5%; e no município de São Paulo, 61,3% – dados não apresentados em tabela.

Tabela 3. Percentuais de respostas afirmativas às questões relativas à forma de organização do cuidado e fluxos de atenção para atender às demandas em saúde mental, segundo o porte populacional dos municípios onde as unidades estão localizadas, e segundo a presença de profissional de saúde mental na unidade

Tema	Questão	Porte populacional do município				% total	N total	valor de "sim"	p *	Profissional de SM		total	valor de p *
		Até 25 mil hab.	25 a 100 mil hab.	100 mil hab. e +	São Paulo					Não	Sim		
Reunião regular de equipe	P/ formulação de PTS	44,0%	30,5%	43,8%	77,6%	48,7%	149	0,000	46,2%	50,9%	48,7%	0,409	
	P/ condução de caso de SM	50,0%	44,1%	56,2%	82,7%	55,9%	297	0,000	51,9%	60,9%	55,9%	0,037	
	P/ matriciamento	52,0%	51,7%	64,8%	87,0%	64,1%	246	0,000	58,7%	69,9%	64,1%	0,022	
PTS no último ano	Fez PTS?	18,2%	19,9%	35,9%	73,3%	31,3%	265	0,000	25,5%	38,8%	31,3%	0,000	
Matriciamento no último ano	Fez Matriciamento?	26,2%	42,7%	60,0%	86,0%	50,0%	429	0,000	44,6%	57,1%	50,0%	0,000	
Encaminhamentos mais frequentes nos últimos 3 meses	P/ Caps	41,0%	77,4%	81,8%	93,5%	71,8%	631	0,000	69,7%	74,3%	71,7%	0,132	
	P/ Nasf	14,7%	17,5%	29,0%	48,4%	24,5%	215	0,000	26,9%	21,2%	24,4%	0,053	
	P/ Hosp. Psiquiátrico	23,5%	3,0%	2,4%	2,2%	7,7%	68	0,000	5,8%	10,2%	7,7%	0,015	
	P/ Amb. de Saúde Mental	30,9%	42,7%	32,8%	10,8%	32,7%	287	0,000	34,9%	29,6%	32,6%	0,097	
	P/ Hosp. Geral	18,4%	6,8%	4,8%	6,5%	8,9%	78	0,000	7,2%	11,3%	9,0%	0,037	
	P/ Serv de Urgência/ Emerg	30,4%	15,0%	25,7%	12,9%	22,6%	199	0,000	20,6%	25,1%	22,6%	0,114	
	P/ Caism	0,5%	2,1%	,9%	1,1%	1,1%	10	0,371	1,4%	,8%	1,1%	0,391	
	P/ Centro de Convivência	0,0%	0,0%	1,8%	9,7%	1,7%	15	0,000	0,4%	3,4%	1,7%	0,001	
	P/ Comunid. Terapêutica	5,1%	1,7%	,6%	0,0%	1,9%	17	0,001	1,6%	2,4%	1,9%	0,421	
	P/ Outros locais	12,9%	4,3%	6,9%	8,6%	7,8%	69	0,006	7,6%	8,1%	7,8%	0,784	
	Não foi encaminhado	0,9%	0,4%	0,6%	1,1%	0,7%	6	0,884	0,6%	0,8%	0,7%	0,742	

* valor de p para chi quadrado de Pearson.

A presença de algum profissional de saúde mental na unidade (assistente, social, psicólogo, terapeuta ocupacional e/ou psiquiatra) está relacionada com um aumento de reuniões para execução de PTS, condução de casos de saúde mental e matriciamento, sendo que as unidades com esses profissionais também realizaram mais ações de PTS e de matriciamento no último ano (tabela 3). Esse dado

pode indicar maior foco em questões de saúde mental devido à formação acadêmica, mas também sugere que a presença de um profissional da área favorece a gestão de casos em equipe, ou seja, mostra também que tais profissionais podem contribuir para o fomento do trabalho interdisciplinar em saúde mental.

O apoio matricial tem demonstrado ser uma ferramenta importante para aumentar

a visibilidade e a legitimidade das demandas de sofrimento mental na rede de AB e uma estratégia potente para a qualificação da atenção à saúde mental⁵². Uma vez que no Brasil o modelo do apoio matricial está relacionado com uma política de apoio e qualificação de unidades com equipes de saúde da família e considerando que a amostra pesquisada conta com quase 70% de unidades com essas equipes, justifica-se o maior número de unidades da pesquisa realizarem reuniões de matriciamento (64,1%). Embora não se tenha feito tal pergunta especificamente, nem todas as ações de matriciamento devem ser realizadas por Nasf, uma vez que o relato de cobertura de Nasf é menor do que o relato de ações de matriciamento (43,9%).

Vale salientar que seria esperado, pelo que é proposto pela Política Nacional de Saúde Mental, que todas as unidades realizassem com certa frequência reuniões que indicassem solução de casos por meio de discussão interdisciplinar, intersetorial, considerando o território de vida das pessoas, e com a participação dos usuários. Dessa forma, nossos achados corroboram vários estudos que mostram que a AB ainda tem uma frágil organização e um fraco planejamento para o cuidado em saúde mental nessa perspectiva^{17,27,29}.

Em relação ao encaminhamento dos casos de saúde mental nos últimos três meses (*tabela 3*), observamos que os Caps são os principais locais de encaminhamentos realizados pela AB no estado de São Paulo (71,8% das UBS). Em segundo lugar, estão os ambulatórios de

saúde mental (32,7%), que, embora postulados antes da Política de Saúde Mental estabelecida a partir de 2002 com a Portaria nº 336⁷, subsistiram ao lado dos Caps. Esse dado pode indicar um maior conhecimento, legitimidade e uso dos serviços substitutivos criados a partir da Reforma Psiquiátrica em relação aos serviços anteriormente utilizados (hospitais psiquiátricos e ambulatórios de saúde mental). Vale notar que o Nasf foi relatado por 24,5% das unidades como local para onde foram encaminhados os casos de saúde mental, o que pode sugerir um uso equivocado dessas equipes de apoio, como se fossem um serviço substitutivo – talvez em razão da própria deficiência de serviços mais apropriados no território ou da falta de maior potência da AB no atendimento a casos menos graves.

No entanto, ainda foram encontradas 25,6% das unidades que encaminharam todos os seus casos de saúde mental, com variações segundo o tamanho do município; no município de São Paulo, apenas 9,8% das unidades encaminhavam todos os seus casos (dados não apresentados em tabela). A saúde mental ainda é compreendida, em muitos contextos, como uma ação que deve ser respondida por especialistas da área; e, como relatado por outros estudos, alguns profissionais ainda encaram a ampliação da oferta de cuidados em saúde mental na AB como um acréscimo de trabalho (que extrapola suas funções e seus conhecimentos ou que gera sobrecarga) ou como falta de responsabilização da atenção especializada^{27-29,52}.

Tabela 4. Percentuais de respostas afirmativas às questões relativas às articulações com instituições/organizações/grupos externos à UBS, segundo o porte populacional dos municípios onde as unidades estão localizadas, e segundo a presença de profissional de saúde mental na unidade

Tema	Questão	Porte populacional do município				% total	N total	valor de p *	Profissional de SM		total	valor de p *
		Até 25 mil hab.	25 a 100 mil hab.	100 mil hab. e +	São Paulo				Não	Sim		
Articulação com grupos/instituições/organizações	C/ Cras	95,4%	91,8%	97,6%	93,4%	95,1%	525	0,087	94,2%	96,2%	95,1%	0,287
	C/ Escola/ Creche/ Universidade?	76,4%	57,6%	80,7%	90,7%	75,5%	412	0,000	70,8%	80,3%	75,3%	0,010
	C/ Equipamento da Cultura	12,6%	7,8%	18,2%	34,2%	16,6%	89	0,000	12,1%	21,5%	16,5%	0,003
	C/ Equipamento de Esporte	26,0%	13,8%	27,1%	28,8%	23,9%	129	0,021	19,3%	28,9%	23,8%	0,009
	C/ Assoc. de Bairro/ Moradores	7,9%	14,7%	37,0%	52,0%	26,9%	145	0,000	24,3%	29,7%	26,9%	0,158
	C/ Grupos de Geração de Renda/ Cooperativas	8,7%	1,5%	12,4%	23,3%	10,4%	56	0,000	8,5%	12,5%	10,4%	0,123
	C/ Associação de Idosos	27,8%	9,2%	19,9%	37,8%	21,6%	117	0,000	16,0%	27,8%	21,6%	0,001
	C/ Grupos de Ajuda Mútua	13,3%	22,9%	27,4%	19,2%	21,9%	119	0,022	20,8%	23,0%	21,8%	0,549
	C/ Igrejas	20,5%	22,0%	33,6%	53,4%	30,4%	165	0,000	27,8%	33,2%	30,3%	0,169
	C/ Associações e ONG	41,4%	34,9%	42,9%	59,5%	42,9%	233	0,008	37,4%	48,8%	42,8%	0,007

* valor de p para chi quadrado de Pearson.

Em relação ao uso de articulação intersetorial para o cuidado em saúde mental, (articulação com grupos, instituições e organizações), identificamos que a articulação com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) é a mais frequente (91,5% das unidades – *tabela 4*), independentemente do porte populacional do município e da presença de profissional de saúde mental na unidade. Chama a atenção o fato de as unidades do município de São Paulo se destacarem apresentando os maiores percentuais de articulação intersetorial com diversas instituições fora da área da saúde para os cuidados em saúde mental. De modo geral, a proporção de unidades que responderam afirmativamente a essa questão é relativamente baixa (*tabela 4*). Esse dado pode indicar uma certa fragilidade e timidez na diversificação, sondagem e descoberta de outras instituições que poderiam compor a proposta de cuidado em saúde mental na ótica psicossocial, a partir

das necessidades identificadas na vida dos usuários.

Considerações finais

Os resultados deste estudo reiteram, antes de tudo, o importante e oportuno papel da AB no rastreamento, na escuta, na identificação e no acolhimento da multiplicidade de manifestações do sofrimento mental vivido pela população, uma vez que, como demonstrado em muitos estudos, esses problemas são prevalentes, causam impedimentos e prejuízos variados à vida cotidiana e não são invisíveis nem infrequentes na Atenção Primária à Saúde. Assim, precisam de um olhar intencional e de uma propositada preocupação para que possam ser satisfatoriamente abordados. Nesse sentido, a análise dos dados aponta que existe ainda uma certa passividade e fragilidade na

busca ativa de experiências humanas referentes à angústia, ao sofrimento emocional e psicossocial, sendo que a percepção desses problemas fica concentrada quando há pedidos explícitos de ajuda, sintomas mais graves ou quadros clínicos mais clássicos, já diagnosticados. Nessa mesma perspectiva, a troca de receitas, a compreensão mais biomédica e psiquiátrica desses problemas e a medicalização do cuidado em saúde mental ainda se mostram presentes nas unidades, o que dificulta uma abordagem mais extensamente psicossocial e territorial.

De forma geral, o planejamento e a gestão do cuidado em saúde mental nas unidades de AB ainda são insatisfatórios, pois menos da metade das unidades possui um espaço interdisciplinar e multiprofissional regular para definir, discutir e reavaliar o cuidado. O apoio matricial se mostra uma estratégia significativa e promissora na organização das ações, já que foi a ferramenta mais utilizada pelas unidades para estruturar o cuidado. As articulações intersetoriais para o cuidado em saúde mental ainda se concentram especialmente nas organizações mais conhecidas de assistência social e em instituições de ensino. Embora esses vínculos sejam indiscutivelmente importantes para um trabalho mais integral, outras possibilidades e recursos do território são ainda muito pouco explorados.

A presença de profissionais de saúde mental nas unidades pesquisadas mostrou-se um elemento importante e diferencial na qualificação do cuidado e na abrangência das ações de natureza psicossocial. As unidades que contavam com esses profissionais reconheceram uma maior variedade de queixas e experiências como associadas a problemas de sofrimento mental (e não apenas sintomas psiquiátricos), utilizaram mais atividades de grupo para identificação dos problemas, estabeleceram mais articulações com equipamentos diversos do território e indicaram menor número de procedimentos de simples trocas de receitas. Tais elementos mostram o potencial da presença desses profissionais na AB, ainda que apenas

sua existência não garanta um cuidado de natureza psicossocial e mais abrangente.

As unidades do município de São Paulo se mostraram bastante potentes na identificação, na organização do cuidado, no manejo psicossocial dos problemas e na articulação com recursos da rede e do território, o que provavelmente se deve a estruturas mais robustas e complexas das unidades, tanto em espaço físico e em gestão como em recursos humanos. O investimento em saúde mental por parte de gestões anteriores da Prefeitura Municipal de São Paulo pode também ser um dos fatores que contribuíram para o desenvolvimento da área. Por sua vez, as unidades dos municípios menores (abaixo de 25 mil hab.) se destacaram também pela presença de profissionais de saúde mental e no uso de visitas de ACS para a identificação dos problemas, o que mostra a busca de alternativas próprias na ausência de equipamentos substitutivos e de uma rede estruturada.

Finalmente, vale a pena sublinhar a relevância da gestão municipal na formação permanente, no estabelecimento de espaços formalizados de interlocução entre as unidades da rede, no deliberado posicionamento diante de um trabalho territorializado e psicossocial, no apoio à articulação intersetorial no nível da macro e da micropolítica, no fortalecimento dos pontos de atenção da Raps, na gestão do processo de trabalho e no estabelecimento de diretrizes específicas para as linhas de cuidado em saúde mental⁵³.

Colaboradores

Pupo LR (0000-0003-0925-152X)* contribuiu para a elaboração do artigo com as seguintes atividades: concepção, análise e interpretação dos dados; redação e revisão do conteúdo intelectual; responsabilidade pela garantia de exatidão e integridade do trabalho; aprovação final da versão a ser publicada. Rosa TEC (0000-0001-9285-0472)* contribuiu para concepção, análise e interpretação dos dados; para

revisão crítica do conteúdo intelectual; para aprovação final da versão a ser publicada. Sala A (0000-0002-8941-8045)* contribuiu para concepção, análise e interpretação dos dados; para redação e revisão crítica do conteúdo intelectual. Feffermann M (0000-0001-8039-2152)* contribuiu para concepção, análise e interpretação dos dados; para revisão crítica do conteúdo intelectual; para aprovação final

da versão a ser publicada. Alves MCGP (0000-0003-4357-9473)* contribuiu para concepção, análise e interpretação dos dados e para revisão crítica do conteúdo intelectual. Morais MLS (0000-0001-8791-2392)* contribuiu para concepção, análise e interpretação dos dados; para redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual; para aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
2. Gama CAP, Onocko Campos R. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cad. Brasil. Saúde Mental*. 2009; 1(2):112-131.
3. Souza AC, Rivera FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 2010; 4(1):121-132.
4. Moline J, Lopes SMB. Saúde Mental na Atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc*. 2013; 22(4):1072-1083.
5. Angelini CR, Caccia-Bava MCG. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(36):1-9.
6. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 9 abr 2001. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
7. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece sobre modalidade as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Diário Oficial da União*. 19 Fev 2002. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
8. Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*. 1 Ago 2003. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção inte-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- gral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Out 2004 [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html#:~:text=Redefine%20e%20amplia%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o,SUS%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Dez 2011. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
 11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF: MS; 2007.
 12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2005. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 23 Maio 2006. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html#:~:text=1%C2%BA%20Definir%20que%20a%20Programa%C3%A7%C3%A3o,bem%20como%20efetuados%20os%20pactos.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. 24 Jan 2008. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
 15. World Health Organization; World Organization of Family Doctors Working Party on Mental Health. What is primary care mental health? Ment. Health Fam. Med. 2008; 5(1):9-13.
 16. World Health Organization; World Organization of Family Doctors. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Lisboa: WHO/WONCA; 2009.
 17. Aosani TR, Nunes KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. Rev. Psicol. Saúde. 2013; 5(2):71-80.
 18. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Interface Botucatu. 2015; 19(55):1121-1132.
 19. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: WHO, 2002.
 20. Campos OR, Gama CAP. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2013. (n. 34).
 22. Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saúde debate. 2008; 32(78/79/80): 27-37.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: MS; 2011.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011

25. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc.* 2017; 26(2):462-474.
26. Menezes ALA, Athie K, Favoreto CAO, et al. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface. Botucatu.* 2019 [acesso em 2019 dez 20]; 23: e170803. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100222&lng=en&nrm=iso.
27. Gerbaldo TZ, Arruda AT, Horta BL, et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. *Trab. Educ. Saúde.* 2018; 16(3):1.079-1.094.
28. Sivinski T, Schenkel J. Pesquisa-Intervenção em Saúde Mental: Balançando as Redes da Saúde. *Rev. Polis e Psique.* 2018; 8(1):52-71.
29. Paulon S, Protazio M, Tschiedel R. “Eu sei o que é saúde mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama. *Rev. Polis e Psique,* 2018; 8(1):6-32.
30. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(2):477-486.
31. Gryscek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(10):3255-3262.
32. Shraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Shraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. Saúde em Debate* 96. São Paulo: Hucitec. 2000. p. 29-47. (Série Didática).
33. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS/UERJ/ABRASCO; 2006, p. 117-130.
34. Silva AP, Nascimento EGC, Pessoa Jr JM et al. “Por trás da máscara da loucura”: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Fractal, Rev. Psicol.* 2019; 31(1):2-10.
35. Chaves SCS, Nobrega MPSS, Silva TS. Intervenções não farmacológicas ofertadas ao usuário com transtorno mental comum na atenção primária à saúde. *J. nurs. health.* 2019 [acesso em 2020 jan 15]; 9(3):e199302. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14472/10134>.
36. Freitas F, Amarante PDC. *Medicalização em Psiquiatria.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
37. Frances A. *Voltando ao normal. Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle.* Rio de Janeiro: Versal editores; 2017.
38. Zanella M, Luz HHV, Benetti IC, et al. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2016; (15):53-62.
39. Campos Junior A, Amarante PDC. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.* 2015; 23(4):425-435.
40. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Síntese de evidências para políticas de saúde: Estratégias para a redução de prescrições inadequadas de antidepressivos no município de Franco da Rocha.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
41. Campos, DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab. Educ. Saúde,* Rio de Janeiro. 2020 [acesso em 2020 jan 20]; 18(1):e0023167. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

- arttext&pid=S1981-77462020000100502&lng=pt&nrm=iso.
42. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
 43. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN); Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN) Universidade de Brasília (UnB). Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2012.
 44. Martins AKL, Souza AMA, Vieira NFC, et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. *Rev. Pesq. Cuid. Fundam.* Online. 2015 [acesso em 2020 set 20]; 7(1):1905-1914. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945015.pdf>.
 45. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. clín.* 2012; 39(6):194-197.
 46. Lucchese R, Sousa R, Bonfin SP, et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta paul. Enferm.* 2014; 27(3):200-207.
 47. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico.* 2011; 42(2):168-78.
 48. Moura RFS, Castro e Silva CR. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. *Psicol., Ciênc. Prof.* 2015; 35(1):199-210.
 49. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 2011; 22(1):85-92.
 50. Grigolo TM, Garcia Jr CAS, Peres GM, et al. O Projeto Terapêutico Singular na clínica da atenção psicossocial. *Cad. Brasil. Saúde Mental.* 2015; 7(15):53-73.
 51. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface.* 2016; 20(57):313-23.
 52. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, et al. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface Botucatu.* 2018; 22(66):801-12.
 53. Heck R, Bielemann VR, Ceolin T, et al. A importância da gestão na Rede de Saúde Mental. *Cien. Cuid. Saúde.* 2008 [acesso em 2019 dez 2]; 7(supl2). Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20961/pdf>.

Recebido em 28/02/2020

Aprovado em 17/07/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Projeto subsidiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Processo nº 2016/15186-0

Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e Caps: o que os dados secundários mostram?

Matrix support as a networking tool between primary health care and Psychosocial Care Center: a secondary data overview

Lídia Pereira da Silva Godoi¹, Lorryne Belotti¹, Érica Marvila Garcia¹, Tereza Etsuko da Costa Rosa², Oswaldo Yoshimi Tanaka¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E312

RESUMO O objetivo foi avaliar a correlação entre indicadores de estrutura – recursos físicos e trabalhadores – e de processo – produção do psicólogo e do psiquiatra – e a magnitude do apoio matricial realizado. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo-analítico, baseado em dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, abrangendo as Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo, no período de 2014 a 2018. À medida que a produção do psicólogo na atenção básica aumenta, a frequência do matriciamento aumenta. Isso pode ocorrer, pois o psicólogo, como profissional do campo, pode facilitar a articulação entre os serviços. Ao mesmo tempo, conforme a produção do psiquiatra da atenção básica aumenta, a frequência do matriciamento diminui. Uma possibilidade de explicação para tal contradição seria a não superação do modelo médico hegemônico. O município tem uma realidade complexa e heterogênea, diferentemente de todo o Brasil. As coordenadorias possuem grandes e importantes diferenças entre si, o que torna a pesquisa um desafio. No entanto, o matriciamento e as ações compartilhadas entre as unidades são metas importantes para a gestão municipal, o que destaca a necessidade da realização de pesquisas no campo.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Saúde mental. Integração de sistemas. Serviços de saúde.

ABSTRACT *The aim of the study was to assess the correlation between structural (physical resources and workers) and process (psychologist and psychiatrist procedures) indicators and the magnitude of the matrix support carried out. This is an ecological, descriptive-analytical study, based on secondary data from the Department of Informatics of the Unified Health System, covering the Regional Health Coordinators of São Paulo, from 2014 to 2018. Results show the bigger the amount of procedures conducted by psychologists in primary care, the higher the matrix support performed. A possible explanation is the fact that such professional can more easily articulate different types of service, given the expertise acquired by working in the field. On the other hand, the opposite happens between psychiatrist procedures and matrix support, which may indicate the hegemonic medical model is still in place and working as a barrier. São Paulo presents a very diverse and complex reality, which is different from other regions of the country and also results in important differences across health coordinators, making this research very challenging. Nevertheless, matrix support and shared actions among health units must be encouraged given its importance for the city management. Hence, more researches are needed in the field.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
lidiagodoi@usp.br

²Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Instituto de Saúde (IS) – São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS *Primary Health Care. Mental health. Systems integration. Health services.*



Introdução

A atenção primária à saúde ou atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o nível o mais complexo de todo o sistema por ser responsável pela integração e coordenação da atenção com os demais níveis de maior densidade tecnológica¹. Em razão de sua localização descentralizada e proximidade com a comunidade, esse nível de atenção apresenta maior capacidade de construir vínculo com os usuários. Nesse sentido, está mais apto a realizar diagnósticos e, conseqüentemente, intervir precocemente na população, quer seja em nível individual, quer no coletivo. No caso específico da saúde mental, a atenção básica ganha maior relevância, uma vez que pode identificar manifestações mais simples da doença e trabalhar para a prevenção de seu agravamento².

Devido a essas características, desde o início do século XXI, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos e pesquisadores da área recomendam a incorporação da atenção à saúde mental nos serviços de atenção básica³⁻¹⁰. No Brasil, em 2004, documento ministerial sobre a atenção à saúde mental destacou os serviços de atenção básica como parte estratégica para a garantia da integralidade do cuidado por sua localização tática territorial. Esse nível de atenção ganhou, então, ênfase e protagonismo no campo¹¹.

Tendo como fim a busca do princípio constitucional da integralidade, a partir de 2011, o Ministério da Saúde concentrou seus esforços na implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, entre as redes temáticas selecionadas, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) na área da saúde mental. Com a sua implantação, propõe-se ampliar, criar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento mental. Com isso, ratifica-se o papel da atenção básica, de ordenadora das ações de cuidado também na atenção à saúde mental¹². Em 2015, o Ministério da Saúde divulgou um caderno temático no qual, ancorado na Raps, deu diretrizes para a articulação em rede da atenção básica com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

No entanto, apesar das diretrizes e princípios de atuação propostos para a atenção básica, por um lado, esses serviços enfrentam diversos desafios em seu trabalho no campo da saúde mental, a saber: pouco desenvolvimento de ações nesse aspecto; formação deficiente dos profissionais e conseqüente dificuldade dos profissionais em reconhecer e cuidar do sofrimento psíquico, assim como a necessidade de apoio técnico específico nessa área; falta de articulação com serviços especializados; necessidade de uma escuta que promova vínculo e acolhimento, bem como atenção longitudinal e integral¹³⁻¹⁷.

Por outro lado, os Caps, por diversas razões, também encontram dificuldades na realização de seu trabalho de acordo com as diretrizes e princípios propostos para sua atuação. Entre as mais importantes para o funcionamento da Raps, podemos citar: a centralização do cuidado nesse serviço; a superlotação e a articulação precária com a atenção¹⁸⁻²³.

Nesse contexto de dificuldades no processo de trabalho para o andamento da Raps, tanto na atenção básica quanto nos Caps, introduz-se o apoio matricial ou matriciamento como uma ferramenta com a qual se pode propiciar a articulação entre eles. O apoio matricial é uma das propostas que podem potencializar o papel da atenção básica em intervenções efetivas e com maior qualidade na atenção à saúde mental e, portanto, auxiliar na integração da Raps, produzindo modificações na compreensão e atuação dos profissionais². A equipe do apoio, que é aquela especializada em saúde mental – no caso, os Caps –, implementaria processos de construção, compartilhada com a equipe de referência na atenção básica, de propostas de intervenção com corresponsabilização de ambos os serviços²⁵.

Diversos resultados de pesquisas brasileiras evidenciam a importância da Raps, da articulação dos pontos da rede, em especial, da atenção básica e dos Caps, para a realização da integralidade do cuidado e o conseqüente cumprimento das diretrizes da rede. Entretanto, também relatam as dificuldades da

implantação efetiva da Raps, com o importante desafio de superar a desarticulação²⁶⁻³³.

Diante da importância em compreender as dificuldades na implantação da Raps, da relevância do matriciamento como ferramenta para essa implantação e da escassez de estudos epidemiológicos utilizando dados agregados de indicadores sobre o tema, o objetivo deste estudo foi avaliar a influência de indicadores de estrutura (recursos físicos e trabalhadores) e de processo (produção de consultas dos profissionais de saúde mental nas unidades básicas de saúde) da Raps na magnitude de produção de matriciamento nos Caps.

Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo-analítico, baseado em dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)³⁴ e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), disponível no programa TabNet-DataSUS/SP³⁶, abrangendo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) de São Paulo, no período de 2014 a 2018.

Com a finalidade de facilitar a compreensão e auxiliar o entendimento das diferenças encontradas nos dados, apresentamos uma breve descrição do município. São Paulo possui uma população estimada de 11.811.516³⁷. A maioria da população é urbana, 99%, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,805 e o Índice de Gini é de 0,62³⁸. Em relação aos equipamentos de saúde, dispõe de: 167 unidades de saúde tradicional, 89 unidades de saúde mistas (Unidade Básica de Saúde Tradicional com Estratégia Saúde da Família) e 210 unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF). A cobertura de equipes de Atenção Básica (eAB) e ESF é de 60,9%. As eAB podem conter médico generalista, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra, sendo a presença do generalista ou clínico obrigatória. A ESF é composta por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou

especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde⁴⁰. O município possui: 87 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 25 ambulatorios de especialidades, 23 hospitais-dia, 39 unidades de urgência e emergência e 20 hospitais. Quanto aos Caps, São Paulo conta com 92, entre eles: 17 Caps Álcool e Drogas III (Caps AD III); 13 Caps AD II; 12 Caps Adulto III; 20 Caps Adulto II; 5 Caps Infantojuvenil III (Capsi III), 17 Capsi II e 8 Capsi³⁹.

Os dados utilizados no presente trabalho foram coletados por CRS, segundo divisão adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP), que corresponde a seis regiões paulistanas distintas – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste, e Sul – e utilizados para análise comparativa das correlações relativas aos indicadores escolhidos.

A SMSSP possui em sua estrutura organizacional seis CRS, que têm como atribuições responder pela execução das políticas municipais de saúde em seu território, planejar, gerenciar e responder pelas ações de assistência à saúde em prevenção, promoção, recuperação e vigilância em saúde, recursos humanos e financeiros. As coordenadorias têm como responsabilidade a promoção de ações integradas com as áreas centrais da SMSSP e demais CRS, constituir e/ou participar de instâncias de articulação, pactuação e decisão do Sistema Municipal de Saúde, em âmbito local, regional e municipal. Também é de competência das CRS o desenvolvimento continuado das ações de avaliação e controle do SUS, assim como a elaboração e a implantação dos instrumentos municipais de gestão do SUS em conjunto com as áreas centrais da SMSSP, a implantação de projetos prioritários de saúde definidos pelas áreas centrais da SMSSP e outros que atendam às necessidades da região. No âmbito territorial as coordenadorias têm o encargo de identificar, apoiar e divulgar projetos desenvolvidos pelas unidades de saúde, identificando e apoiando o desenvolvimento dos profissionais de saúde

por meio de ações de educação permanente em articulação com as diretrizes da SMSSP⁴⁰.

A seguir, uma breve caracterização das CRS, de acordo com informações do 'Boletim CEInfo' de 2019³⁷:

- CRS Centro: possui 457.726 habitantes, a cobertura por eAB e ESF é 45,2% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 36,1%;
- CRS Leste: possui 2.494.088 habitantes, a cobertura por eAB e ESF é 66,6% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 67,8%;
- CRS Norte: possui 2.302.248 habitantes, a cobertura por eAB e ESF é 60,9% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 57,2%;
- CRS Oeste: possui 1.072.347 habitantes, a cobertura por eAB e ESF é 41,0% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 41,4%;
- CRS Sudeste: possui 2.705.660 habitantes, a cobertura por eAB e ESF é 47,0% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 46,5%;
- CRS Sul: possui 2.779.447 habitantes, a

cobertura por eAB e ESF é 76,8% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 62,7%.

Os indicadores de processo, extraídos do SIA/SUS, selecionados para o estudo foram os procedimentos produzidos nos pontos de atenção da Raps, a saber: consulta de psicólogo da Unidade Básica de Saúde (UBS), consulta do psicólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), total de procedimentos realizados por psicólogos da UBS e do Nasf-AB, consulta de psiquiatra da UBS, atendimento domiciliar de psiquiatra da UBS e total de procedimentos do psiquiatra; além da produção de maior interesse deste estudo que foi a produção de procedimento de matriciamento de eAB realizado pelo Caps. Esses dados de produção foram extraídos das bases de dados como quantidades produzidas. As informações referentes aos estabelecimentos e aos trabalhadores foram coletadas utilizando-se o mês de julho de cada ano do estudo, conforme metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴². A descrição detalhada desses indicadores encontra-se no *quadro 1*, seguindo informações fornecidas pelo SIA/SUS e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS⁴³.

Quadro 1. Descrição dos procedimentos produzidos, indicadores de processo, nos pontos de atenção da Raps* e a sua utilização como indicador, em 2020

Indicadores de processo	Descrição	Utilização do indicador
Matriciamento de equipes da atenção básica	Apoio técnico, orientação ao cuidado em saúde mental, realizado pelas equipes especializadas dos Caps, às equipes de referência. Esse apoio se efetiva por meio do atendimento compartilhado, corresponsabilização e cogestão na realização do projeto terapêutico singular, ações intersetoriais no território e discussões de caso e de processos de trabalho. A realização de um matriciamento não significa que somente um caso foi matriciado, um matriciamento pode equivaler a um ou mais casos. Esse procedimento é registrado pelos Caps e não exige o registro de idade	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Consulta Psicólogo UBS	Atendimento clínico, de pessoas maiores de 18 anos, realizado por psicólogo clínico, do trabalho ou acupunturista. Esse procedimento é registrado pela UBS e o profissional que o realiza pertence à UBS	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS

Quadro 1. (cont.)

Indicadores de processo	Descrição	Utilização do indicador
Consulta Psicólogo Nasf	Atendimento clínico, de pessoas maiores de 18 anos, realizado por psicólogo clínico, hospitalar, do trabalho ou neuropsicólogo. Esse procedimento é registrado pela UBS, e o profissional que o realiza pertence ao Nasf-AB	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Total de procedimentos Psicólogo	Total de procedimentos realizados pelos psicólogos tanto da UBS quanto do Nasf-AB. Os procedimentos são registrados pela UBS e somente alguns exigem o registro da idade	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Consulta Psiquiatra	Atendimento clínico, de pessoas maiores de 18 anos, realizado por psiquiatra. Esse procedimento é registrado pela UBS, e o profissional que o realiza pertence à UBS	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Atendimento domiciliar Psiquiatra	Atendimento clínico domiciliar, de pessoas maiores de 18 anos, realizado por psiquiatra. Esse procedimento é registrado pela UBS, e o profissional que o realiza pertence à UBS	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Total de procedimentos Psiquiatra	Total de procedimentos realizados pelo psiquiatra da UBS. Os procedimentos são registrados pela UBS e somente alguns exigem o registro da idade	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS

* Rede de Atenção Psicossocial.

Os indicadores de estrutura da Raps, coletados do SCNES, do município de São Paulo selecionados foram os pontos de atenção Caps I, II, III, UBS e os profissionais de saúde mental psicólogo, psiquiatra e as Equipes de Saúde da Família (EqSF). Foram extraídas as frequências dos estabelecimentos e as quantidades de vínculos dos trabalhadores referentes ao período da pesquisa.

Foram incluídos os dados de todas as UBS e Caps Adulto I, II e III por CRS, com exceção do Caps Adulto Itapeva – Prof. Luís da Rocha Cerqueira –, pois é um serviço administrado por uma Organização Social de Saúde (OSS) em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, ou seja, não pertence à Raps do município. Apesar de atender também à população do município, a organização do serviço é distinta; o Caps Adulto Itapeva não pertence a nenhuma CRS, dessa forma, optou-se por retirá-lo.

Os dados foram analisados no *software* Stata versão 14.0. Para avaliar a normalidade dos indicadores, foi realizado o teste Kolmogorov–Smirnov. Como a variável de interesse apresentou distribuição normal, optou-se pelo teste

de correlação de Pearson, considerando um nível de significância de 5%, para avaliar a relação entre o matriciamento e os indicadores de estrutura e de processo. Os valores da correlação foram classificados como forte ou superior para 0,50, moderado para valores variando de 0,30 a 0,49 e fraco para valores entre 0,10 e 0,29⁴⁴.

Esses dados não possuem nenhuma identificação individual, são de domínio público, estão disponibilizados no portal da SMSSP e foram tabulados pelo TabNet. A pesquisa seria dispensada de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, ela foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com o parecer nº 3.648.026 no dia 17 de outubro de 2019.

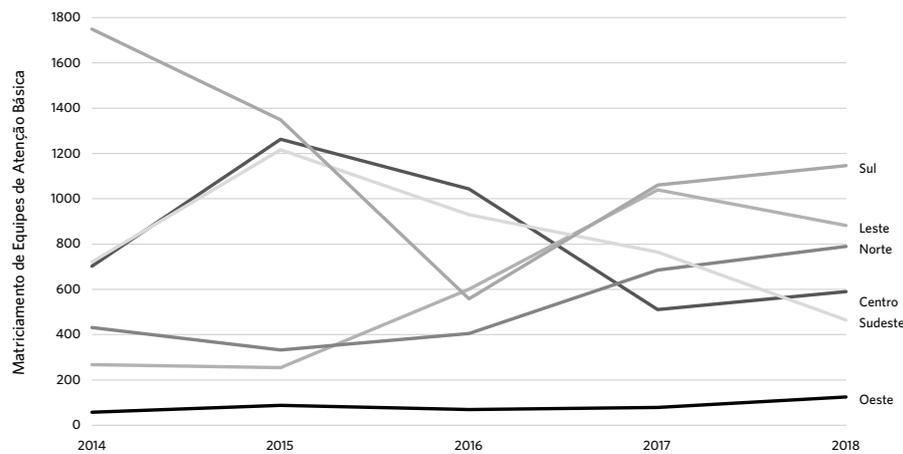
Resultados

No *gráfico 1*, estão apresentados os totais de produção do procedimento matriciamento de acordo com o ano e com as CRS do município de São Paulo, no período de 2014 a 2018. No

geral, observamos que os totais sofrem relativa variação ao longo do período analisado e de acordo com a região. A CRS Sul, que se destaca por sua magnitude de produção do procedimento, produziu, respectivamente, 1.749, 1.349, 558, 1.060 e 1.147 procedimentos nos anos 2014 a 2018. A CRS Leste, região comparável à anterior no tocante à população de abrangência, cobertura de atenção básica e de população usuária exclusiva do SUS, produziu, 267, 255, 601, 1.040 e 882

procedimentos, respectivamente, nos anos analisados. A região Oeste se manteve estável, porém com a quantidade de matriciamento bastante inferior às demais CRS. Chamou a atenção a alta produção do procedimento da CRS Centro, com a menor população de abrangência, menores índices de cobertura da atenção básica e de população usuária exclusiva, que manteve os níveis de produção inferiores apenas ao da CRS Sul em todos os anos do período estudado.

Gráfico 1. Total de matriciamentos de equipes de Atenção Básica, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo



CRS	2014	2015	2016	2017	2018
Centro	703	1263	1043	511	590
Leste	267	255	601	1040	882
Norte	432	332	405	685	789
Oeste	57	88	69	79	125
Sudeste	721	1217	930	764	465
Sul	1749	1349	558	1060	1147

Em relação às estimativas médias dos indicadores de estrutura, para o período de 2014 a 2018, apresentadas na *tabela 1*, observamos uma proporcionalidade das estruturas de acordo com a magnitude das respectivas populações de abrangência das CRS do município. No entanto, algumas diferenças são notáveis. Vamos considerar as regiões Sul e Leste, por serem relativamente

comparáveis por população de abrangência, cobertura da atenção básica e população usuária exclusivamente SUS. As estimativas médias são semelhantes no que se refere ao número de UBS, de Caps e de psicólogo, e se diferenciam expressivamente em relação ao número de psiquiatras e de EqSF, que, na região Leste, não chega à metade do número encontrado na Sul.

Tabela 1. Estimativas médias anuais dos indicadores de estrutura, para o período de 2014 a 2018, segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde e município de São Paulo

Indicadores de estrutura		UBS	Caps	Psicólogo	Psiquiatra	EqSF	
Coordenadorias Regionais de Saúde	Centro	n	8	1	22	10	25
		(%)	1,8	3,3	6,5	5,3	3,1
		Mín.-Máx.	8-8	1-1	20-27	9-12	23-27
	Leste	n	112	7	75	26	153
		(%)	24,9	23,3	22,3	13,8	19,2
		Mín.-Máx.	111-116	7-7	63-82	20-37	128-172
	Norte	n	89	5	74	41	143
		(%)	19,8	16,7	22	21,8	18
		Mín.-Máx.	88-92	5-6	68-81	36-45	138-148
	Oeste	n	27	4	39	21	41
		(%)	6	13,3	11,6	11,2	5,2
		Mín.-Máx.	26-29	4-4	32-43	18-24	32-49
	Sudeste	n	92	6	66	33	109
		(%)	20,4	20	19,6	17,6	13,7
		Mín.-Máx.	91-95	6-6	60-74	28-40	105-114
	Sul	n	122	7	61	57	324
		(%)	27,1	23,3	18,1	30,3	40,8
		Mín.-Máx.	120-126	7-8	55-69	49-64	301-357
São Paulo	n	450	30	337	188	795	
	(%)	100	100	100	100	100	
	Mín.-Máx.	444-468	30-31	306-357	164-212	751-835	

Em relação aos indicadores de processo, as estimativas médias para o período de 2014 a 2018 e as razões de procedimentos por número de profissionais presentes estão apresentadas na *tabela 2*. A produção de procedimentos, salvo exceções, era bastante concordante com os indicadores de estrutura de cada região. Ou seja, as razões de procedimentos indicam que, em média, a produção de procedimentos é coerente com o número de profissionais existentes nas CRS, com pequenas discrepâncias entre as regiões. Algumas diferenças relevantes valem ser destacadas. Uma delas é a região Centro

cujo total de procedimentos de psicólogo está bastante abaixo da média do município, chegando a pouco mais de um quarto do que os demais psicólogos produzem em outras regiões. Na mesma região, consulta de psiquiatra e total de procedimentos de psiquiatra estão ligeiramente abaixo em comparação com o município. Na CRS Sudeste, consultas de psiquiatras e total de procedimentos desses profissionais são cerca de metade do que foi observado nas outras regiões. Na CRS Sul, chamou a atenção o atendimento domiciliar do psiquiatra, que é aproximadamente o dobro da média municipal.

Tabela 2. Estimativas médias anuais dos indicadores de processo e a Razão de Procedimentos por Profissionais, para o período de 2014 a 2018, segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde e município de São Paulo

Indicadores de processo		Consulta Psicólogo (UBS)	Consulta Psicólogo (NASF)	Total de procedimentos Psicólogo	Consulta Psiquiatra	Atendimento domiciliar Psiquiatra	Total Procedimentos Psiquiatra	
Coordenadorias Regionais de Saúde	Centro	n	907	3.227	4.988	8.231	32	8.306
		razão proc. prof.	*	*	226,73	823,10	3,20	830,60
		Mín.-Máx.	63-1.911	2.297-4.360	3.306-7.023	7.671-9.020	6-70	7.715-9.064
	Leste	n	4.644	13.885	38.632	30.002	88	30.297
		razão proc. prof.	*	*	515,09	1153,923077	3,38	1165,27
		Mín.-Máx.	2.354-6.531	10.815-17.249	28.144-49.733	25.389-37.198	15-127	25.616-37.590
	Norte	n	1.762	25.699	38.060	51.606	54	51.757
		razão proc. prof.	*	*	514,32	1258,68	1,32	1262,37
		Mín.-Máx.	1.262-2.964	23.896-27.925	36.710-39.438	48.178-51.410	31-76	48.360-51.573
	Oeste	n	712	9.276	19.365	19.099	66	19.425
		razão proc. prof.	*	*	496,54	909,48	3,14	925,00
		Mín.-Máx.	258-1.075	7.529-11.322	17.996-21.398	16.778-23.074	16-136	17.077-23.564
	Sudeste	n	1.279	13.820	31.681	22.643	82	22.819
		razão proc. prof.	*	*	480,02	686,15	2,48	691,48
		Mín.-Máx.	671-2.345	9.966-17.761	25.232-36.233	9.249-34.666	11-177	9.532-34.751
	Sul	n	1.452	13.614	32.110	62.313	381	63.094
		razão proc. prof.	*	*	526,39	1093,21	6,68	1106,91
		Mín.-Máx.	632-2.664	9.986-18.371	26.291-38.358	55.948-68.986	232-625	56.548-70.113
São Paulo	n	10.756	79.521	164.836	193.894	703	195.698	
	razão proc. prof.	*	*	489,13	1031,35	3,74	1040,95	
	Mín.-Máx.	6.878-1.4989	69.307-88.963	144.506-187.736	189.287-199.436	457-1.052	191.810-200.889	

* A razão não foi calculada por não ser possível identificar, separadamente, o número de psicólogos inseridos nas UBS e nas equipes Nasf.

Os resultados da análise de correlação estão apresentados na *tabela 3*, chamando a atenção que a CRS Leste se sobressai em relação às demais por apresentar uma forte e significativa correlação positiva entre a realização do matriciamento e o número de psicólogos presente nas UBS ($r=0,889$ $p=0,043$) e diversas produções de procedimentos relacionados com esse profissional, a saber, consultas na UBS ($r=0,916$ $p=0,029$) e consulta no Nasf-AB ($r=0,922$ $p=0,026$), e total de procedimentos realizados na UBS e no Nasf-AB ($r=0,986$ $p=0,002$). Cabe assinalar que alguns indicadores relacionados com a produção de procedimentos de psiquiatras apresentaram, também, uma correlação positiva forte, apesar de não terem alcançado significância estatística, quais

sejam, consulta ($r=0,692$ $p=0,195$) e total de procedimentos ($r=0,691$ $p=0,197$).

Ainda nas análises de correlação, os resultados, que envolvem o profissional médico psiquiatra de algumas regiões se destacaram pela forte correlação negativa apresentada, embora com valor de p próximo da significância estatística estabelecida ou sem significância estatística. Na região Centro, o matriciamento apresentou uma correlação negativa forte com consulta do psiquiatra ($r=-0,820$ $p=0,089$) e com total de procedimentos do psiquiatra ($r=-0,842$ $p=0,073$). A CRS Sul teve correlações negativas e fortes para os seguintes indicadores: consulta do psiquiatra ($r=-0,588$ $p=0,297$) e total de procedimentos do psiquiatra ($r=-0,568$ $p=0,318$) (*tabela 3*).

Tabela 3. Correlação entre o matriciamento de equipes da Atenção Básica e indicadores de processo, para o período de 2014 a 2018, nas Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo

Variáveis		Consulta Psicólogo (UBS)	Consulta Psicólogo (NASF)	Total de procedimentos Psicólogo	Consulta Psiquiatra	Atendimento domiciliar Psiquiatra	Total Procedimentos Psiquiatra	
Coordenadorias Regionais de Saúde	Centro	r	-0,231	0,017	-0,327	-0,82	0,677	-0,842
		p-valor	0,709	0,978	0,591	0,089	0,209	0,073
	Leste	r	0,916	0,922	0,986	0,692	0,144	0,691
		p-valor	0,029	0,026	0,002	0,195	0,818	0,197
	Norte	r	0,796	-0,016	0,171	-0,56	0,666	-0,56
		p-valor	0,107	0,979	0,783	0,327	0,22	0,326
	Oeste	r	0,293	0,593	-0,184	-0,256	0,156	0,326
		p-valor	0,633	0,291	0,767	0,678	0,802	0,695
	Sudeste	r	-0,168	-0,091	-0,111	0,65	-0,642	0,648
		p-valor	0,787	0,885	0,859	0,235	0,243	0,237
	Sul	r	0,397	-0,397	-0,34	-0,588	-0,096	-0,568
		p-valor	0,508	0,508	0,575	0,297	0,878	0,318

Discussão

A atenção básica possui um papel fundamental na garantia da integralidade do cuidado em saúde mental e tem os Caps como o mais importante serviço especializado no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico grave. Compreender como se dá a articulação entre esses dois níveis de atenção, analisando indicadores que, supostamente, podem influenciar positiva ou negativamente essa articulação pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações de mudanças nos processos de trabalho que contribuam para a implementação da Raps. Discutimos, neste estudo, os indicadores de estrutura e de processo no contexto da Raps e as suas inter-relações, partindo do suposto que a produção de matriciamento de eAB é influenciada pela composição e pelo perfil dos profissionais de saúde presentes nas unidades de atenção básica.

Antes de passarmos para a discussão do principal objeto deste estudo, vale destacar algumas peculiaridades do município de São Paulo, que formam o contexto de nossas

interpretações. Inicialmente, tentamos compreender e interpretar alguns resultados da produção de apoio matricial que se destacaram na grande variabilidade e heterogeneidade observadas nas regiões. Alguns resultados, aparentemente, não têm relação com a presença de profissionais em saúde mental ou com os respectivos indicadores de produção de procedimentos. De um lado, a CRS Centro, a menor região em todos os aspectos comparada com as outras, apresentou uma elevada produção de matriciamento, comparável àquelas de muito maior estrutura. Para levantarmos uma hipótese explicativa para a elevada produção de matriciamento na região Centro, é preciso considerar a alta concentração de pessoas em situação de rua nessa área⁴⁵ e o processo de adoecimento dessa população relacionada com o consumo de substâncias psicoativas⁴⁶. Esse parece ser o contexto que favorece as altas demandas de ações em saúde mental das equipes de Consultórios na/de Rua, que, por sua vez, devem requisitar os procedimentos de matriciamento ao único Caps da região. Estudos em profundidade são

necessários para conhecer melhor essa realidade; entretanto, podemos arriscar a apontar que, na CRS Centro, existem, de um lado, um perfil epidemiológico específico que demanda ações em saúde mental, de outro, uma boa articulação das eAB com o Caps que utilizam o modelo do matriciamento de cuidado em saúde mental, o que imprime dinamicidade à Raps e concretude para o novo modelo de saúde mental que se quer efetivar.

Em contrapartida, a CRS Oeste, pouco menor no que tange aos indicadores de estrutura, não alcançou, em nenhum momento do período estudado, um décimo da produção de matriciamento da Coordenadoria Centro, mesmo que a produção média de consultas e de outros procedimentos dos profissionais de saúde mental seja comparável às das outras regiões. Essa baixa magnitude de produção de apoio matricial parece não ter uma explicação factível que possa ser sustentada com os resultados dos indicadores de estrutura e de processo. Aqui, se o sub-registro dos dados, ou seja, a falta do preenchimento adequado da informação não for a explicação, a outra interpretação possível seria o modelo de atenção à saúde mental adotado por essa coordenadoria, que não promove a utilização do modelo do apoio matricial como forma de cuidado de saúde mental na atenção básica.

No que concerne aos indicadores de estrutura, chama a atenção o número de psiquiatras e de psicólogos inseridos nas unidades de atenção básica no município. A inserção de profissionais de saúde mental em serviços de atenção básica, embora não seja incomum, não é uma prática amplamente disseminada no País. As políticas públicas de saúde brasileiras, pelo menos desde a criação do SUS, não definiram a presença desse tipo de profissionais na atenção básica⁴⁷. Ao contrário, no município de São Paulo, percebemos que tanto psicólogos quanto psiquiatras estão inseridos e em número expressivo nas UBS.

Essa configuração parece ter uma explicação histórica relacionada com um programa de saúde mental desenvolvido pelo governo

do estado de São Paulo. Na década de 1970, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo formulou um subprograma de saúde mental com o intuito de reduzir os riscos de morbidade psiquiátrica e de elevar os níveis de saúde mental no estado. Para isso, foram implementadas equipes mínimas de saúde mental em praticamente todos os Centros de Saúde – os atuais serviços de atenção básica – do município de São Paulo. As equipes mínimas tinham uma composição multiprofissional, com profissionais como: terapeuta ocupacional, psicólogo, auxiliares de enfermagem, médico sanitarista, médico psiquiatra, assistente social e técnicos de enfermagem. A inserção da saúde mental na atenção básica no município de São Paulo remonta a essa época⁴.

As análises essenciais desta investigação, que testou a relação entre a produção de procedimentos de profissionais de saúde mental presentes na atenção básica e a produção de matriciamento de eAB, confirmaram plenamente a hipótese, entretanto, somente na coordenadoria Leste. Nesta, observamos que, entre 2014 e 2018, quanto maior a produção de procedimentos do psicólogo, maior a produção do matriciamento das equipes do Caps. Alguns autores têm defendido a ideia de que o psicólogo tem a interdisciplinaridade e a integralidade como eixos norteadores de sua prática⁴⁷⁻⁴⁹, o que seria favorável à incorporação do modelo do apoio matricial e que corrobora os nossos achados.

No entanto, ao analisarmos as demais regiões estudadas, percebemos as contradições entre elas: algumas apresentaram correlações fortes, ora positivas, ora negativas, que ressaltam as diferenças entre elas e nos obrigam a levantar outras hipóteses explicativas.

Por exemplo, em relação às consultas e ao total de procedimentos realizados pelo psiquiatra na atenção básica, é notável que, na maioria das coordenadorias, as correlações foram fortes, mas negativas; ou seja, nas regiões Centro, Norte e Sul, a relação é inversa à esperada: à medida que a produção do psiquiatra na UBS aumentou, a frequência do matriciamento diminuiu. Isso configura que

a atuação do psiquiatra pode estar interferindo negativamente na produção do apoio matricial, modelo que busca desenvolver um trabalho baseado no diálogo e na integração entre profissionais da atenção básica e os dos serviços de atenção especializada. É possível que os médicos psiquiatras da atenção básica tenham uma atuação característica de um especialista, não demandando cuidados de equipe interprofissional para a condução dos casos de saúde mental. Podemos dizer que essa atuação é contraditória com o processo de mudança de um modelo centrado na doença e no sintoma para aquele centrado na pessoa e na saúde integral, como o preconizado no modelo do apoio matricial e da Reforma Psiquiátrica. Em concordância com os nossos achados, a literatura reporta resistência e dificuldade do psiquiatra no desenvolvimento do apoio matricial, o que acaba, por um lado, desresponsabilizando outros profissionais de uma abordagem e intervenção em equipe multi/interprofissional nos casos de saúde mental e, por outro, ratificando a supervalorização do especialista médico^{50,51}.

Böing e Crepaldi⁴⁷, tomando os anos de 2007 e 2008, analisam a inclusão de psicólogo em diferentes níveis de atenção para a caracterização de modelos assistenciais em saúde mental. As autoras constatarem uma dicotomia nas políticas públicas entre saúde e saúde mental, em que o Caps, representando a saúde mental, apresenta um funcionamento particular, paralelo e à parte do sistema de saúde. Devemos salientar que o período analisado é anterior à instituição da Raps, que passa a dar ênfase à centralidade do cuidado na atenção básica. No entanto, não é difícil de imaginar que mudanças radicais de modelo de atenção à saúde mental necessitem de mais do que a simples implantação de um conjunto de serviços, que passa a ser denominado Raps, e a inserção de profissionais em saúde mental na atenção básica para se efetivar.

Muitos outros fatores devem concorrer para a configuração amplamente heterogênea entre as regiões no município de São Paulo no que

diz respeito à produção de matriciamentos. De modo geral, o apoio matricial e as ações compartilhadas entre atenção básica e saúde mental especializada são metas presentes no Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021 e no Plano Anual de Saúde de 2019^{52,53}. Em vista disso, o município estabeleceu metas a serem cumpridas, para que o matriciamento e as ações compartilhadas entre atenção básica e saúde mental atinjam níveis satisfatórios, ou seja, que a articulação efetivamente se realize. Isso dá indicações de que a gestão municipal reconhece a necessidade e a importância da articulação entre a atenção básica e a atenção especializada em saúde mental para a realização do cuidado integral em saúde.

Apesar desse panorama favorável à produção de procedimentos de apoio matricial, a dinâmica de funcionamento dos serviços em cada CRS depende de pactuações realizadas entre os gestores e os diversos níveis de coordenação envolvidos, tanto na região quanto no município. As diferenças na administração dos serviços também imprimem diferenciações entre as CRS. A gestão dos estabelecimentos de saúde pode ser de responsabilidade da secretaria municipal ou estadual, ou ainda, das OSS. Portanto, a gerência dos serviços pode ser pública, de entidades sem fins lucrativos ou de entidades privadas. Vale lembrar que, em 2017⁴¹, o município possuía 23 contratos de gestão com 9 diferentes organizações sociais, com as quais cada CRS pode estabelecer acordos técnicos e políticos em que, por exemplo, uma região poderá contratar mais psicólogos ou realizar programas de incentivo ao matriciamento, em detrimento de outras programações. Essas são algumas pistas que levantamos para ampliarmos a nossa compreensão sobre o contexto do município de São Paulo quanto à atenção à saúde mental.

Não obstante, temos que qualificar a discussão acima colocando em foco a principal limitação deste estudo que se refere à utilização de dados secundários, atinentes à saúde mental, advindos de um sistema de informações que ainda possui algumas restrições na qualidade

e na cobertura dos dados. Para garantir a acurácia desses registros, selecionamos o período a partir de 2014, um ano após os serviços passarem a registrar o procedimento de matriciamento, tempo que consideramos suficiente para que os dados estivessem registrados de forma correta e fidedigna. Além disso, tradicionalmente, o sistema de informação em saúde paulistano é reconhecidamente qualificado e confiável, o que nos dá possibilidades de abrir interpretações para outras localidades com características comparáveis ao município de São Paulo.

Apesar das restrições em relação a informações oriundas de dados secundários e de não haver estudos comparáveis, a qualidade deste trabalho e a sua principal contribuição residem no fato de possibilitar um debate em âmbito municipal sobre o apoio matricial e as articulações entre atenção básica e Caps. As pesquisas sobre o apoio matricial em saúde mental são, predominantemente, qualitativas, envolvendo número bastante restrito de serviços e de profissionais de saúde mental.

No momento em que se propõe a realização de um estudo com essas características no campo da saúde mental, inúmeros desafios surgem, uma vez que essa área não possui uma tradição em pesquisas quantitativas, como, por exemplo, na área da saúde materno-infantil. Há, também, a divergência de consensos entre os atores sociais envolvidos e a subjetividade dos usuários e dos trabalhadores. Entretanto,

as dificuldades não tornam a pesquisa menos necessária e importante, porque este tipo de investigação traz inúmeros benefícios, entre eles, o monitoramento de ações. As pesquisas deste tipo têm a possibilidade de reconhecer atributos dos serviços que possam gerar resultados positivos na subjetividade dos indivíduos e na produção de saúde mental⁵⁴.

Colaboradores

Godoi LPS (0000-0002-0213-1616)* contribuiu para a concepção, o planejamento e o delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho; coleta dos dados; redação, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Belotti L (0000-0001-6111-8908)* e Garcia EM (0000-0001-9477-2383)* contribuíram igualmente para análise e interpretação dos dados do trabalho; redação, elaboração de versões preliminares do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Rosa TEC (0000-0001-9285-0472)* e Tanaka OY (0000-0002-5653-0794)* contribuíram igualmente para a concepção, o planejamento e o delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados do trabalho; redação, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).
3. Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber BL, coordenadora. Programação em saúde de hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65-116. (V. 30).
4. Pereira LMF, Giordano Júnior S. Saúde Mental. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, coordenadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 133-150. (V. 96).
5. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo [internet]. Lisboa: Climepsi; 2002. [acesso em 2019 nov 13]. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
6. Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, et al. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev Eletrônica de Enfermagem [internet]. 2005 [acesso em 2019 nov 10]; 7(1):113-111. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/847>.
7. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental [internet]. 2005 [acesso em 2019 nov 11]; 3(5):23-41. Disponível em: http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003.
8. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Family context and child mental health problems in the Family Health Program. Rev de Saúde Pública [internet]. 2007 [acesso em 2019 nov 12]; 41(2):251-259. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006005000017&script=sci_arttext&tlng=en.
9. Lancman S, Pereira LMF. Introdução. In: Lancman S, coordenadora. Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental. Brasília, DF: Paralelo 15; 2008. p. 9-29.
10. Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on mental health [internet]. Washington, DC: PAHO; 2009 [acesso em 2019 nov 14]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33930/CD49-11-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2019 nov 19]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial União. 30 Dez 2011. [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
13. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2009 [acesso em 2019 nov 20]; 14(2):477-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016.
14. Frateschi MS, Cardoso CL. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Physis [internet]. 2014 [acesso em 2019 nov 21]; 24(2):545-565. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200545&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
15. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial

- de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 22]; 22(6):1933-1942. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601933&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
16. Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lourenço MSG. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cad. Brasileiro de Terapia Ocupacional* [internet]. 2018 [acesso em 2019 nov 22]; 26(4):904-914. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400904&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 17. Rocha HA, Santos AF, Reis IA, et al. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 nov 23]; 52(17):1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100210&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 18. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão* [internet]. 2008 [acesso em 2019 nov 30]; 28(3):632-645. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 19. Moura RFS, Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicol., Ciênc. Prof.* [internet]. 2015 [acesso em 2019 dez 2]; 35(1):199-210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100199&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 20. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 03]; 21(61):373-384. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 21. Silva SN, Lima MG. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [internet]. 2017 jan-mar [acesso em 2019 dez 4]; 26(1):149-160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100149&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 22. Constantinidis TC, Cid MFB, Santana LM, et al. Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS. *Trends in Psychology* [internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 5]; 26(2):911-926. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000200911&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 23. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 5]; 42(113):1-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e113/>.
 24. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface* [internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 6]; 22(66):801-812. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300801&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 25. Brasil. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2019 dez 7]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf.
 26. Scheffer G, Silva LG. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serviço Social e Sociedade* [internet]. 2014 [acesso em 2019 dez 7]; 118(1):366-393. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 27. Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do

- PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [internet]. 2015 [acesso em 2019 dez 7]; 19(1):995-1003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500995&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
28. Nunes CK, Kantorski LP, Coimbra VCC. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. Rev. Gaúcha de Enferm. [internet]. 2016 [acesso em 2019 dez 7]; 37(3):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300403&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 29. Salvador DB, Pio DAM. Apoio matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. Saúde debate [internet]. 2016 [acesso em 2019 dez 10]; 40(111):246-256. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400246&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 30. Carvalho MFAA, Coelho EAC, Oliveira JF, et al. Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 12]; 51:1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100479&script=sci_arttext&tlng=pt.
 31. Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, et al. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. Texto contexto [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 11]; 26(3):1-10. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300309&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
 32. Leite LS, Rocha KB, Santos, LM. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. Trabalho, Educação e Saúde [internet]. 2017 [acesso em 2019 dez 12]; 16(1):183-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100183&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 33. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 13]; 23(1):141-152. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100141&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 34. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde [internet]. Rio de Janeiro: DATASUS [acesso em 2019 dez 14]. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>.
 35. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos [internet]. Brasília, DF: DATASUS [acesso em 2019 dez 15]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
 36. TabNet [internet]. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: DATASUS [acesso em 2019 dez 16]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=6522>.
 37. CEInfo. Boletim CEInfo – Saúde em Dados: Município de São Paulo – 2019 [internet]. São Paulo; 2019 [acesso em 2019 dez 17]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=258529.
 38. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [internet]. Brasília, DF; 2019 [acesso em 2019 dez 18]. Disponível em: <https://www.br.undp.org/>.
 39. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo [internet]. São Paulo; 2019 [acesso em 2019 dez 19]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>.
 40. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf.
 41. São Paulo (Município). Decreto nº 57.857, de 05 de setembro de 2017. Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que

- específica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão. Diário Oficial do Município de São Paulo. 6 Set 2017; Seção:1.1.
42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Brasília, DF: IBGE [acesso em 2019 dez 21]. Disponível em: <https://ibge.gov.br/>.
 43. Datasus. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [internet]. Brasília, DF: DATASUS [acesso em 2019 dez 22]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
 44. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 45. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo: resultados – São Paulo; 2015. [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf.
 46. Rosa AS, Santana CLA. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 22]; 71(1):465-466. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700465&script=sci_arttext&tlng=pt.
 47. Böing E, Crepaldi MA. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. Psicol. cienc. prof. [internet]. 2010 [acesso em 2019 dez 23]; 30(3):634-649. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 48. Pegoraro RF, Cassimiro TJJ, Leão NC. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. Psicol. estud. [internet]. 2014 [acesso em 2020 jan 3]; 19(4):621-631. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000400621&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 49. Iglesias A, Avellar LZ. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. Psicol. cienc. prof. [internet]. 2016 [acesso em 2020 jan 4]; 36(2):364-379. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200364&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 50. Vannucchi AMC, Carneiro JN. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. Physis [internet]. 2012 [acesso em 2020 jan 2]; 22(3):963-982. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 51. Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
 52. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021 [internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2017 [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2018_2021.pdf.
 53. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Anual de Saúde de 2019 [internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2018 [acesso em 2020 jan 6]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/programacao_anual_2019.pdf.
 54. Furtado PJ, Onocko-Campos TR, Trapé LT, et al. Construção de Indicadores para a Avaliação de Caps. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, coordenadores. Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 37-52.

Recebido em 26/02/2020

Aprovado em 13/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Narrativas de familiares de autistas de Capsi da região metropolitana do Rio de Janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado

Narratives of family members of Capsi's autistic patients from the metropolitan region of Rio de Janeiro: participation, protagonism and barriers to care

Rossano Cabral Lima¹, Maria Cristina Ventura Couto², Bárbara Costa Andrada², Pedro Henrique Corrêa¹, Alda Carla Alves Cardozo¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E313

RESUMO A atenção psicossocial aos familiares dos usuários dos serviços substitutivos é um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. O presente trabalho é fruto de pesquisa avaliativa qualitativa, envolvendo a realização de grupos focais com familiares de crianças e adolescentes autistas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. O artigo analisou duas categorias extraídas das narrativas dos familiares: o protagonismo e a participação no cuidado oferecido pelo Capsi, e as barreiras no acesso e na continuidade do cuidado. Vários familiares relatam participação em distintas formas de ativismo e na luta por direitos, mas apontam a necessidade de ampliar o envolvimento no cuidado psicossocial dos filhos. Relatam experiências positivas nos Capsi, mas se queixam de dificuldades relacionadas com o acesso, envolvendo transporte, os horários de funcionamento do serviço, a frequência dos atendimentos e a falta de manutenção e a precariedade do espaço físico. Uma maior aproximação dos Capsi com os familiares – por meio da valorização de suas falas, do acolhimento ao seu sofrimento e do estímulo e respeito a sua auto-organização – pode ser estratégica para a preservação e a consolidação das conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira e para a superação de obstáculos no cumprimento do mandato psicossocial desses serviços

PALAVRAS-CHAVE Transtorno autístico. Cuidadores. Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT *Psychosocial care for parents of substitute services' patients is one of the main challenges of the Brazilian Psychiatric Reform. The present work is the result of qualitative evaluative research, involving focus groups with family members of autistic children and adolescents treated at Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (Capsi) in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro. The article analyzes two categories from the narratives provided by family members: their protagonism and participation in the context of Capsi, and the barriers in access and continuity of care. Several family members report participation in different forms of activism and in the fight for social rights, but point out the need to expand their involvement in the child's psychosocial treatment. They report positive experiences at the Capsi, but complain about difficulties involving transportation, services opening hours, frequency of therapies, and the precariousness of the physical space. A closer relationship between the Capsi and family members - through the valuing of their speeches, the care of their suffering and the encouragement and respect for their self-organization initiatives - can be strategic for the preservation and consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform achievements and for overcoming obstacles in fulfilling the psychosocial mandate of those services.*

KEYWORDS *Autistic disorder. Caregivers. Mental health centers.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rossanolima1@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Dentre os desafios enfrentados no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, destaca-se o da relação com os familiares dos usuários dos serviços comunitários de saúde mental. Do ponto de vista político, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por embates entre o movimento da luta antimanicomial e a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), defensora do modelo hospitalocêntrico. Entretanto, as primeiras associações de familiares de autistas, surgidas nos anos 1980, não tiveram maior influência naqueles debates e disputas. Já os anos 2000 testemunharam o fortalecimento do ativismo de grupos de familiares de autistas, inicialmente com pouca interação com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), e posteriormente com posições antagônicas a essa^{1,2}.

Do ponto de vista dos equipamentos da Raps, estudos mais recentes envolvendo familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) têm reconhecido a sobrecarga objetiva e subjetiva³ experienciada por eles e apontado para a necessidade de estratégias que visem melhorar sua qualidade de vida, por meio de grupos de ajuda mútua e educação em saúde, entre outros^{4,5}. A corresponsabilização dos familiares pelo cuidado dos usuários demanda maior suporte a eles por parte dos serviços comunitários⁶, cujas equipes devem estar mais próximas das famílias para compreender suas histórias, dilemas, conquistas e biografias, colaborando para que estas enfrentem de modo menos sofrido as adversidades impostas ao seu cotidiano⁷.

Pesquisas envolvendo familiares de crianças e adolescentes tratados nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) são mais escassas, especialmente as que têm como foco familiares de usuários autistas⁸. Estudo epidemiológico de caráter avaliativo envolvendo familiares em Capsi da cidade do Rio de Janeiro revelou satisfação com o serviço oferecido, havendo queixas em relação à falta de atendimento individual e à infraestrutura. Nesse mesmo estudo, entre as diversas

condições atendidas no Capsi, o diagnóstico de autismo foi o único relacionado à satisfação dos familiares com o serviço de modo global⁹.

Com finalidade de contribuir para a ampliação de estudos sobre familiares de autistas, em artigo anterior¹⁰ abordamos duas categorias de análise a partir de narrativas recolhidas de Grupos Focais (GF) realizados com familiares de Capsi: a 'percepção dos familiares sobre o autismo' e 'experiências de sobrecarga na vida cotidiana'. Foram analisados os modos peculiares dos familiares descreverem e compreenderem o autismo, a apropriação particular que fazem do discurso dos profissionais e a construção de uma expertise leiga na vida com os filhos.

Do conjunto de narrativas oriundas dos GF, outras duas categorias se destacaram e serão objeto do presente estudo. A primeira diz respeito ao envolvimento dos familiares no cuidado oferecido pelo Capsi, seja no sentido de seu protagonismo, ativismo e mobilização por direitos, seja no sentido de sua inclusão ativa no Projeto Terapêutico Singular (PTS). A outra, está relacionada com as dificuldades no acesso e na continuidade do cuidado, que comprometem a vida cotidiana e incidem no aumento da sobrecarga.

No Brasil, a luta dos familiares por 'direito ao tratamento' se deu em dois tempos. O primeiro abrange a criação da Associação de Amigos do Autista de São Paulo (AMA), em 1983, e a fundação da Associação Brasileira de Autismo (Abra), em 1988. Essas associações surgiram com os objetivos principais de conscientização sobre o transtorno, troca de experiências e treinamento de profissionais e pais, e com demandas por políticas públicas que se limitavam às áreas da deficiência, assistência social e educação^{11,12}. Na virada da década de 1990 para os anos 2000, iniciou-se um segundo momento do ativismo de familiares, agora também engajados na proposição de legislação e de locais de tratamento específicos para autistas¹³. Esses movimentos estão diretamente relacionados com a crítica ao atendimento de autistas em Caps e Capsi, tendo importante protagonismo do estado do Rio de Janeiro¹⁴⁻¹⁷, e grande visibilidade e influência na definição

da pauta política em nível municipal, estadual e federal. Apenas recentemente começaram a surgir associações que defendem a atuação da Raps no cuidado aos autistas, sem desmerecer os serviços especializados¹⁸.

Ao lado da temática da mobilização e ativismo, há a questão do lugar dos familiares no tratamento do filho autista. Uma abordagem ampliada da relação de cuidado, que vise ‘cuidar de quem cuida’¹⁹, além de valorizar as expertises específicas e empíricas desses familiares na tradução do autismo de seus filhos em contexto²⁰, pode se configurar um potente recurso para o avanço e aprimoramento das políticas públicas de saúde mental. Iniciativas inovadoras – como as experiências de *recovery* e empoderamento^{21,22} – que ampliam o protagonismo de usuários e familiares em ações de cuidado, pesquisa e de sustentação de políticas públicas em saúde mental ainda não constam na agenda de saúde mental de crianças e adolescentes. Apesar da recomendação de inclusão dos familiares de usuários dos Caps no projeto terapêutico^{4,23}, o que é ainda mais pertinente no caso de crianças e adolescentes, há evidências de que o cuidado aos familiares em muitos Capsi está aquém do que eles próprios julgam como ideal, frequentemente ocorrendo de forma episódica e não sistemática^{24,25}. Apesar disso, os responsáveis tendem a reconhecer o suporte proporcionado pelo serviço, destacando os espaços grupais como os mais relevantes para suporte mútuo, compartilhamento de experiências, troca de informações, e, conseqüentemente, alívio de sofrimento²⁶⁻²⁸.

A segunda categoria que será abordada neste estudo diz respeito às dificuldades encontradas no acesso e na continuidade dos cuidados no Capsi, que são diretamente relacionadas com a experiência de sobrecarga, abordada no artigo anterior¹⁰. O acolhimento inicial por parte da equipe pode servir como contrapeso às dificuldades encontradas para a chegada ao serviço ou na sustentação do tratamento em médio e longo prazo²⁹. Familiares de Caps – em sintonia com pesquisas avaliativas desses serviços³⁰ – têm apontado avanços, mas também problemas em relação

a infraestrutura, recursos financeiros e número de profissionais³¹.

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo examinar, inicialmente, como os familiares vêm se mobilizando e como avaliam sua inserção no projeto terapêutico dos filhos, dado que este implica necessariamente o apoio aos responsáveis. Logo em seguida, o artigo investiga os obstáculos encontrados pelos familiares no acesso ao serviço e na continuidade do cuidado psicossocial.

Material e métodos

Este artigo resulta de pesquisa maior, qualitativa, de caráter avaliativo, envolvendo profissionais e familiares de 14 Capsi da Região Metropolitana do Rio de Janeiro^{32,33}. Em relação aos familiares, foram realizados 3 GF, organizados por região, cada um agrupando familiares dos Capsi da capital (Rio de Janeiro), da Região Metropolitana I (Baixada Fluminense) e da Região Metropolitana II (Niterói, São Gonçalo e Itaboraí). No total, participaram 29 familiares, sendo 24 do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

Os participantes foram selecionados por amostragem intencional; cada Capsi indicou entre 2 e 4 familiares de crianças e adolescentes autistas em tratamento por pelo menos 6 meses. Os GF foram realizados em local de fácil acesso, com duração média de 1h30, e cerca de 7 a 12 familiares participantes. Os áudios foram gravados e transcritos. Cada familiar será designado pela letra F, seguida de um número, de acordo com a ordem de aparecimento de suas falas no texto.

O presente artigo aborda duas categorias, quais sejam: o protagonismo e a participação dos familiares nos processos de cuidado, e as barreiras no acesso e na continuidade do tratamento no Capsi. Para este fim, foram extraídas, da totalidade do material da pesquisa maior, as narrativas mais diretamente relacionadas com esses dois temas que, posteriormente, foram analisadas pelo grupo de pesquisadores.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de

Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Ipub/UFRJ (parecer nº 81 Liv3-11) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CAAE: 0045.0.249.314-11). Não houve exigência desse processo pelos demais municípios.

Resultados e discussão

Protagonismo e participação nos processos de cuidado

Esta categoria se refere ao envolvimento dos familiares no cuidado oferecido pelo Capsi e se subdivide em dois temas parcialmente interligados. O primeiro diz respeito ao protagonismo, ativismo e mobilização por direitos, tanto na dimensão micropolítica do serviço quanto na esfera macropolítica do município, do estado ou do país. O segundo se refere a sua inclusão ativa no PTS, abrangendo principalmente sua escuta, apoio e orientação pelos profissionais, por meio de participação em espaços individuais ou grupais do Capsi.

Ativismo, mobilização e direitos

Alguns familiares relataram fazer parte de movimentos ou estarem articulando a criação de associação de pais em seu município, enfatizando as estratégias coletivas de luta por direitos e políticas públicas:

Eu estou montando uma associação de pais, porque a Baixada é muito carente disso. Nós temos que nos fortalecer pra poder brigar pelos nossos filhos. De pais de autistas. O nosso logotipo foi feito por um autista, um desenho lindo que um autista aluno lá da escola fez. (F1).

Quando a gente abre mão de um direito adquirido, a gente acaba fazendo com que outras pessoas não tenham acesso. Então eu acho muito mais fácil a gente se juntar e lutar por uma coisa melhor dentro

daquilo que é uma estrutura que é do governo, que tem que tutelar essa coisa. Você está entendendo? Essa coisa da saúde é prioridade pra eles, tá na Constituição, então a gente tem que lutar é por isso. [...] Se a gente ficar 'não, eu vou tratar tudo por vias particulares', quando você buscar a via pública, que vai ser necessário em algum momento, você vai ter dificuldade muito maior pra conseguir. (F3).

É possível perceber o destaque dado pelos familiares à presença em espaços político-institucionais como caminho para a concretização do direito à saúde e outros direitos sociais, por meio de legislação específica ou atos do executivo, embora reconhecendo as limitações e os vícios presentes nessa esfera:

Eu acho que a gente tem que buscar a via pública, tem, tem que falar com o legislador, tem que arrumar uma costa quente, mas eu acho que a gente tem que começar a fazer alguma coisa entre nós, dentro do espaço do Capsi, pra demonstrar e pra tocar naqueles que tem interesse de aparecer, porque esses caras querem aparecer. (F3).

Eu e mais um grupo de mães estamos se organizando pra fazer as coisas. A gente já pediu uma audiência pública lá [...]. A gente tem que entrar, nessas coisas que a gente tem que brigar né, procurar os nossos direitos, porque senão a coisa não flui, a coisa não anda. (F2).

Aonde a gente está conseguindo ter um pouco de voz: no Capsi. Agora tem uma audiência pública marcada dia treze, tem uma mãe também lá do Capsi que tá em contato com um vereador pra marcar uma audiência com ele, pra ver, pra estar buscando todos os laços. (F4).

Os trechos destacados revelam a autopercepção de parte dos familiares como atores políticos; contudo, tais iniciativas, envolvendo a criação de associações e a presença em audiências públicas, ainda se mostram incipientes, carecendo de maior sustentação, apoio e parceria entre os próprios familiares e por parte dos trabalhadores dos serviços.

Participação no tratamento e cuidado aos familiares

Os familiares compreendem sua participação no projeto terapêutico e sua relação com os profissionais como condições fundamentais para que haja avanços no tratamento realizado pelos filhos no Capsi:

Porque o principal no tratamento do autista é a participação dos pais. Porque se os pais não se engajarem nisso fica difícil. (F5).

Eu rejeitei umas três ou quatro psicólogas, a Dra. foi ó, dez, consegui. E meu filho teve um ganho muito grande com isso, então é assim mesmo, porque tem a identificação do paciente com o profissional, e tem a nossa aceitação também. (F3).

Você pode ter certeza de uma coisa, os pais que estão aqui, todos eles participam do tratamento do filho. Não vai falar mal dos Capsi assim em relação a tratamento, porque aquele pai que fala que aquele Capsi não adianta, não melhora, é aquele que espera um milagre. Porque o tratamento do autista tem que ter a participação da família. Tem que ter integração. (F5).

Recente revisão integrativa da literatura sobre Capsi revelou o quanto a assistência aos familiares dos usuários ainda se mostra deficitária em muitos serviços, ressaltando a importância que o PTS não abarque somente a criança ou o adolescente²⁴. Em estudo realizado em Capsi de Cascavel (PR), familiares apontaram que o encontro com os profissionais ocorre quando há procura por ajuda ou quando o serviço os convida para participar de alguma atividade. Gostariam, entretanto, de estar mais próximos da equipe multiprofissional seja para esclarecimentos sobre as relações intrafamiliares e o comportamento do usuário no domicílio, seja para se sentirem em condições de apoiar as necessidades expressas e vivenciadas pelos filhos²⁵.

Em nosso estudo, muitos familiares reconheceram o Capsi como local no qual obtiveram amparo e suporte:

Porque quando eu fui pro Capsi eu estava desesperada. Eu não dormia, entendeu? Eu tive esse apoio, a família teve esse apoio deles. (F6).

Foi aqui que eu fui acolhida quando descobri que o meu filho era autista, fiquei perdida. (F7).

Eu falo que eu preciso de ajuda, peço mesmo, Capsi tá comigo, me ajuda... [...] Digamos assim, hoje eles são o meu suporte. (F8).

De forma semelhante, pesquisa em Capsi de Fortaleza (CE) apontou que muitos familiares reconheciam o apoio, a orientação e o alívio oferecidos pelo serviço no decorrer do tratamento dos filhos, reduzindo sua sensação de impotência²⁸. Outro estudo, em Capsi do Rio Grande do Sul, utilizando instrumentos de avaliação de qualidade de vida, encontrou pontuações baixas em pais ou outros cuidadores, sugerindo a presença de intenso sofrimento e sobrecarga nesse grupo³⁴.

Os familiares ressaltam a importância dos atendimentos grupais como espaços de expressão de sentimentos, experiência de pertencimento, e de compartilhamento de dificuldades, conhecimento e ideias a respeito de si e de seus filhos.

Aqui é assim: enquanto as crianças são atendidas ali fora, nós ficamos nessa sala ou em outra sala, com uma psicóloga. Uma hora eles ficam brincando e nós ficamos trocando ideias. É o grupo de pais que chama. O meu é terça e quinta, toda semana tem. (F7).

A mesma coisa que tem com os adolescentes também tem com os pais. Faz um grupo. A gente faz uma reunião com a psicóloga e depois almoça todo mundo junto. (F9).

Eu me sinto fazendo parte lá por quê? Porque além de ter o grupo da família – que é toda última quarta-feira do mês – todos os profissionais lá me chamam pelo nome. [...] A doutora participa dessas reuniões, a psicóloga. Ela também participa, ela conversa, ela pergunta, e também já gravou o nome. Assim, a atenção é espetacular. (F6).

Em sintonia com as narrativas encontradas em nossa pesquisa, em estudos envolvendo familiares em Capsi da Paraíba, os grupos foram destacados como espaços privilegiados de cuidado, apoio mútuo e compartilhamento de experiências, facilitando as trocas entre os responsáveis e o Capsi e reforçando a compreensão do potencial terapêutico das próprias relações familiares. Além disso, os grupos de medicação foram citados como momento de pactuações, esclarecimentos e troca de informações sobre os psicofármacos utilizados pelos filhos^{26,27}. Por outro lado, pesquisa realizada em Capsi no estado de São Paulo mostrou que, em pouco mais da metade dos prontuários, não havia registro de conduta terapêutica destinada à inclusão dos pais ou outros familiares nos projetos terapêuticos. Apesar dessa lacuna de informação, o principal espaço terapêutico destinado às mães e aos pais foram os grupos, que parecem ter objetivos e arranjos distintos em cada serviço, incluindo grupos de orientação, apoio e oficinas, entre outros³⁵.

Por fim, é importante ressaltar o destaque dado nos trechos acima a uma categoria profissional em particular, a dos psicólogos. Estudos têm apontado os psicólogos como a categoria de nível superior com maior representatividade nos Caps, inclusive em cargos de gestão^{29,36}. O destaque dado a esses profissionais pelos familiares de nossa pesquisa, por um lado, pode apontar a potência dessa categoria, mas, por outro, pode indicar uma especialização excessiva e um esvaziamento da função de escuta dos familiares por outros membros da equipe.

Barreiras ao cuidado

Esta categoria se refere a aspectos das narrativas dos familiares que enfatizam os obstáculos encontrados no acesso ao serviço e no acolhimento inicial pelos profissionais, assim como às dificuldades para dar continuidade ao tratamento no decorrer do tempo, abrangendo

questões relacionadas com o deslocamento até o Capsi, e problemas de infraestrutura e de recursos humanos no serviço.

ACESSO E ACOLHIMENTO

Tendo em vista a importância da família na construção do cuidado dos usuários dos Capsi, é preciso valorizar a percepção dos familiares quanto às barreiras oferecidas pela Raps, priorizando os aspectos do acolhimento, do cuidado e do acesso aos serviços de saúde. Como apontado em artigo anterior³¹, há escassez de publicações contendo avaliações detalhadas dos funcionamentos dos Capsi, o que dificulta a análise do atual estado geral da rede.

O acesso se refere a tudo que facilita ou restringe o uso dos serviços ou recursos de saúde por seus potenciais usuários³⁶. Já o acolhimento é entendido como o processo que se inicia no primeiro contato dos profissionais com o usuário e sua família, quando serão definidos os passos seguintes, incluindo a avaliação e a discriminação da demanda. Dessa forma, o acesso e o acolhimento constituem distintas faces do mesmo processo.

Nesse tema, diversos familiares apontaram a rapidez com que foram atendidos e elogiaram o acolhimento pelo Capsi, por vezes atribuindo isso à 'sorte' e revelando o desconhecimento que tinham sobre esses serviços:

Eu já liguei, fui muito bem atendida, foi logo marcada uma entrevista com a Dra. Primeiro a gente vai sozinho, conversa tudo que a gente passa com a criança. Depois ela marca um dia para levar a criança para eles avaliarem, e depois começa, o que é chamado permanência. [...] Eu acho que eu tive sorte nesse sentido, principalmente, que eu era leiga, nunca ouvi falar, não sabia porque não tem muita informação sobre isso. Assim que me falaram que existia Capsi, uma conhecida minha me deu o número e falou: - Liga para lá! (F11).

Há, contudo, muitos obstáculos que já se iniciam no trajeto até o Capsi. Como nem sempre

há vaga ou equipamentos de saúde mental infantojuvenil perto de sua residência, grandes deslocamentos podem ser exigidos. Sendo assim, o benefício do passe livre nos transportes públicos é indispensável para muitos casos.

Eu moro lá em Campo Grande, Santa Margarida, então eu tinha que pegar três conduções com ele. Então era difícil, tinha vezes, tinha semana que nem dava, era difícil mesmo. (F12).

Eu pego a van, sempre paguei a minha e antes eu pagava a do [meu filho]. É um absurdo porque eu sei que ele tem o direito dele! Outro dia eu mostrei o cartão e entrei e a van encheu e ele [motorista] falou assim: Põe ele no colo! Aí eu falei: - Por que eu vou por ele no colo? [...] Aí peguei o telefone, liguei para cooperativa e falaram: - Não, senhora, ele tem o direito sim! A gratuidade é dele. (F7).

Eu não consigo entender, eles dão o passe livre, a Barcas S.A. é concessionária que presta serviço pro governo, por que que a Barcas S.A. não deixa o passe livre passar? (F3).

As dificuldades de deslocamento se apresentam, dessa forma, como uma barreira relevante na acessibilidade ao serviço. Na época da realização da pesquisa, a Lei nº 12.764/12, que reconhece o autista como pessoa com deficiência, e os decretos do estado e do município do Rio de Janeiro (ambos de 2016), estabelecendo a gratuidade no transporte para pessoas com deficiência, ainda não existiam. Se a criança não conseguisse o número de passagens necessárias para frequentar o Capsi na periodicidade proposta pela equipe, ou se o benefício não fosse estendido a cuidadores ou familiares, o projeto terapêutico ficava debilitado. Além disso, o acesso se relaciona diretamente com a qualidade de vida dos familiares. Pesquisa com familiares de usuários de Caps I, II e III da região sul do Brasil revelou que a dificuldade de acesso foi um dos fatores associados à pior autoavaliação de sua qualidade de vida³⁷.

ESTRUTURA FÍSICA E FREQUÊNCIA

As primeiras diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde para funcionamento dos Caps³⁸, incluindo Capsi, afirmavam a necessidade de os projetos terapêuticos dos usuários serem compatíveis com as necessidades particulares de cada um, devendo os Caps organizarem processos de trabalho que atendessem à demanda de maior ou de menor intensividade do cuidado, o que se refletia também na frequência dos usuários aos serviços. Dado o mandato dos Caps/Capsi – atender casos de maior complexidade –, esperava-se que a frequência a esses serviços, ou o contato dos serviços com usuários, por meio de visitas domiciliares, ações nas comunidades e articulações territoriais, fosse maior do que apenas uma vez por semana. Quanto ao espaço, as mesmas diretrizes reforçavam que o Caps deve ter um ambiente estruturado com os recursos físicos necessários para atender a cada demanda, incluindo a alimentação dos usuários. Os familiares apontaram muitos problemas em relação a esses aspectos nos Capsi da Região Metropolitana do Rio:

Não tem o que oferecer mais porque, em primeiro lugar, lá precisa de uma reforma pra ontem [risos gerais]. Não tem como botar mais ninguém lá, e se não quiser reformar... (F13).

Quando chove é uma tristeza, quando faz sol é outro transtorno. [...] Só tem um banheiro. Aí quando o banheiro está interditado porque não tem água... (F14).

Não tinha água, água pros pacientes, quando você ia lá tinha que levar água pra dar pro seu filho. Agora que botaram um bebedouro lá, que nem sempre tem água [...]. (F15).

O único ar-condicionado que tinha foi retirado porque até a luz teve uma época que eles não estavam conseguindo pagar. [...] Então é uma água, um papel, alguma coisa, biscoito para as crianças... Porque tinha época que não tinha nem

lanche para as crianças. Nem lanche! É muito difícil. Era muito precário. (F16).

Pesquisas avaliativas realizadas com gestores de Caps em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul identificaram estruturas adequadas na maioria dos serviços, embora muitos funcionassem sem adaptações de acessibilidade. Em relação ao número de profissionais, encontraram carências em Caps I, mas não nos demais serviços^{29,35}. Em outros estudos, os próprios familiares reconheceram melhoras na ambiência e na higiene dos serviços, mas também demonstraram insatisfação a respeito de aspectos da infraestrutura, falta de incentivo financeiro e de recursos humanos^{10,31}. Pesquisa realizada com profissionais de Caps II na Região Metropolitana de Porto Alegre (RS) constatou que problemas de estrutura levaram os trabalhadores a decidirem restringir temporariamente o acesso à unidade³⁹. Tema semelhante foi abordado em nossa pesquisa pela mãe de um usuário, resultando na redução da frequência aos atendimentos. Houve, também, queixas em relação ao horário dos grupos, do espaço de espera e do tempo do atendimento da criança, que podem apontar para problemas temporários ou estruturais dos serviços.

Deveria ser um tempo maior. Deveria ser pelo menos três vezes na semana. Já chegou um ponto lá no Capsi, por falta de espaço lá, o tempo ficou de quinze em quinze dias. Depois ficou uma vez ao mês somente. Aí a gente reclamou. Porque uma vez ao mês não tem como. Tem que ter uma sequência, tem que ter uma rotina. (F14).

Você chegou lá no Capsi, seu filho entrou, você fica na rua, sentado, esperando! No meu caso, eu sou taxista e fico dentro do carro esperando 1 hora, 1 hora e meia. Se minha esposa for levar e eu não puder ir, ela fica lá na rua sentada, esperando. Não tem um espaço para você ficar! (F17).

Mas a maioria das mães, o tratamento mesmo em si é só meia hora, ficam lá sentadas aguardando. Meia hora só, não vale a pena você levar e voltar pra casa. (F2).

Vários familiares reconheceram o esforço dos profissionais e não os culpavam pela situação ‘precária’ – palavra muito usada por eles. Houve um sentimento de empatia e compreensão que perpassava todos os relatos sobre o desempenho dos profissionais, a despeito dos problemas de estrutura e da falta ou sobrecarga dos trabalhadores.

Então tem que ter uma melhoria, tem que ter mais médicos, Dr. [nome do médico] fica sobrecarregado, eu fico com pena. Às vezes eu vou lá pra bater um papinho com ele, uma dúvida e tal, e está o cara lá com trinta pacientes na porta. Pô, que que é isso cara? (F3).

A realidade do espaço... gente, a precariedade! Nós temos os profissionais, a gente precisa é o espaço, e algo, que eles se comprometam com algo que nos dê essa garantia de deixar nosso filho. (F8).

Não tem um ventilador de teto, mosquito te devora, os espaços todos destruídos, a gente já vê que os profissionais estão exaustos, mas eles estão ali. (F8).

Fica claro que há uma lacuna entre as diretrizes e recomendações oficiais e a realidade dos serviços descrita pelos familiares. A efetiva implantação de uma rede articulada de serviços comunitários fica fortemente prejudicada quando a ‘precariedade’ se faz regra. Os Capsi saem em maior desvantagem nesse processo, devido à baixa cobertura desse dispositivo na maior parte do território nacional, quando comparada com os Caps⁴⁰.

Considerações finais

No cenário de retrocesso político-econômico que o Brasil atravessa, com fortes prejuízos na sustentação do sistema público e universal da saúde, a maior atenção dos gestores e trabalhadores aos pontos de vista dos familiares dos usuários dos Caps pode ser estratégica para a preservação das conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira e para avançar na consolidação dos

equipamentos de atenção psicossocial. Nesse sentido, entendemos que o discurso dos familiares de crianças e adolescentes autistas apontou para virtudes, problemas e desafios que – respeitadas as peculiaridades desse grupo – podem ser estendidas a muitos Caps e Capsi. Este artigo se dedicou a duas categorias encontradas nos discursos de familiares de autistas, o protagonismo e a participação no contexto do cuidado de seus filhos, e as barreiras encontradas para o acesso e continuidade do tratamento.

Em relação à primeira categoria, a pesquisa pode registrar o momento no qual parte dos familiares dos Capsi começava a valorizar a luta por direitos e a se envolver em distintas formas de ativismo. Se esse movimento, por um lado, parece seguir a trilha aberta pelas associações fundadas nas décadas anteriores, por outro, distingue-se delas pela demanda por políticas públicas de saúde que reconheçam o lugar do Capsi no cuidado qualificado aos autistas. Além disso, os familiares apontaram para a necessidade de maior iniciativa, de sua parte e dos serviços, para ampliar sua presença e envolvimento no tratamento, a partir do reconhecimento do seu sofrimento e necessidade de cuidado.

No caso das barreiras, os familiares não deixaram de relatar experiências positivas no acesso ao Capsi, mas também enfatizaram problemas diversos, envolvendo o transporte para chegar ao serviço, os horários e a frequência dos atendimentos, bem como a falta de manutenção e precariedade do espaço físico. Tais problemas dependem de variáveis territoriais, como o tamanho do bairro ou município, a eficiência da rede de transportes – no caso da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, principalmente dos ônibus, mas também dos trens e metrô – e o suporte dado pela gestão local, mas os cenários descritos pelos familiares fluminenses encontram eco em outros serviços de distintos territórios, em diferentes cidades e estados brasileiros.

Finalmente, é importante destacar que a pesquisa possui limitações no que diz respeito à generalização dos achados, já que utilizou amostragem intencional (e não aleatória), justificada

pela necessidade de um perfil amostral específico de familiares com vinculação e assistidos pelos Capsi por, no mínimo, seis meses. Tal escolha metodológica visava atender aos objetivos do estudo de investigar o envolvimento dos familiares no cuidado oferecido pelo serviço, além das dificuldades de acesso e de continuidade do cuidado que poderiam incidir em sobrecarga na vida com seus filhos.

O contexto de acirramento das diferenças políticas no país, que ainda não se apresentava de forma explícita no momento da realização desta pesquisa, tem seus correlatos no campo da saúde mental, fazendo com que as pautas das associações de familiares de autistas – especialmente a rejeição aos Caps e a demanda por terapias especializadas e serviços segregados – frequentemente conflitem com a direção do trabalho da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). A aproximação entre gestores e trabalhadores dos Caps e Capsi e os familiares dos usuários desses serviços, autistas ou não, por meio da valorização de sua fala, do acolhimento de seu sofrimento e do estímulo e respeito a suas iniciativas de auto-organização, pode agregar novos aliados aos esforços de superação de obstáculos para o cumprimento do mandato psicossocial e de resgate da ética democrática e participativa no manejo da *res publica* na área da saúde mental no Brasil.

Colaboradores

Lima RC (0000-0002-8583-4535)*, Couto MCV (0000-0003-0926-8823)* e Andrada BC (0000-0003-2383-7797)* colaboraram igualmente para análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão crítica, e aprovação da versão final do manuscrito. Corrêa PH (0000-0002-0632-8694)* e Cardozo ACA (0000-0002-8852-0689)* contribuíram igualmente na elaboração do rascunho e revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Cascio A, Costa Andrada B, Bezerra Jr B. Reforma Psiquiátrica e serviços para o autismo na Itália e no Brasil. In: Fein E, Rios C, organizadores. *Autismo em tradução: uma conversa intercultural sobre condições do espectro autista*. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens; 2019. p. 77-118.
2. Oliveira BC, Feldman C, Couto MCV, et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis*. 2017; 27(3):707-726.
3. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev psiquiatr clín*. 2007; 34(6):270-277. [acesso em 2020 jan 6] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03.pdf>.
4. Delgado PG. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2014; 24(4):1103-1126.
5. Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):47-52.
6. Dimenstein M, Sales AL, Galvão, E. et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis*. 2010; 20(4):1209-1226. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a08v20n4.pdf>.
7. Camatta MW, Schneider JF. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Rev. Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):393-400. [acesso em 2020 fev 26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a19v43n2.pdf>.
8. Cunha C, Santos RGH, Carlos DM. O filho com trans-torno global do desenvolvimento: percepções de mães acerca de cuidados cotidianos. *REFACS*. 2016; 4(2):98-106.
9. Thiengo DL, Fonseca D, Abelha L, et al. Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAP-Si) da cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Coletiva*. 2015; 23(3):298-308.
10. Lima RC, Couto MC. Percepções sobre o autismo e experiências de sobrecarga no cuidado cotidiano: estudo com familiares de CAPSi da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Cad. Brasileiros Saúde Mental*. 2020; 17;12(31):217-44.
11. Lima RC, Feldman C, Evans C, et al. Defesa de direitos e políticas para o autismo no Brasil e nos EUA. In: Fein E, Rios C, organizadores. *Autismo em tradução: uma conversa intercultural sobre condições do espectro autista*. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens; 2019. p. 35-76.
12. Associação Brasileira de Autismo. História e atuação. [acesso em 2020 fev 26] Disponível em: <http://www.autismo.org.br/site/abra/historia-e-atuacao.html>.
13. Nunes F. Por amor e por direitos: as gramáticas do afeto e da política nas mobilizações públicas de familiares de autistas. *Cad. Campo (São Paulo)*. 1991. 2016; 25(25):222-245.
14. Nunes F, Ortega F. Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o “direito ao tratamento”. *Saude e Soc*. 2016; 25:964-975.
15. Rios C. “Nada sobre nós, sem nós”? O corpo na construção do autista como sujeito social e político. *Sex., Salud Soc. (Rio J)*. 2017; (25):212-230.
16. Rios C, Costa Andrada B. The changing face of autism in Brazil. *Cult Med Psychiatry*. 2015; 39(2):213-234.
17. Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA). Manifesto público de decreto de regulamentação da Lei dos Autistas. [acesso em 2020 fev 27]. Disponível em: <http://abraca.autismobrasil.org/manifesto-publico-decreto-de-regulamentacao-da-lei-dos-autistas/>.

18. Kittay EF. When Caring Is Just and Justice Is Caring: Justice and Mental Retardation. *Public Cult.* 2001; 13(3):557-579.
19. Rios C. Expert em seu próprio filho, expert em seu próprio mundo - reinventando a(s) expertise(s) sobre o autismo. In: Rios C, Fein E, organizadores. *Autismo em Tradução- uma conversa intercultural sobre condições do espectro autista.* Rio de Janeiro: Papéis Selvagens; 2019. p. 231-257.
20. Presotto RF, Silveira M, Delgado PGG, et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2020 ago 14]; 18(10):2837-2845. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000008&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000008>.
21. Alves TC, Oliveira WF, Vasconcelos EM. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis* [internet]. 2013 [acesso em 2020 ago 14]; 23(1):51-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100004>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.*
23. Vechiatio L, Alves AMP. A saúde mental infanto-juvenil e o Caps-I: uma revisão integrativa (Mental Health Children and youth and Caps-I: an integrative review). *Emancipação.* 2019; 19(1):35-47.
24. Machineski GG, Schneider JF, Camatta MW. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2013; 34(1):126-132.
25. Patriota LM, Silva FS, Lima FEBC. Uma análise das concepções dos familiares dos usuários do Centro Campinense de Intervenção Precoce (CAP-Si) acerca do tratamento realizado no serviço. In: *Anais da 4ª Jornada Internacional de Políticas Públicas.* [acesso em 2020 fev 25]. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/OLD/eixos_OLD/12.%20Impasses%20e%20Desafios%20das%20Políticas%20de%20Seguridades%20Social/UMA%20ANALISE%20DAS%20CONCEP%C3%87%C3%95ES%20DOS%20FAMILIARES%20DOS%20USU%C3%81RIOS%20DO%20CE.pdf.
26. Araújo GH, Saraiva AM, Carvalho MA, et al. Estratégias de cuidado desenvolvidas no CAPS infantil: concepções de familiares e profissionais. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online).* 2015; 7:28-38.
27. Távora RCO, Monteiro ARM, Tavares SFV, et al. Atendimento de crianças e adolescentes em CAPSi: visão dos familiares. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online).* 2010; 2(supl):697-700.
28. Cunha C, Santos RGH, Carlos DM. O filho com transtorno global do desenvolvimento: percepções de mães acerca de cuidados cotidianos REFACS. 2016; 4(2):98-106.
29. Silva SN, Lima MG. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2017; 26:149-60.
30. Kantorski LP, Machado RA, Lemões MA, et al. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Ciênc. cuid. saúde.* 2012; 24:11(1):173-80.
31. Lima RC, Couto MC, Delgado PG, et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis.* 2014; 24(3):715-39.
32. Lima RC, Couto MC, Solis FP, et al. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Psicol. soc.* 2017; 26:196-207.
33. Model LR, Peixoto MJR, Caeran J, et al. Olhar voltado para cuidadores – avaliando a qualidade de vida e características relacionais de cuidadores de crianças

- e adolescentes em tratamento em CAPS Infantil. In: Anais do 12º Salão de Iniciação Científica; 03 a 07 de outubro de 2011; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.
34. Dombi-Barbosa C, Neto MM, Fonseca FL, et al. Conduas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSI) do estado de São Paulo. *Journal of Human Growth and Development*. 2009; 19(2):262-8.
35. Leal BM, De Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*. 2013 [acesso em 2020 out 9]; (40). Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3344>.
36. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2009; 12(1):130-40.
37. Kantorski LP, Jardim VM, Treichel CA, et al. Fatores associados a uma pior avaliação da qualidade de vida entre familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Coletiva*. 2017; 25(4):460-7.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
39. Scheibel A, Hecker Ferreira L. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Rev. baiana saúde pública*. 2011; 35(4):966.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2019 ago 20]. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saude-mental.

Recebido em 01/03/2020

Aprovado em 25/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores

Care for families in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center: an intervention-research with workers

Vania Bustamante¹, Rosana Onocko Campos²

DOI: 10.1590/0103-11042020E314

RESUMO O presente estudo aborda o modo como profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) compreendem as famílias, o cuidado que deve ser ofertado a elas e a sua expressão em indicadores de avaliação. Realizou-se uma avaliação de quarta geração, com embasamento teórico construtivista, que envolveu: a oferta de um curso de extensão para trabalhadores dos Capsi, a realização de Grupos de Apreciação Partilhada (GAP), com construção e validação de narrativas, culminando em oficinas de produção de consenso. Os participantes reconheceram a necessidade de realizar um registro sistemático de dados sobre as famílias – em aspectos como arranjo e dinâmica familiar, renda, raça/cor e divisão do trabalho –, a ser iniciado desde o momento do acolhimento para subsidiar a construção do Projeto Terapêutico Singular. A necessidade de construir relações mais horizontais e sensíveis às diferenças socioculturais foi considerada um importante desafio. Para caminhar nas direções apontadas, foram pactuados três indicadores quantitativos e um Guia de Boas Práticas. Trata-se de uma produção inédita no recorte da assistência a crianças e adolescentes, que atende a critérios de qualidade e dialoga com a literatura da área, e ainda poderá ser utilizada nos Capsi, com eventuais adaptações de acordo ao contexto.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde mental. Serviços de saúde da criança. Serviços de saúde do adolescente. Família. Indicadores de serviços.

ABSTRACT *The present study addresses the way in which professionals from the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (Capsi) understand families, the care that must be offered to them and their expression in evaluation indicators. We carried out a fourth generation assessment, based on a constructivist theoretical basis, which involved: offering an extension course for Capsi workers, holding Shared Appreciation Groups (GAP) with narrative construction and validation, culminating in production of consensus workshops. Participants recognized the need to carry out a systematic Record of data on the families – in aspects such as family arrangement and dynamics, income, race/color, and division of labor – that starts from the moment of reception to support the construction of the Singular Therapeutic Project. The need to build more horizontal and sensitive relationships to socio-cultural differences was considered an important challenge. To follow the indicated directions, three quantitative indicators and a Guide to Good Practices were agreed. This is an unprecedented production in the context of assistance to children and adolescents, which meets quality criteria and dialogues with the literature in the field and can be used in Capsi, with possible adaptations according to context.*

KEYWORDS *Mental health services. Children's health services. Adolescent health services. Family. Indicators of health services.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
vaniabus@yahoo.com

²Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.



Introdução

A tardia inclusão da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas brasileiras e internacionais está associada ao fato de que os saberes e as práticas voltados para essa população são construções recentes. No Brasil, apenas nos anos 1980, houve uma alteração radical da matriz de leitura, e crianças e adolescentes passaram a ser sujeitos de direitos dentro da doutrina da proteção integral. Esse processo se deu com avanços na área dos direitos humanos, que tem como marco a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança em 1989 e, no ano seguinte, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil¹.

A inclusão de crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira só foi formalmente iniciada em 2001, pouco depois da promulgação da Lei nº 10.216 que estabelece a saúde mental como uma política pública. Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, pela primeira vez, foram produzidas formulações envolvendo crianças e adolescentes, que deveriam se orientar pelos princípios do ECA, considerando-as como sujeitos psíquicos e de direitos. Estabeleceu-se que os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) deveriam se estender a crianças e adolescentes, dentro da perspectiva de uma rede de cuidados intersectorial que evitasse a medicalização e a institucionalização do sofrimento¹.

Em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria nº 336 que inclui um capítulo sobre a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), com as seguintes características: ser um serviço ambulatorial e também funcionar como regulador da porta de entrada da rede assistencial, assim como se responsabilizar pela organização da demanda e da rede de cuidados no território. A assistência prestada inclui: atendimentos individuais e em grupo, atividades comunitárias e ações intersectoriais. O atendimento à família é descrito como uma atividade assistencial específica, envolvendo também visitas e atendimentos domiciliares².

As diretrizes operacionais para todo serviço de saúde que se proponha prestar atenção a crianças e adolescentes³ apontam a necessidade de acolhimento da demanda da criança ou adolescente e de quem o acompanha, assim como a responsabilidade do serviço pelo agenciamento do cuidado (seja no próprio serviço ou em outro que faz parte da rede). É feita ainda uma referência direta ao trabalho incluindo os familiares ou outros responsáveis pela criança:

Comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda³⁽¹⁶⁾.

Tais diretrizes foram referendadas em documento elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional do Ministério Público⁴. Ele enfatiza a importância do trabalho em rede tanto no setor saúde, a partir da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), quanto na articulação com setores como a educação e o sistema de proteção social integral.

Muitos são os avanços, bem como as limitações que persistem. A relação com a família, tema deste estudo, é um desses aspectos. Para compreender os desafios envolvidos no trabalho com a família nos Capsi, é preciso refletir sobre o modo como esta tem sido pensada na sociedade brasileira. Dimenstein et al.⁵ ressaltam que, desde o século XIX, o Estado tem direcionado esforços visando ter a família como aliada para assim produzir um ordenamento social. Contudo, no campo da saúde,

[...] essas alianças sempre estiveram pautadas em perspectivas etnocêntricas e normativas acerca dos modelos familiares, do seu funcionamento, da sua dinâmica social e psicológica, bem como dos modos como cuidam uns dos outros. Seus saberes e práticas foram desconsiderados, tornando-os meros consumidores de prescrições calcadas no modelo biomédico e coadjuvantes dos mais diversos especialistas⁵⁽¹²¹⁴⁾.

Essa dinâmica social tem relação com a falta de iniciativas de empoderamento de usuários e familiares esboçadas no próprio movimento antimanicomial e nos serviços de atenção psicossocial. Vasconcellos aponta que o movimento antimanicomial está influenciado pela organização da sociedade brasileira, em que:

[...] tendemos a reproduzir os padrões sociais e culturais de nossos colonizadores portugueses, ou seja, a cultura latina, católica, familiar e hierárquica, com forte tendência à segregação das classes populares, e políticas públicas fortemente estatais, com forte tendência à burocracia e ao patrimonialismo, e com um desenvolvimento muito mais limitado de programas de bem estar social⁶⁽²⁸⁾.

O autor chama a atenção sobre as diferenças no contexto de países anglo-saxônicos, nos quais a tradição de maior empoderamento repercute na existência de grupos autônomos de usuários e, também, de familiares. No recorte de crianças e adolescentes, existem programas bem-sucedidos de apoio a familiares de crianças com problemas de saúde mental, ou com necessidades especiais, que são ofertados por outros familiares sem depender diretamente de profissionais⁷.

Estudos nacionais que têm como principais informantes familiares, profissionais e, em menor medida, usuários apontam importantes desafios na relação entre os familiares e os serviços. Schrank e Olschowsky destacam que “O trabalho no Caps só se concretiza pela parceria e participação familiar”⁸⁽¹²⁷⁾, o que pode ser feito por meio de diversas atividades, como assembleias, festas, grupos, atendimento individual, assim como visita domiciliar⁹. Constantinidis e Andrade¹⁰ refletem sobre a frequente não adesão das famílias às ofertas feitas pelo serviço, ponderando que nem sempre as ofertas consideram a singularidade de cada família e suas reais necessidades. Bielemann et al. acrescentam que:

[...] a relação do serviço com a família não pode se limitar a momentos predeterminados, com

dia, hora e tempo previamente estipulados. Pois, se isto acontece, consideramos uma forma de comunicação verticalizada, na qual não existe efetivamente a participação da família, visto que um técnico de saúde planeja, organiza e coordena este espaço e o outro, neste caso o familiar, apenas se adapta. Esta forma de relacionamento com a família prioriza somente a capacitação do familiar para o manejo com o usuário e não o reconhece como unidade passível de sofrimento¹¹⁽¹³⁸⁾.

Em estudo com profissionais de saúde mental, Pinho, Hernández e Kantorski¹² inferiram que os trabalhadores consideram importante a participação da família no tratamento; porém, tendem a responsabilizar e a culpabilizar a família quando esta se afasta, de modo que o discurso inicial de ‘parceria’ vá dando espaço ao ‘distanciamento’. Duarte e Kantorski¹³ apontam que as dificuldades dos profissionais para ‘atrair’ os familiares ao serviço podem ter relação com o pouco preparo ou ainda com a falta de compreensão sobre a importância da presença da família no serviço. Cordeiro, Oliveira e Souza¹⁴ e Pinho et al.¹² destacam que é preciso lembrar que se trata de famílias marcadas pelas dificuldades socioeconômicas e que vivenciam diversas modalidades de sobrecarga.

Os estudos mencionados contribuem para pensar sobre os desafios na relação entre familiares e serviços. Cabe destacar que a maior parte dos estudos não reflete sobre quem são os familiares, em aspectos, tais como: a relação que têm como usuários, os arranjos familiares, a divisão do trabalho ou as relações raciais. O fato de que a maioria dos familiares que participa dos estudos é mulher não é problematizado em vários estudos e, inclusive, tende a ser naturalizado, com algumas exceções, a exemplo do trabalho de Kantorski et al.¹⁵.

Campelo, Costa e Colvero¹⁶ desenvolveram uma revisão sistemática nacional e internacional sobre familiares de usuários de serviços de saúde mental infantil. Encontraram que as famílias vivenciam dificuldades: no convívio

em casa com a criança; na relação com a escola e serviços de saúde; na comunicação com os profissionais; na acessibilidade aos serviços, especialmente em momentos em que a criança está em crise; no vínculo pouco acolhedor por parte dos profissionais. É frequente a falta de apoio no âmbito familiar, quando outras pessoas da família não compreendem a doença e, às vezes, se afastam. Isto sobrecarrega as mulheres – mães e outras parentes – e traz impactos na saúde delas. As famílias expressam preocupações com o futuro e a sensação de perda de oportunidades. É comum que a família sinta vergonha, constrangimento e culpa em relação ao surgimento da doença, impotência e, não raro, medo da criança. Na relação com os serviços, algumas famílias expressam preocupação em relação à segurança do serviço, ao eventual aprendizado de práticas consideradas inadequadas, vinculado ao medo de que a criança não receba a atenção necessária.

Estudos realizados no Brasil com familiares de crianças e adolescentes usuários do Capsi mostram que existe intenso sofrimento nos familiares, especialmente no momento de busca pelo tratamento¹⁷, em que o acesso ao Capsi se dá após intensa busca protagonizada pelas mães¹⁸. Frequentemente, os familiares vivenciam o Capsi como um lugar que assume a responsabilidade pelo tratamento dos filhos¹⁹. Entretanto, persistem importantes lacunas assistenciais, bem como pontos de tensão entre familiares e profissionais.

Dombi-Barbosa et al.²⁰ realizaram um estudo sobre o cuidado às famílias nos Capsi de São Paulo, tendo como fonte de dados os prontuários, sendo que apenas em 50% destes encontraram registros de cuidado às famílias. Identificaram que os grupos foram o modo mais frequente de cuidado à família que, na maioria das vezes, se resume à figura materna. Em estudo sobre usuários autistas e seus familiares em Capsi do Rio de Janeiro, Lima et al.²¹ identificaram que a maior parte da oferta assistencial aos familiares é de atendimentos individuais ou em grupo; outras, como assembleias, são raras,

o que se relaciona como pouco incentivo à mobilização e à organização dos familiares.

Ao analisar a assistência ofertada em um Capsi do estado de São Paulo, Delfini, Bastos e Reis¹⁹ destacam a coexistência de forças contraditórias, em que o modelo biomédico hegemônico instituído é tensionado pelo modo psicossocial como modelo instituinte. Delfini²² registrou que cultura medicalizadora está presente nos familiares que, muitas vezes, pressionam o serviço para medicar as crianças. Familiares consideram que a criança deveria ir com mais frequência ao Capsi e que a diminuição das idas reflete descuido da equipe, e não a melhora das crianças. Os profissionais referem que buscam propor ações para além do Capsi no intuito de ampliar a inserção em diversos cenários sociais. As famílias valorizam mais o atendimento individual e, as que podem, procuram atendimentos individuais por convênio de saúde. Os familiares participam em grupos; entretanto, parece frágil a inclusão efetiva no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Eles têm uma participação tímida no Conselho Gestor, não estão informados sobre mudanças na proposta de atenção do município, e os profissionais não dialogam a esse respeito. Assim, a inclusão dos familiares parece ter um sentido mais prescritivo.

O presente estudo visa então contribuir para preencher algumas das lacunas apontadas ao explorar, de maneira integrada, como é que os profissionais percebem as famílias no Capsi, quais as ofertas de cuidado que se fazem necessárias e quais os indicadores de avaliação do cuidado que podem contribuir para a construção dele. Assim como Campos²³, acreditamos que é preciso um esforço no sentido de avaliar os dispositivos de assistência à saúde mental que fazem parte de uma política que, na sua origem, “baseou-se mais em valores do que em evidências científicas da eficácia dos novos arranjos e procedimentos sugeridos”²³⁽⁹⁸⁾, porém sem desconsiderar a complexidade do objeto. Para isso, construímos uma avaliação de quarta geração que, diferentemente das três primeiras gerações, é construída de

maneira participativa, incluindo a pluralidade de atores nos diferentes momentos, seguindo o paradigma construtivista²⁴.

No Brasil, alguns grupos, com destaque para o grupo da Universidade Federal de Pelotas e o grupo Interfaces da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), vêm desenvolvendo importantes pesquisas avaliativas de quarta geração em serviços e redes de saúde mental. Onocko-Campos²⁵ destaca o potencial da avaliação participativa, quando construída com os grupos de interesse, fazendo uso de narrativas, propondo oficinas de construção de consenso, a qual tem como produto indicadores para avaliação dos serviços. Em avaliações participativas feitas no âmbito de Caps III em Campinas²⁶ e, também, no estado de São Paulo²⁷, foram produzidos indicadores para avaliação dos serviços tendo, entre os temas incluídos, o foco no cuidado aos familiares.

De acordo com Furtado et al.²⁸, os indicadores constituem:

[...] uma aproximação a um fenômeno de nosso interesse sobre o qual estabelecemos parâmetros numéricos; que precisam ser compartilhados para terem sentido e serem efetivamente utilizados²⁸⁽³⁸⁾.

No âmbito das políticas públicas, os indicadores:

[...] permitem evidenciar questões, traçar estratégias e monitorar condições de vida e de bem estar de populações, devendo constituir balizas a serem consideradas no planejamento e avaliação de políticas sociais²⁸⁽³⁷⁾.

Na área da saúde, a qualidade dos indicadores se relaciona com:

[...] boa representatividade e cobertura; uniformidade de concepção e método; simplicidade de construção e interpretação; e, se possível, resumir várias situações²⁸⁽³⁹⁾.

No âmbito dos Capsi, a produção de

indicadores em pesquisas participativas é incipiente. O trabalho de Lima et al.²⁹ apresenta indicadores qualitativos construídos de maneira participativa com profissionais e familiares de usuários autistas de Capsi do Rio de Janeiro, em que o trabalho com as famílias é um dos temas incluídos. Já o estudo de Bustamante et al.³⁰ apresenta 24 indicadores quantitativos para Capsi construídos com trabalhadores dos Capsi de Campinas. No presente trabalho, aprofundamos essa pesquisa no que diz respeito ao cuidado aos familiares.

Existem iniciativas de avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). No âmbito da gestão do SUS, iniciativas de avaliação, como o Pacto pela Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), não incluem indicadores em saúde mental. A OMS, com seus escritórios regionais, formula objetivos comuns para as políticas setoriais do mundo, como o Programa de Ação para reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP), que inclui um 'Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde', em que se incentiva o uso de indicadores para contribuir para o monitoramento do programa³⁰. Onocko-Campos et al.²⁷ alertam sobre a possibilidade de que a distância entre formuladores e eventuais usuários das propostas favoreça um uso descontextualizado e 'tecnificado' delas.

Dessa forma, o presente estudo visa contribuir para preencher as lacunas apontadas, ao apresentar indicadores que foram construídos com profissionais que atuam nos serviços.

Material e métodos

Trata-se de uma avaliação de quarta geração que, conforme Guba e Lincoln²⁴, está fundamentada em um 'enfoque responsivo' – no qual o processo de pesquisa é construído com os grupos de interesse – e em uma 'metodologia

construtivista' que, diferentemente do positivismo científico, apoia-se em uma "ontologia relativista e não realista, e uma epistemologia monista e subjetiva (não dualista e objetiva)"²⁴⁽¹⁹⁾. Seu exercício une o avaliador e os interessados em uma interação que cria o produto da avaliação, utilizando uma abordagem hermenêutico-dialética:

É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e dialético porque representa uma comparação e contraposição de pontos de vista divergentes com a finalidade de obter uma síntese mais elaborada de todos eles²⁴⁽¹⁶⁶⁾.

Para que esta metodologia tenha sucesso, é necessário que exista compromisso dos participantes com as demandas do processo, disponibilidade deles para o diálogo e, eventualmente, para mudanças de posicionamento.

Participaram trabalhadores dos quatro Capsi da cidade de Campinas, um município do sudeste brasileiro, com aproximadamente 1.204,073³¹ habitantes, que é pioneiro na implementação da Reforma Psiquiátrica e que possui uma ampla cobertura de Caps, centros de saúde e diversos serviços que integram a Raps. O processo de construção de pesquisa foi realizado nos serviços em todos os momentos. Inicialmente, foi feito contato, buscando conhecer o cotidiano de cada serviço e, a partir disso, construir uma proposta de curso de extensão, que foi formalizado como oferta da Escola de Extensão da Unicamp e disponibilizado para todos os trabalhadores. A escolha dos participantes foi relativa aos serviços. Os horários e periodicidade foram pactuados em diálogo com eles. Devido ao curto tempo para a realização do estudo, não foi possível incluir amplamente usuários e familiares; estes foram incluídos indiretamente por meio das atividades de dispersão que envolviam discutir temas com eles nos serviços.

Estiveram presentes, até o final do curso, 17 profissionais, 15 homens e 2 mulheres,

com diversas inserções: psicologia, fonoaudiologia, medicina, enfermagem, terapia ocupacional, técnico de enfermagem, monitoria e gerência. Acreditamos que, ao incluir trabalhadores de diversas áreas e níveis de escolaridade, foi possível qualificar a participação – em termos de amplitude e profundidade³².

O curso envolveu dez encontros. Nos oito primeiros, houve um momento de aula dialogada; e, em seguida, o Grupo de Apreciação Partilhada (GAP). Formaram-se então três pequenos grupos de seis pessoas, aproximadamente, para discutir os temas das aulas vinculando-as ao cotidiano do serviço, a partir da realização prévia de atividades de dispersão. Com base no registro escrito dos GAP, feito por membros da equipe de pesquisa, foram construídas narrativas, e estas foram apresentadas a cada grupo no encontro seguinte, em que os participantes puderam validar as narrativas, assim como modificar ou acrescentar conteúdos. A produção de narrativas foi pensada na perspectiva de Ricoeur³³ de tornar inteligível o que está dito no texto e não interpretar no sentido de apontar significados ocultos.

No nono encontro, os GAP empreenderam a tarefa de construção de indicadores; para isso, foram disponibilizadas as narrativas organizadas em grades hermenêuticas, seguindo a estratégia adotada em estudo de Onocko-Campos et al.²⁶. Os dois últimos encontros envolveram uma oficina de produção de consenso sobre os indicadores e o Guia de Boas Práticas. Para o presente artigo, trabalhamos, especificamente, com as narrativas sobre o recorte do cuidado aos familiares, um dos temas abordados no curso, envolvendo tanto reflexões sobre o cotidiano dos serviços e as dificuldades quanto propostas sobre o que precisaria ser feito e de que modo poderia ser avaliado.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sob o parecer 2.482.854.

Resultados e discussão

Houve consenso sobre a necessidade de avançar no cuidado ofertado às famílias e a compreensão de que é preciso ampliar as reflexões, garantir um registro mais completo sobre as famílias e construir ofertas diversificadas, tanto dentro quanto fora do serviço, contemplando mulheres e homens adultos, bem como irmãos dos usuários.

Ao serem convidados a refletir sobre as características das famílias, os participantes identificam que, frequentemente, não existem registros sobre quem são as pessoas com quem o usuário mora ou tem contato cotidiano; também não há dados sobre a situação socioeconômica da família, tampouco sobre raça-cor. Assim:

Muitas vezes quem sabe da família é só o técnico de referência, que não registra os dados e a informação se perde quando este se ausenta ou vá embora do serviço. (Trecho de narrativa).

Os profissionais consideram que as famílias são, na sua maioria, de baixa renda, algumas inclusive passam por necessidade financeira. Ao mesmo tempo, a renda constitui um tema difícil de abordar. No que tange ao arranjo familiar, os profissionais apontam que a maioria

é de famílias nucleares – formadas por pai, mãe e filhos –, em que as mulheres são as principais cuidadoras e a presença maioritária nos serviços. Os homens estão pouco presentes, e isso não é objeto de reflexão sistemática nas equipes, como o descrito em estudos anteriores sobre famílias no Capsi^{20,34}.

Em todos os serviços, existem usuários que moram em abrigos de diferentes características ou com uma família acolhedora. Em alguns lugares, eles têm relações mais próximas como se fossem de família. Alguns têm contato com a família de origem; outros, não. São entre 10 e 15 usuários em cada serviço, porém, a impressão das equipes é que existem em número maior, pois são usuários que demandam muito. Houve consenso sobre a necessidade de ter um registro sistemático sobre a situação desses usuários.

Os participantes avaliaram que a insuficiência de informações sobre as famílias registradas em prontuário constitui uma lacuna que pode comprometer a qualidade da assistência. Nesse sentido, consideram necessário incluir, na rotina do serviço, o levantamento e o registro sistemático de informações sobre as famílias, desde a chegada ao serviço, de modo a poder incluí-las na construção do PTS. Isso se expressou na pactuação de um indicador sobre a qualidade do processo do acolhimento, como mostramos no *quadro 1*.

Quadro 1. Indicador para avaliação do acolhimento às famílias no Capsi

Nome do indicador	Definição	Dimensão: Acolhimento			
		Interpretação	Fonte de dados	Período	Método de cálculo
Completude das informações sobre os usuários	Proporção de fichas de acolhimento ou prontuários que atendem aos critérios de completude das informações: dados de identificação pessoal; configuração familiar; redes de apoio; condições de vida da família – renda, local de moradia; raça/cor; trajetória escolar; história da queixa de saúde mental; itinerário terapêutico prévio.	Reflete a capacidade do Capsi de registrar dados importantes sobre o usuário, desde os primeiros encontros, visando à melhor construção do PTS	Ficha de acolhimento ou prontuário	Mensal	Número de fichas de acolhimento/prontuários que atendem aos critérios de completude das informações entre os casos que chegaram ao serviço nos últimos 30 dias Número de casos que chegaram ao serviço nos últimos 30 dias

Fonte: Elaboração própria.

Sobre as ofertas de cuidado, houve consenso acerca da necessidade de incluir a família na construção, revisão e eventual repactuação do PTS com a periodicidade de três meses. Também houve acordo sobre a necessidade

de incluir os familiares em algum tipo de atividade ofertada pelo serviço, ambos a cada três meses. Para isso, foram construídos dois indicadores, tal como registrado no *quadro 2*.

Quadro 2. Indicadores para o cuidado às famílias no Capsi

Nome do indicador	Definição	Cuidado às famílias			
		Interpretação	Fonte de dados	Período	Método de cálculo
Envolvimento do usuário e sua família na avaliação do PTS	Proporção de PTS repactuados nos últimos três meses entre o profissional de referência, o usuário e a família	Reflete a capacidade de incluir o usuário e a família no planejamento e nas ações de cuidado	Prontuário	A cada três meses	Número de PTS repactuados entre o profissional de referência, usuário e família nos últimos três meses
Ofertas de cuidado às famílias	Proporção de familiares que participaram de atividades individuais ou coletivas nos últimos três meses	Reflete a possibilidade de ofertar cuidado às famílias	Prontuário	A cada três meses	Número de usuários com PTS Número de usuários cujos familiares participaram de atividades no serviço nos últimos três meses Número de usuários atendidos no serviço

Fonte: Elaboração própria.

O conteúdo do PTS depende de cada caso, por isso o grupo considerou que existem aspectos da assistência que não poderiam ser avaliados por meio de indicadores quantitativos e optou por construir um Guia de Boas Práticas, inspirado em produções anteriores, especialmente no estudo de Lima et al.²⁹.

Nos quatro serviços, as ofertas para as famílias são principalmente de grupos, tanto informativos quanto terapêuticos. Alguns desses grupos, além de fazerem circular a palavra, utilizam-se de diferentes recursos materiais, como horta, tricô, crochê etc. São espaços destinados a familiares de crianças e adolescentes, embora seja mais frequente a presença de familiares de crianças. Eventualmente, são propostos atendimentos vinculares, em que se busca trabalhar o vínculo entre mãe e criança.

Houve consenso entre os participantes sobre a necessidade de que existam grupos em diversos horários, que considerem as jornadas

de trabalho dos familiares e que existam ofertas de atendimento individual, quando necessário. Para incentivar a participação da família, é importante ofertar cuidado no mesmo momento em que o usuário está sendo atendido. Deve ainda existir a possibilidade de que o Capsi articule a oferta de atendimentos individuais em outros espaços, quando isso é pertinente ao caso. Foi discutida a importância de incluir o cuidado aos familiares quando os usuários estão em crise, assim como de incluir a família na discussão sobre a hipótese diagnóstica e sobre a medicação. Para isso, é central que os técnicos de referência sejam, de fato, acessíveis aos usuários e seus familiares.

Frequentemente, os profissionais se deparam com a ‘falta de resposta’ dos familiares. Muitas vezes, “a mãe chega e ‘desliga’ da criança” (trecho de narrativa), deixa esse momento para descansar, às vezes, olhando o celular; e pouco se interessa por interagir com

a criança. Ao mesmo tempo, o grupo pondera que é preciso compreender, de maneira empática, as dificuldades das famílias:

muitas vezes, esse não brincar com a criança tem a ver com as próprias experiências de vida do familiar; então isso é algo que tem que ser compreendido para não chegar como uma prescrição de como a família tem que se relacionar. (Trecho de narrativa).

Reflexões como essa expressam disponibilidade para se colocar no lugar das famílias, buscando compreender as suas dificuldades e necessidades, como apontado por Onocko-Campos³⁵, quando destaca que o trabalho com a criança e sua família faz parte do cuidado no Capsi e não é um acréscimo inesperado. Percebe-se também um esforço por não operar a partir de uma perspectiva normativa, como problematizam Dimenstein et al.⁵.

Em paralelo, as diferenças socioculturais desafiam os profissionais demandando redobrar esforços para uma escuta empática. Por exemplo, é difícil compreender a valorização dos laços familiares não consanguíneos que podem se expressar em práticas de cuidado, como quando a mãe de uma criança ‘autista grave’ relata que passará algumas noites cuidando de um amigo da família no hospital. Ao problematizar esses sentimentos, os profissionais evitam reproduzir acriticamente uma compreensão pautada em padrões sociais dominantes sobre a vida familiar⁶, buscando respeitar dinâmicas sociais e os modos de cuidado de famílias das classes populares⁵.

Chama a atenção a pouca presença de homens no serviço, como descrito em outros estudos^{20,34}; e a presença, quando se dá, acontece a partir de tarefas tradicionalmente

masculinas, como levar e buscar a criança e a mãe ao/no serviço e ficar aguardando no carro, eventualmente preferindo não entrar, por considerar que estão com roupas sujas do trabalho. Também há relatos de homens que dizem não ir ao serviço, porque se encontram desempregados, sem dinheiro para pagar o transporte. Trata-se de comportamentos expressivos do que Zanello³⁶ caracteriza como o dispositivo da eficácia, que é central no processo de subjetivação dos homens e que implica a centralidade da capacidade de prover financeiramente a família. Para incentivar a presença dos homens, pensou-se em ofertar um grupo específico deles, assim como já existe um grupo de mulheres em um serviço. Entretanto, foi pontuado que o número insuficiente de trabalhadores nas equipes limita a efetivação dessas iniciativas.

Considerou-se que o dispositivo da ambiência – que faz parte da organização dos quatro serviços – precisa ser fortalecido, visando ter um olhar específico para os familiares mulheres e homens, incluindo os irmãos dos usuários se, eventualmente, pensar atividades direcionadas a eles. Deve ser um espaço propício para acolher demandas espontâneas – e, às vezes, emergenciais – dos familiares, possibilitando assim relações mais horizontais que consideram a família como sujeito do cuidado¹¹. A ambiência é também um espaço no qual diversos temas podem ser abordados: combate a diversas formas de discriminação, informações sobre cuidados em saúde, informações sobre atividades culturais e de lazer para crianças e adultos etc.

No *quadro 3*, apresentamos a primeira parte do guia que envolve o subtema ‘ofertas de cuidado’.

Quadro 3. Guia de boas práticas para o cuidado às famílias no Capsi (primeira parte)

Subtema	Questões
Ofertas de cuidado	<p>Há grupos de família? Eles ocorrem várias vezes na semana – e em horários que considerem as jornadas de trabalho dos familiares?</p> <p>Existe atendimento individual para os familiares?</p> <p>As famílias reconhecem os técnicos de referência como uma referência de fato, acessível a elas no cotidiano do serviço, e não apenas como designação burocrática?</p> <p>Quando a equipe do Capsi avalia ser necessário um atendimento individual para os responsáveis, em outro serviço, é feito um encaminhamento de forma implicada?</p> <p>O Capsi consegue elaborar estratégias de atendimento aos familiares quando há resistência por parte deles ao tratamento?</p> <p>A questão da sobrecarga dos familiares é considerada na elaboração do PTS e no manejo cotidiano do caso, havendo estratégias para aliviá-la?</p> <p>O serviço dialoga com os familiares sobre outras possibilidades e interesses de vida que não se restringem aos cuidados do usuário?</p> <p>O Capsi estimula a criação de espaços de convivência e sociabilidade para os familiares, dentro e fora do serviço?</p> <p>É discutida a questão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) com os familiares, levando em consideração o PTS de cada paciente?</p> <p>Os familiares e os cuidadores são incluídos na atenção à crise dos usuários, considerando também os processos de eventuais internações?</p> <p>Há discussão/problematização da hipótese diagnóstica com a família e demais atores implicados no cuidado?</p>

Fonte: Elaboração própria.

Existem dificuldades na comunicação com os familiares; inclusive, muitos ainda não compreendem qual é a proposta assistencial do Capsi. Algumas famílias expressam que é uma ‘sorte’ poder ser atendido no Capsi, que é um serviço gratuito, parecendo não considerar que estão tendo acesso por direito. Já outras famílias desvalorizam o serviço ao compará-lo com serviços privados que têm prestígio no mercado – como integração sensorial ou *floortime*. Muitas famílias solicitam atendimentos individuais – com psicólogos, terapeutas ocupacionais ou fonoaudiólogos – em detrimento dos atendimentos em grupo, como também encontrado por Delfini²². Aqui parecem estar compreendendo a saúde como mercadoria que é de melhor qualidade à medida que se aproxima da oferta de serviços privados. Em ambas as situações, parece haver pouco conhecimento da saúde como direito, das propostas da Reforma Psiquiátrica e do modelo de atenção psicossocial. Essa situação

evidencia a coexistência do modelo biomédico e o modo psicossocial na sociedade²².

No caso de usuários com o diagnóstico de autismo, há uma discussão mais complexa, que não poderemos desenvolver aqui, que se relaciona com incluir o autismo no âmbito das deficiências, o que incluiria esses usuários também no âmbito da reabilitação. Assim como em outras pesquisas no âmbito do Capsi^{22,29}, considerou-se que essas questões deveriam ser amplamente discutidas, tanto ao falar do PTS de cada usuário quanto em espaços coletivos como assembleias e, de um modo mais amplo, por meio da mobilização social das famílias.

Para ter uma comunicação melhor e que a família participe, de fato, da construção do PTS, os profissionais consideram que é preciso pensar em diversas estratégias. Por exemplo, em alguns serviços, faz-se uma ‘conversa-festa’ – um dia de conversa e depois festa, e isso interessa mais aos familiares.

Considerou-se importante investir mais na

discussão sobre os benefícios sociais, especialmente o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Trata-se de um tema complexo e polêmico, principalmente quando não é claro que a criança tem um diagnóstico que dê direito ao benefício e a família não possui fontes de renda que atendam às suas necessidades básicas. Nesse sentido, também se valorizou a importância de fortalecer iniciativas de geração de renda vindas dos familiares.

Para incentivar a participação da família na gestão, considerou-se importante não só incentivar que a família participe da tomada de decisões sobre o Capsi – que podem ser tomadas em espaços como assembleias –, mas

que esta perceba que as decisões se desdobram em ações. Também é necessário participar do cuidado com o espaço e a organização de atividades recreativas e comemorativas. Para isso, é importante que as assembleias aconteçam em horários acessíveis para os familiares. Foi apontada também a necessidade de que os familiares possuam espaços de diálogo e articulação entre eles. Destacou-se ainda a importância de incentivar a participação de representantes das famílias no Conselho Gestor, nos serviços em que já existe tal qual no Conselho Local de Saúde, como também apontado em outros estudos^{22,29}. Esses aspectos aparecem no *quadro 4*.

Quadro 4. Guia de boas práticas para o cuidado às famílias no Capsi (segunda parte)

Subtema	Questões
Participação da família na gestão do Capsi	Os familiares: participam das decisões sobre a organização e gestão do serviço? São convocados a ajudar a cuidar do espaço do Capsi? São escutados no momento da realização de obras no serviço? Participam da organização de atividades recreativas e comemorativas do serviço (festas etc.)? Acontecem assembleias com regularidade no Capsi e em horários que permitam a participação das famílias? As decisões da assembleia repercutem no cotidiano do serviço?
Iniciativas de cidadania, mobilização e organização	A família é incluída nas estratégias de articulação com a rede psicossocial ampliada (escola, Cras, Conselho Tutelar etc.)? O Capsi: estimula os familiares a exercerem uma participação na política pública, por exemplo, em Conselhos Locais de Saúde? Estimula os familiares a se integrarem formando grupos, associações ou cooperativas? Acolhe iniciativas de geração de renda ou inserção no mercado de trabalho de usuários e familiares?

Fonte: Elaboração própria.

Incentivar a mobilização e a organização dos familiares – dentro e fora do serviço – foi considerado um importante desafio, um ponto que é pouco incluído e que tem relação com o que Vasconcellos⁶ e Dimenstein et al.⁵ colocam sobre como o estado se relaciona com as famílias e com a desigualdade social brasileira, em que, muitas vezes, as famílias pobres não são devidamente acolhidas, tornam-se vulneráveis e podem, inclusive, ser objeto de intervenções que, ao desqualificar, acabem fragilizando a família³⁵.

Considerações finais

No presente estudo, o exercício interpretativo envolveu um cuidadoso processo de organização do que foi dito, de maneira que o produto da pesquisa expressa o consenso que foi construído no diálogo com os participantes²⁵. Os indicadores e o guia são produto de um processo de pesquisa e uma experiência de formação permanente, em que os profissionais puderam refletir sobre as desigualdades sociais, com os recortes raciais e de gênero, e seus efeitos nas relações com as famílias.

Este trabalho mostra alguns efeitos da narrativa: a produção de reflexões e autocríticas entre os profissionais, que foram integradas na formulação de indicadores, e o Guia de Boas Práticas, duas ferramentas avaliativas que poderão contribuir para produzir avanços no cuidado. Tal integração constitui uma inovação em relação a outros estudos sobre o cuidado às famílias no âmbito da saúde mental, pois não identificamos outras experiências de pesquisa-intervenção com as características aqui apresentadas.

São pontos fortes deste trabalho o fato de incluir trabalhadores com diversas formações e funções e que foram escolhidos por seus serviços. Ao mesmo tempo, é uma limitação o fato de que o trabalho se centra na perspectiva

dos profissionais, pois não foi possível incluir diretamente os familiares. As peculiaridades da realidade brasileira tornam mais desafiadora a comparação com estudos internacionais. Trata-se de uma limitação do presente estudo, que será trabalhada em outra ocasião.

Colaboradoras

Bustamante V (0000-0002-6736-041X)* trabalhou em todas as fases da pesquisa e redação. Onocko-Campos R (0000-0003-0469-5447)* trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, assim como a revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. Clín.* 2015;27(1):17-40.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. *Diário Oficial da União*. 20 Fev 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: MS; 2014.
5. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, et al. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Rev. Saúde Colet.* [internet]. 2010 [acesso em 2020 jan 29]; 20(4):1209-1226. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a08v20n4.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Vasconcelos EM. 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. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2020 jan 29]; 18(10):2825-2835. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a07.pdf>.
7. Olin SS, Kutash K, Pollock M, et al. Developing quality indicators for family support services in community team-based mental health care. *Adm Policy Ment Health.* 2014; 41(1):7-20.
8. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008; 42(1):127-134.
9. Camatta MW, Nasi C, Adamoli AN, et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(11):4405-4414.
10. Constantinidis TC, Andrade AN. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(2):333-342.
11. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1):131-9.
12. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. *Interface (Botucatu).* 2010; 14(32):103-113.
13. Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev. Bras. Enferm.* 2011; 64(1):47-52.
14. Cordeiro LRO, Oliveira MS, Souza RC. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012; 46(1):119-123.
15. Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, et al. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. *Cad. Saúde Colet.* 2019; 27(1):60-66.
16. Campelo LLCR, Costa SME, Colvero LA. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48(esp):192-198.
17. Monteiro ARM, Teixeira LA, Silva RSM, et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. *Esc. Anna Nery.* 2012; 16(3):523-529.
18. Favero-Nunes MA, Santos MA. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicol. Reflex. Crit.* 2010; 23(2):208-221.
19. Delfini PSS, Bastos IT, Reis AOA. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(12):e00145816.
20. Dombi-Barbosa C, Bertolino Neto MM, Fonseca FL, et al. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) do estado de São Paulo. *Rev Bras Crescimento e Desenvolvimento Hum.* 2009; 19(2):262-268.
21. Lima RC, Couto MCV, Solis FP, et al. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saude Soc.* 2017; 26(1):196-207.
22. Delfini PSS. O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016. 220 p.
23. Campos GWS. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, et al., organizadores. *Participação, pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 97-102.
24. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de quarta geração.* Campinas: Unicamp; 2011.
25. Onocko-Campos RT. O exercício interpretativo. In: Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, et al., or-

- ganizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 278-299.
26. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, et al., organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
27. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Trapé TL, et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):71-83.
28. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Trapé TL, et al. Construção de indicadores para avaliação de CAPS. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, organizadores. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Ateneu; 2017. p. 37-52.
29. Lima RC, Couto MCV, Delgado PGG, et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis*. 2014; 24(3):715-739.
30. Bustamante V, Onocko-Campos R, Silva AA, et al. Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2020 [acesso em 2020 fev 24]; (24):e190276. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100210.
31. G1. População de Campinas é de 1.204.073, aponta estimativa do IBGE [internet]. *Globo.com Campinas e Região*. 2019 ago 28. [acesso em 2020 jan 2]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2019/08/28/populacao-de-campinas-e-de-1204073-aponta-estimativa-do-ibge.ghtml>.
32. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 19(1):102-110.
33. Ricoeur P. *Interpretação e ideologia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
34. Muylaert CJ, Delfini PSS, Reis AOA. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis*. 2015; 25(1):41-58.
35. Onocko-Campos RT. E agora, quem os educa? Holding, handing e continuidade: funções claudicantes na política pública de saúde mental para crianças. In: Onocko-Campos RT. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 137-147.
36. Zanello V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris; 2018.

Recebido em 02/03/2020

Aprovado em 22/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo, nº 108601/2017-0

A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR)

Autonomous Medication Management in Psychosocial Care Centers of Curitiba (PR)

Deivisson Vianna Dantas dos Santos¹, Chayanne Federhen¹, Thiago Augusto da Silva¹, Isabella Renata dos Santos¹, Caroline de Azevedo Levino¹, Rosana Teresa Onocko Campos², Sabrina Stefanello¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E315

RESUMO No contexto do ‘recovery’ surgiu, em 1993, a Gestão Autônoma da Medicação, uma estratégia que visa garantir, aos usuários de psicotrópicos, participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, via diálogo e troca de informações entre os envolvidos nos tratamentos em saúde mental com trabalhos nacionais, que demonstram esses efeitos. O objetivo do presente estudo foi fomentar e avaliar qualitativamente a realização da estratégia Gestão Autônoma da Medicação nos Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). Foi feita uma pesquisa qualitativa, com implantação de grupos Gestão Autônoma da Medicação e de entrevistas semiestruturadas. Participaram usuários, trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial e estudantes de medicina, totalizando 18 entrevistados. O material foi transcrito integralmente e as percepções dos participantes foram avaliadas baseando-se na hermenêutica gadameriana, extraíndo-se, assim, núcleos argumentais, os quais foram agrupados em categorias e analisados posteriormente. Demonstrou-se que o grupo Gestão Autônoma da Medicação auxiliou os usuários no processo de conhecimento e tomada de decisão sobre seus tratamentos, bem como no conhecimento dos seus direitos. A intervenção também se mostrou relevante para os profissionais e estudantes, reforçando conceitos como a importância de valorizar a fala, as experiências e a autonomia do usuário.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Reabilitação psiquiátrica. Medicalização. Empoderamento para a saúde.

ABSTRACT *In the context of ‘recovery’, in 1993, the Autonomous Management of Medication emerged, a strategy that aims to ensure that psychotropic users participate in decisions regarding their treatments, through dialogue and information exchange among those involved in mental health treatments with national studies, that demonstrate these effects. The aim of the study was to promote and qualitatively evaluate the implementation of the Autonomous Medication Management strategy at the Psychosocial Care Center of Curitiba (PR). Qualitative research was carried out, with the implementation of Autonomous Medication Management groups and semi-structured interviews. Users, Psychosocial Care Centers workers and medical students participated, totaling 18 respondents. The material was fully transcribed and the participants’ perceptions were evaluated based on Gadamerian hermeneutics, thus extracting argument nuclei, which were grouped into categories and analyzed later. It has been shown that the Autonomous Medication Management group assisted users in the process of knowledge and decision making about their treatments, as well as knowledge of their rights. The intervention was also relevant for professionals and students, reinforcing concepts such as the importance of valuing speech, experiences and user autonomy.*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
deivianna@gmail.com

²Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

KEYWORDS *Mental health. Psychiatric rehabilitation. Medicalization. Empowerment for health.*



Introdução

O sofrimento mental é um fenômeno universal. Todo ser humano, em determinado momento da sua trajetória, poderá vivenciá-lo. Por outro lado, a vivência deste sofrimento é uma experiência única, individual e intransferível, ainda que este processo seja influenciado pelo contexto sociocultural, pelo momento histórico, pelas crenças e pelo ambiente no qual a pessoa habite.

Até a década de 1980, o modelo de tratamento em saúde mental vigente no Brasil era essencialmente hospitalocêntrico e considerava pouco a dimensão da experiência no seguimento do indivíduo. A internação não se relacionava com uma demanda clínica da pessoa, mas sim, com uma demanda da sociedade, institucionalizando o sujeito dentro de uma política que se mostrou segregacionista e punitiva. Esse modelo manicomial produzia diversos efeitos nocivos às pessoas, tais como: perda das habilidades para atividades da vida diária e progressiva desconexão com seus laços sociofamiliares e comunitários¹.

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma nova política de saúde mental foi instituída no país e teve como um dos seus principais recursos os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), locais onde o tratamento se desenvolveria de forma comunitária e compartilhada. Apesar das mudanças instituídas, muitos foram e são os desafios na execução deste modelo. Há, ainda, uma primazia do tratamento medicamentoso, sendo que, muitas vezes, este se reduz ao uso de psicotrópicos. O modelo médico-centrado ainda prevalece, especialmente quando se trata da assistência ao usuário de saúde-mental, sendo a sua participação, muitas vezes, restringida ao mero relato dos sintomas². Ademais, o redirecionamento recente da política de saúde mental brasileira, na qual o financiamento dos equipamentos territoriais é diminuído em prol do aumento do investimento em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e

outros equipamentos de grande porte, tende a reduzir ainda mais a participação dos usuários nos rumos dos seus tratamentos³.

Na década de 1990, nasce a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), uma proposta que surgiu no Canadá, a partir dos questionamentos feitos à gestão da prescrição de psicotrópicos aos pacientes de saúde mental⁴. A GAM surge no contexto do movimento de *recovery* (processo de reestabelecimento) em saúde mental, que foi um movimento iniciado na década de 1970, em países anglo-saxões, mobilizado por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, em defesa da compreensão de que os indivíduos não poderiam ser reduzidos aos diagnósticos de transtornos mentais⁴. O movimento *recovery* compreende que a doença é apenas uma das esferas da vida humana e abre espaço para a recuperação/reestabelecimento capaz de conviver com a condição de adoecimento, sem necessariamente a total remissão dos sintomas. O *recovery* é um processo dinâmico, não linear, e tem, como possíveis espaços para seu desenvolvimento, grupos de mútua ajuda, movimentos pelos direitos civis e de valorização dos usuários⁵.

Nesse sentido, a GAM indaga sobre a falta de informações relacionadas aos remédios prescritos; os efeitos indesejáveis decorrentes do uso destes medicamentos; a persistência do sofrimento, mesmo com o tratamento medicamentoso; a dificuldade de retornar ao mercado de trabalho; o desejo dos usuários, de viverem sem os remédios; e, por fim, a autonomia dos usuários diante das escolhas terapêuticas. Na GAM, a autonomia é compreendida como gestão compartilhada ou cogestão, assim sendo construída na relação com o outro. Aqui se compreende autonomia como a capacidade de conhecer e cuidar de si mesmo, atrelada à constante relação, ao conhecimento e ao cuidado com o outro⁶.

A estratégia GAM visa à criação de espaços e grupos nos quais se possa conversar e refletir sobre os medicamentos e seus efeitos na vida

de cada um. Questionam-se as relações de poder no tratamento em saúde mental, a fim de garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, pressupondo que, para isto, são fundamentais o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no processo decisório. Na estratégia GAM, os usuários são instigados a dialogar sobre o significado que a medicação e outras práticas ocupam em suas vidas⁴. Assim, a estratégia se pauta no poder de fala e decisão sobre suas próprias vidas e seus próprios tratamentos, compreendendo que, a partir de um processo de crescimento e fortalecimento pessoal (*empowerment* ou empoderamento), em conjunto com os demais sujeitos de seu contexto sociocultural, poderiam estar mais seguros e fortalecidos nessas decisões^{5,6}.

Há cada vez mais estudos⁷⁻⁹ demonstrando que a estratégia GAM possibilita a inserção da pluralidade de experiências e significações acerca do uso de psicofármacos em um espaço de cuidado compartilhado. Além disto, ela inclui ferramentas que oportunizam a auto-observação e a identificação de redes de apoio, o que contribui para que o usuário se aproprie do poder decisório em seu tratamento. Seus efeitos também podem ser vistos em relação aos trabalhadores de saúde, que, ao participarem do grupo GAM, indicaram a ampliação do vínculo entre profissionais e usuários. O contato com a experiência propiciou aos trabalhadores maior crítica em relação à dificuldade de confiar na decisão do usuário sobre o que fazer com o seu tratamento, levando-os a se perceberem com posturas menos tutelares.

Com a difusão da estratégia GAM como uma prática de empoderamento dos usuários no campo da saúde mental no Brasil, faz-se necessário estudar e avaliar as suas consequências em outras regiões e locais. Sendo assim, o objetivo deste estudo é analisar os efeitos e as consequências da implantação da estratégia GAM em Caps do município de Curitiba (PR), seja nos usuários, profissionais da saúde ou estudantes de medicina.

Metodologia

O presente estudo utilizou-se da metodologia qualitativa do tipo pesquisa-ação, através da implementação de grupos GAM e, posteriormente, de entrevistas semiestruturadas com os participantes do grupo. A pesquisa-ação para este estudo se justifica, uma vez que ela tem por finalidade unir a pesquisa à prática. Com este tipo de pesquisa, é possível intervir na prática de modo inovador já no transcurso do estudo e não apenas ao final do trabalho¹⁰.

A pesquisa-ação se propõe a intervir em problemas da realidade, visando uma transformação no espaço em que atua, buscando uma relevância prática em seus resultados. Como intervém sobre a realidade, em alguma medida, há a superação entre sujeito de pesquisa e objeto de pesquisa; o trabalho se dá em conjunto, entre pesquisador e local de ação-pesquisa, orientando-se de modo coletivo e participativo^{10,11}. Além disto, também pretende avaliar a si mesma, tanto durante o processo como em seus resultados finais. Desta forma, a pesquisa-ação ultrapassa os limites do tradicional estudo de caso ao adicionar o elemento avaliativo à descrição da intervenção.

A fim de apresentar a estratégia aos profissionais que trabalham com saúde mental em Curitiba (PR), sensibilizá-los e ensiná-los sobre o desenvolvimento da GAM, foi oferecido um curso pelo projeto de extensão 'A Gestão Autônoma da Medicação na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Curitiba-PR', do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O curso ocorreu em agosto de 2017 e contou com sete encontros, cada um com duas horas de duração. Ao término do curso, os profissionais da rede de atenção psicossocial que demonstraram interesse iniciaram grupos GAM nos seus respectivos serviços, contando com a colaboração dos alunos da graduação de medicina, vinculados ao projeto de extensão. Ao todo, foram criados três grupos, que aconteceram em Caps diferentes, no município de Curitiba (PR), sendo um deles voltado para

peças com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Caps AD). Além dos usuários, participaram dos grupos estudantes integrantes do projeto de extensão anteriormente citado e trabalhadores dos serviços, os quais realizavam a mediação dos encontros. A diferença desse trabalho para outros já desenvolvidos, envolvendo a estratégia GAM, foi a inclusão de estudantes como participantes dos grupos, que inclusive acabaram servindo como estratégia de formação, já que estavam ligados a um projeto de extensão.

Cada um dos grupos se desenvolveu nos espaços de seus referidos Caps e as equipes desses serviços foram as responsáveis por convidar os

usuários a participarem dos grupos GAM.

Os critérios de inclusão dos usuários para participação na pesquisa foram: participação no grupo; uso de psicofármacos há, pelo menos, um ano; quadro clínico estável; e capacidade de interação dialógica e consentimento (assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Exceto pelo consentimento, a observação dos critérios de inclusão foi realizada pelos próprios trabalhadores do Caps, tanto na indicação como no convite de usuários para participação no grupo. O critério de inclusão para estudantes e profissionais foi a participação no grupo GAM, fosse moderando o grupo ou como observador externo (*quadro 1*).

Quadro 1. Características dos participantes, número, duração dos encontros e entrevistados de cada grupo

Locais	Participantes	Número de encontros	Duração de cada encontro (horas)	Duração do grupo	Entrevistados
Caps A	5 usuários 1 profissional 1 estudante	15	1	Set/2017 a Jul/2018	3 usuários 1 trabalhador 1 estudante
Caps B	4 usuários 2 profissionais 1 estudante	20	1 a 1,5	Mai/2018 a Dez/2018	4 usuários 2 trabalhadores 1 estudante
Caps AD	2 usuários 2 profissionais 2 estudantes	30	1 a 1,5	Nov/2017 a Set/2018	2 usuários 2 trabalhadores 2 estudantes

Fonte: Elaboração própria.

O material usado nas discussões dos grupos foi uma cópia do ‘Guia GAM’ fornecida a cada usuário^{12,13}. O Guia foi traduzido a partir do modelo canadense e foi adaptado para a realidade brasileira, conforme as demandas e necessidades observadas no contexto sociocultural e sanitário do país. Através dessa cartilha, foram trabalhados diversos aspectos, como autoconhecimento, direitos dos usuários, conceito de autonomia e relação com o medicamento e as suas influências na vida dos participantes. Destinado aos usuários, divide-se em duas partes, subdivididas em ‘Passos’

(tópicos). A ‘Parte 1 – Sua qualidade de vida’ aborda tópicos referentes ao conhecimento sobre si mesmo e sobre os medicamentos psiquiátricos. Já a ‘Parte 2 – Um caminho para mudanças’, refere-se a ações de revisão do que foi trabalhado no grupo e ao planejamento de ações futuras^{12,13}. O andamento pelo Guia se deu conforme cada grupo, até que todos os tópicos tivessem sido abordados de alguma forma, tendo esse processo uma duração média de oito meses.

Após a finalização dos grupos, todos os envolvidos foram convidados a participar de

entrevistas semiestruturadas. Os pesquisadores do presente estudo criaram um roteiro, utilizando linguagem acessível, a fim de guiar as entrevistas. No tocante aos usuários, manteve-se o foco nas perguntas sobre as experiências individuais de terem participado do GAM, nas dificuldades encontradas nessa participação, nos efeitos em relação ao tratamento e na dinâmica com a equipe de saúde que os acompanhou. Os usuários que participaram das entrevistas vinham acompanhando o grupo de modo regular, desde seu início, contudo não houve um controle dessa frequência ao grupo. Participantes que abandonaram o grupo durante seu desenrolar não foram incluídos na pesquisa. Quanto aos estudantes e trabalhadores, o foco ficou tanto na experiência como no aprendizado que tiveram ao participarem dos grupos. Os trabalhadores que participaram dos grupos e, portanto, das entrevistas eram psicólogos, enfermeiros e farmacêuticos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente. Cada uma delas foi identificada por meio de códigos para preservar a identidade dos entrevistados, sendo: U

para usuários, T para trabalhadores e E para estudantes, seguidos de números sequenciais para diferenciar cada entrevista.

Os textos foram transformados em narrativas, conforme os preceitos da hermenêutica gadameriana¹⁴, que busca o significado a partir dos fenômenos emanados dos discursos; e, a partir daí, extraíram-se os núcleos argumentais, que foram agrupados em categorias construídas conforme a interpretação dos discursos.

Para seguir a dinâmica hermenêutica, foi feito um processo de leitura detalhada inicial das transcrições, no qual se manteve o sentido das falas originais dos participantes. Buscou-se, também, sintetizar os textos, enfatizando ideias repetidas. Exemplos foram apresentados de forma resumida, e os vícios de linguagem foram transformados em escrita para tornar o texto mais corrido e compreensível, sem perder a essência das falas dos participantes. Na sequência, os núcleos argumentais foram agrupados em categorias, gerando uma grade de análise (*quadro 2*) que possibilitou a organização e interpretação dos discursos.

Quadro 2. As categorias e os núcleos argumentais do estudo

Categorias	Núcleos argumentais
O grupo GAM	Motivações para participar Dinâmica do grupo O guia GAM
Interação com o serviço	Aceitação da equipe e influência do ambiente institucional
Efeitos da participação	Como o grupo GAM acrescentou informações à minha vida Influência e resultado do grupo GAM Indução de mudanças nos trabalhadores A relação com os medicamentos
Desafios	Os desafios enfrentados pelo grupo GAM

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, os pesquisadores interpretaram os pontos principais das categorias temáticas observadas nos resultados. Os argumentos que fazem parte da discussão foram extraídos das

próprias narrativas construídas a partir da transcrição das entrevistas semiestruturadas e foram posicionados em uma planilha, de tal forma que cada núcleo argumental pode ser

comparado, entre as diversas entrevistas. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPR, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 71471417.0.0000.0102.

Resultados

Os tópicos que emergiram das entrevistas foram divididos em cinco categorias de análise: A dinâmica nos grupos GAM; Interação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação com o serviço; Efeitos da participação no grupo GAM, quanto ao tratamento; Efeitos da participação no grupo GAM, quanto ao entendimento do problema de saúde de cada um; e Efeitos da participação no grupo GAM na reflexão da prática clínica.

A dinâmica nos grupos GAM

A motivação recorrente relatada pelos participantes-usuários foi a necessidade de falar sobre os medicamentos, somada à expectativa de um espaço de fala acolhedor. Nesse sentido, o grupo se mostrou um espaço seguro, no qual se criou um senso de pertencimento nos participantes, configurando-se como um local de socialização e compartilhamento de experiências.

Eles começaram a contar qual era a rede de apoio deles, até que um falou que aquele grupo era como um confessionário porque ali eles realmente se sentiram à vontade de falar sobre a vida deles e, abertamente, falar sobre a medicação. (Entrevista T03).

Os participantes relataram gostar do Guia, entendendo-o de forma clara e fácil, como um bom norteador do processo e das atividades do grupo, fomentando debates e reflexões, contribuindo com o aprendizado e estudo de uma forma didática, além de auxiliar no processo de autoconhecimento. Em poucos casos, o entendimento ficava dificultado, e os

profissionais buscavam alternativas para lidar com o entrave: no caso de uma participante analfabeta, o uso do Guia foi facilitado, tanto pelas próprias participantes e mediadoras do grupo quanto por vizinhas e outras pessoas da rede de apoio.

Os profissionais de saúde também identificaram a estratégia como espaço de troca de experiências e informações entre os membros. Perceberam que a construção de conhecimento dentro do grupo foi coletiva, e isso potencializou o aprendizado, tanto de conteúdos técnicos como de assuntos relacionados à vida diária.

Questões como autoconhecimento, redes de apoio durante o tratamento, direitos dos usuários, autonomia, relação com os medicamentos em uso, bulas, interrupção do uso do medicamento e prognóstico do tratamento foram tratadas durante os grupos. Todos esses tópicos surgiram através de perguntas e questionamentos que o Guia suscitou, e tanto os trabalhadores como os usuários consideraram que a dinâmica favoreceu uma abordagem reflexiva sobre esses temas. Sendo assim, o Guia se mostrou um norteador de reflexões durante as reuniões, fomentando debates e contribuindo com o aprendizado dos participantes.

As entrevistas demonstraram que, no início, os grupos costumavam seguir a lógica sequencial proposta pelo Guia. Conforme o tempo avançou e o grupo ganhou confiança, o direcionamento se tornou mais livre, sendo, inclusive, fomentada a busca por conteúdos que extrapolavam o Guia.

Interação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação com o serviço

A aceitação dos profissionais em relação à estratégia GAM não foi consenso em todos os serviços onde foi posta em prática. Alguns trabalhadores sentiram resistência na equipe de saúde, pois ela associava a estratégia da GAM à retirada do medicamento e, conseqüentemente, à ocorrência de crises.

[...] no início, tivemos bastante resistência da equipe. Eles achavam que GAM era só retirada de medicação, associavam a participação no GAM à ocorrência de crises. Abrimos pra dez pessoas e nenhum TR [trabalhador de referência] inscreveu ou convidou nenhum paciente. (Entrevista T04).

Alguns trabalhadores relataram que, quando informavam aos usuários seus direitos, temiam sentirem-se cobrados pelo estado, uma vez que viviam o papel interseccional de cidadãos e representantes desse estado. Afinal, são os trabalhadores, os representantes destes mesmos serviços, que não têm condições de fornecer o que lhes é pedido. Assim, sentem-se receosos de que, caso os usuários parem de tomar medicamentos, a culpa e a cobrança por parte do estado recaiam também sobre eles mesmos, os trabalhadores.

Outros trabalhadores observaram que a realização do grupo em um ambiente institucional reforçou a dificuldade de tratar a perspectiva da horizontalidade, uma vez que esses espaços possuíam uma lógica hierarquizada e funções-papéis já bem estabelecidas e cristalizadas.

[O que] mudou é não ter medo de falar para o paciente dos efeitos colaterais que poderiam aparecer. Às vezes, a gente não falava de medo do paciente parar de tomar. (Entrevista T03).

Efeitos da participação no grupo GAM, quanto ao tratamento

Os diálogos promovidos no grupo proporcionam aprendizados, tanto para usuários quanto para trabalhadores e estudantes. Em especial, os participantes relataram ter aprendido sobre efeitos colaterais de medicação (tanto psiquiátrica quanto clínica), que, muitas vezes, podem aparecer antes do efeito terapêutico desejado. Para além dos momentos no grupo, os usuários sentiam-se motivados a buscar informações por conta própria.

A gente aprendeu muito efeitos indesejáveis. Um caso que me chamou a atenção foi da fluoxetina. Uma paciente disse que dava muita coceira nela. Eu fiquei surpresa e fui buscar na literatura. E, realmente, 0,4% das pessoas que tomam, podem ter coceira. (Entrevista T02).

Os usuários destacam como pontos de grande importância: o aprendizado referente à razão pela qual a medicação foi prescrita; qual seria a ação terapêutica, ou a contraindicação; e em quais quadros podem ser indicados – às vezes, um mesmo medicamento para quadros distintos. Referem que, muitas vezes, desconhecem o porquê de estarem tomando determinado medicamento. Tal fato foi associado a eventos anteriores durante seu histórico de tratamento, que, a partir do aprendizado no grupo GAM, percebem como sendo práticas violentas.

Antes, não era explicado o porquê de tomar o remédio. Hoje, eu sei, devido ao aprendizado com o GAM, que eu, muitas vezes, fui contido com medicação. Um histórico de violência. Já fui amarrado em hospital. Mas nada era explicado – tem que tomar e acabou. Em hospital, ou tomava oral, ou injetável. Essa é a importância do nosso encontro do GAM, pra conhecer mais sobre medicação. Não somente o efeito, mas pra quê tomar. (Entrevista U01).

Os usuários observaram diferenças nas formas de tratamento que receberam ao longo da vida. Avaliaram mudanças no posicionamento e na relação com os profissionais e também em relação às informações oferecidas. Foi perceptível que, anteriormente, as práticas de tratamento que receberam, em muito se pautavam na violência, na hierarquização e na medicamentação. Esta mudança na forma de tratamento contribuiu também para uma mudança nos próprios usuários, que passam a se perceber como indivíduos com direitos. Relatam que o aprendizado sobre seus direitos, muitas vezes, lhes era negado.

Se eu tivesse esse conhecimento sobre a medicação e meus direitos, eu ia atrás. Parece que a gente era

proibido de ter conhecimento, era restrito. Então, eu jamais pensei que ia ter um grupo assim. Eu nunca estava de frente com o profissional, escutando o que ele diz e falando minha ideia. (Entrevista U03).

Alguns participantes, usuários e profissionais, relataram que, apesar de reconhecerem a importância da medicação, se relacionavam de modo ambivalente com ela, pois gostariam de não tomá-la. Já outros usuários, compreendem o medicamento com um papel fundamental em suas vidas, e principal responsável por seus tratamentos e pela manutenção da ausência de crises. O medicamento como objeto que, em si só, apresentaria a solução e/ou cura para o problema apresentado.

Por outro lado, o grupo buscou trabalhar outras visões do medicamento, entendendo-o como um recurso terapêutico possível e, muitas vezes, necessário, porém não o único, e não imprescindível em todos os casos.

O grupo sempre proporcionou reflexões em relação à tomada de medicação com o intuito de entender o que movimenta determinado comportamento, muito mais do que apenas aspectos técnicos do ponto de vista biológico-orgânico.

Efeitos da participação no grupo GAM, quanto ao entendimento do problema de saúde de cada um

Os usuários relataram que a participação no grupo contribuiu para o desenvolvimento de reflexão, percepção de si e da vida. O processo de autoconhecimento e conscientização, muitas vezes, já vinha sendo construído ao longo do tratamento, mas os usuários referem que a participação no grupo o potencializou. Sujeitos cada vez mais conscientes de si, de seus limites e potencialidades, da vida que possuem e daquilo que desejam, encontrando novas formas de encarar os problemas e descobrir fatores de bem-estar, que agregaram ao cotidiano. A GAM contribuiu para a construção e o reconhecimento da identidade dos participantes. Usuários que

antes se associavam muito à doença e ao seu tratamento, a partir do trabalho no grupo, passaram a olhar para si mesmos como sujeitos detentores de vida e autonomia.

Por outro lado, alguns trabalhadores não observaram essa mesma mudança percebida pelos usuários, ou seja, para eles, não houve um comportamento mais questionador por parte dos usuários em relação ao seu tratamento, ao serviço ou às condutas dos profissionais de saúde. Para os trabalhadores, isto ocorre devido à manutenção de uma lógica de cuidado hierarquizada e médico-centrada.

Apesar de ser um serviço dito multiprofissional, o médico, muitas vezes, ainda é o centro. Então, eles [usuários] ainda não conseguem questionar, têm dificuldade. (Entrevista T04).

Efeitos da participação no grupo GAM na reflexão da prática clínica

Os trabalhadores relatam que, pelo fato de o Guia propiciar perguntas que são postas a todos, ficaram instigados a respondê-las e contar as próprias experiências. Esse movimento trouxe a percepção de que estavam mais próximos dos usuários, estreitando-lhes os vínculos e corroborando a importância da GAM para construir horizontalidade nos serviços de saúde e nas relações terapêuticas. Reforçam que esta conformação não aparece em outros grupos ou atividades nos serviços de saúde. Esse mesmo resultado foi observado no relato das estudantes de medicina, uma mudança de olhar em relação aos participantes, com maior igualdade e proximidade.

Poder falar de quem eu sou. Eles se veem mais confiantes em saber que a gente não é dono do saber. Então, quando eu falo no GAM, parto de um 'Não sei, vamos construir juntos?' e é bem gratificante. Eles também falam 'Ela não sabe tudo'. Isso me colocou a refletir sobre minha atuação como terapeuta. (Entrevista T04).

O olhar em relação ao saber do usuário também mudou. Alguns profissionais relataram, por exemplo, perceber que os usuários entendem mais de medicação do que se supunha, ou que, muitas vezes, imaginavam que a adesão ao tratamento farmacológico era conforme prescrição médica, demonstrando uma não percepção profissional da autonomia da pessoa sobre sua própria vida, posicionamento comum em um sistema de cuidado hierarquizado e que tende à tutela. Além disto, alguns profissionais indicam que o grupo promoveu uma reflexão crítica a respeito de suas próprias práticas, por identificarem falhas que poderiam ser sanadas a partir de uma melhor atuação profissional.

Os estudantes de medicina citaram que a experiência de participar da estratégia GAM possibilitou vivenciar, na prática, conceitos imprescindíveis dentro da medicina, como a importância de valorizar as falas e experiências das pessoas. Assim como entender que autonomia e empoderamento são condições básicas, que precisam ser garantidas às pessoas, na prática, pelos profissionais de saúde.

A participação no grupo foi uma preparação para eu ser um futuro profissional porque eu acho que a maioria dos profissionais não tem essa consciência quando saem da faculdade. Eu mesmo nunca tinha ouvido falar sobre empoderamento do paciente, direito sobre tratamento, e eu acho que eu ter isso numa atividade de extensão do curso vai fazer uma diferença enorme. (Entrevista E01).

A mais evidente dificuldade sentida pelos profissionais foi a de sair do papel de detentor do conhecimento, daquele que se responsabiliza em maior parte pelo tratamento do outro. Sentiram que, muitas vezes, os próprios usuários esperavam posicionamentos dos profissionais, entendendo que a resposta ‘correta’ deveria surgir da figura com maior proximidade do saber técnico.

Discussão

O lugar do medicamento e suas relações

O medicamento pode ocupar muitos espaços na vida dos usuários. Muitas vezes, ainda é visto como principal ou único responsável pelo tratamento, ocupando um espaço de ‘pílula mágica’. Outras tantas, ocupa lugar indesejado, sendo seu uso rejeitado, mas, ainda assim, desempenha o papel de causador de problemas de variadas matizes^{4,8}. No presente estudo, observou-se, em muitos casos, o medicamento como ponto principal do tratamento, em paralelo a outros nos quais há uma tentativa de racionalizar seu uso, refletindo sobre alternativas terapêuticas e sobre o significado do uso da medicação. Outros trabalhos também apontam o medicamento ainda como ponto central do cuidado, sendo o uso do psicofármaco entendido como sinônimo de realização de tratamento, revelando a manutenção de uma lógica biomédica de cuidado^{15,16}.

Apesar de ocupar lugar de grande importância, pouco se fala da medicação de modo esclarecedor. Uma das principais motivações para os usuários participarem do grupo GAM é poderem falar e conhecer mais sobre os medicamentos que utilizam, resultado também observado em outros estudos^{6,9,15}. É comum que os usuários relatem não saberem qual a razão pela qual tomam a medicação, para quê ela serve, bem como outras informações pertinentes. Assim como também são rotineiros os relatos dos usuários referentes à dificuldade de conversar com os profissionais de saúde – em especial, os médicos – sobre suas medicações e seus tratamentos, e os profissionais tampouco são proativos em fornecer informações claras e abundantes. Sendo assim, as dúvidas e o desconhecimento sobre as medicações são muitos.

Esses mesmos estudos identificam que a dificuldade de falar sobre a medicação é tanto de usuários para com profissionais quanto entre os próprios profissionais. Observa-se

que profissionais não médicos acabam se apropriando pouco do tema, delegando-o aos profissionais médicos, o que reforça a centralização das decisões do tratamento e desestimula o debate e a apropriação do tema por todos. Identificam alguns problemas associados a esta dificuldade: relações desiguais de poder, coerção, medo, timidez, uso de linguagem técnica, ausência de escuta para a vivência pessoal e atribuição exclusiva de competências ao médico^{6,9,15,16}.

Repensando as relações entre trabalhadores e usuários

Historicamente, o lugar do tratamento é justamente o oposto ao que propõe a estratégia GAM e, ainda hoje, podem-se observar práticas de cuidado em saúde hierarquizadas, dependentes e de pouco diálogo. Algumas pesquisas envolvendo a GAM demonstraram que, apesar dos relatos dos usuários, de maior participação no tratamento, existe uma dificuldade de encontrar exemplos concretos de alteração na estrutura da relação usuário-tratamento ou usuário-profissional, muito por conta da própria organização estrutural do sistema e devido a fluxos de trabalho e papéis pré-estabelecidos.

Assinala-se que, quando o trabalhador da saúde suspende o poder que lhe é chancelado dentro das instituições de saúde, passa a identificar e, por conseguinte, coloca em análise elementos simbólicos, míticos e reais do poder e do uso dele no campo da saúde. Sem a análise sobre essas dimensões, nunca se operam mudanças na estrutura formal do poder institucional¹⁷. O grupo GAM, por se tratar de uma intervenção fora da lógica institucional na qual os profissionais de saúde trabalhavam, propiciou essa suspensão temporária e permitiu que alguns trabalhadores experimentassem o espaço do grupo como algo terapêutico também para si.

Motivados pela metodologia proposta pela estratégia GAM, os profissionais que participaram e/ou atuaram como mediadores do grupo

tiveram que falar sobre suas experiências pessoais e buscar uma postura de construção coletiva dos saberes, a partir da troca de experiência e de informações técnicas. Esse movimento foi relatado como benéfico pelos entrevistados, afinal, é cobrado dos trabalhadores da saúde um outro padrão de relacionamento, no qual a ‘excelência’, a ‘eficácia’ e a ‘produtividade’ são valorizadas nos formatos gerencialistas de gestão atual¹⁸. Ademais, é observado que os trabalhadores da saúde, ao viverem em contato constante com o sofrimento, se identificam com ele¹⁹. Mas não apenas isto: condições precárias de atuação e processos verticalizados de gestão implicam em altas taxas de sofrimento e adoecimento no trabalho²⁰. Na tentativa de se defenderem deste cenário desagradável, as equipes desenvolvem diversos mecanismos, seja a burocratização do trabalho, sejam o isolamento e a discriminação maior entre ‘o nós’ e ‘os outros’, e, assim, montam fortes barreiras, evitando se colocar em contato com esse sofrimento, ou, ainda, tornam-se retaliadoras com os usuários. Lidar com estas dimensões requer dispositivos de trabalho que permitam restabelecer espaços subjetivos conjuntos⁹.

No cenário atual, o já subfinanciado sistema de saúde brasileiro tem uma perspectiva de arrocho ainda maior com a já aprovada emenda constitucional do ‘teto dos gastos’. Ademais, a mudança da política de saúde mental nos últimos anos deixa clara a perspectiva de redução do financiamento dos serviços de saúde comunitários, atingindo principalmente os Caps³. E isto atinge exatamente atividades como a GAM, que estão fora do escopo do gerencialismo¹⁸ e exigem equipes estáveis, com educação permanente, para um manejo mais horizontal dos grupos.

Conhecendo direitos e possibilidades de aprendizagem e formação

De acordo com as entrevistas, muitos relataram ter aprendido sobre seus direitos apenas participando do grupo, e isto é evidenciado em outras pesquisas sobre o tema^{3,9}.

Identifica-se que os usuários no campo da saúde mental têm dificuldade de se reconhecerem como sujeitos de direitos, por conta não somente da não percepção do que se configura como direito, como também do lugar histórico que a sociedade reserva ao 'louco': um sujeito que não responde pelos seus atos e, portanto, não pode assumir um papel de cidadão²¹.

Contudo, o fato de os usuários tomarem conhecimento dos direitos que possuem e buscarem agir no sentido de garanti-los, não garante que tais direitos se concretizarão na realidade. Estudos apontam que o acesso à informação sobre direitos dos usuários é importante, porém não suficiente, pois, por si só, não garante a consolidação de um sujeito de direitos, ou seja, que haja o reconhecimento, pelo outro, do direito já reconhecido pelo usuário^{8,22}. É necessário legitimar o sujeito de direitos, fazendo valer socialmente os direitos do usuário. A participação em espaços de controle social e em movimentos sociais organizados, bem como o fortalecimento destes espaços e instâncias, podem contribuir para a reivindicação de direitos e a garantia de legitimação destes²³.

A comunicação em saúde pode apresentar-se como uma ação paternalista ou coprodutora de sujeitos. Nos dias de hoje, a comunicação e a educação em saúde são centradas no modelo médico-curativo, com fortes influências comportamentais que delineiam a ação educativa na modificação mesmo do comportamento²⁴. O Roteiro do Guia GAM é problematizador, uma vez que se utiliza mais de perguntas do que de textos informativos como parte de sua dinâmica. A concepção de educação problematizadora tem caráter reflexivo, implicando um constante ato de desvelamento da realidade, buscando uma inserção nesta realidade, conduzindo à mudança²⁵. É interessante ressaltar que alguns sujeitos contaram que a GAM os estimulou a pensar, junto com os usuários, dinâmicas como teatros e leituras conjuntas, ao trabalharem com o Guia.

Por mais problematizadora que seja a estratégia GAM, não é possível relacionar todas as

mudanças que apareceram nas narrativas exclusivamente à sua vivência. Afinal, foram oito meses, em média, entre o início e o final dos grupos. O próprio Guia, em si, necessitaria de uma atualização, uma vez que a temática dos direitos, desde quando ele foi traduzido e adaptado, em 2012, já possui novas questões que atravessam os anos 2020. Além disso, apesar de o Guia funcionar como um norte, os manejos de cada moderador no grupo eram diferentes, o que também influenciou os resultados, que foram dependentes da condução de cada grupo. Por isto, é importante ressaltar que, por mais que a estratégia tenha um formato para mútua ajuda, a existência de profissionais capacitados para um manejo grupal que não seja tutelar e valorize a experiência do outro torna-se essencial.

Coloca-se, também, como limitação do estudo, o fato de a escolha dos usuários ter sido realizada pelos próprios profissionais do Caps, o que pode ter limitado a diversidade dos participantes. Além disso, pelo fato de as entrevistas terem sido realizadas por pesquisadores que os participantes do grupo não conheciam, estes podem não ter se sentido completamente à vontade para expressar suas opiniões.

Para os estudantes que participaram da pesquisa, valeu como instrumento de formação a partir do reconhecimento de uma autoridade proveniente do usuário, facilitando o respeito ao poder que dela advém. Aqui se evidencia um papel de desconstrução que a GAM desempenhou. Tal premissa é importante para inserir a experiência dos usuários como metodologia de ensino, valorizando não apenas o saber técnico, o olhar externo, mas também as diversas vozes que, muitas vezes, não aparecem nos caminhos formativos. Na pesquisa GAM, muitos trabalhadores relataram possuir um conhecimento prévio acerca dos usuários, permeado de certezas e predefinições. No momento em que tiveram contato com as singularidades de cada usuário, perceberam que mesmo o conhecimento de efeitos e ações de medicamentos era incerto. Interessante foi que, quando as certezas viraram incertezas, a

segurança aumentou. Surgiu um sentimento de segurança, por poderem incluir o outro nos caminhos do tratamento. Uma vez que se abalam os alicerces do construto de conhecimento científico como solução *prêt-à-porter*, fortalece-se a crença no outro para a construção de um novo conhecimento. Tais bases possibilitaram outra maneira de se discutir autonomia, direitos dos usuários, psicofármacos e a influência desses debates na vida de cada um²⁶.

Considerações finais

A estratégia GAM contribuiu para estimular a construção de autonomia e empoderamento dos usuários, através da socialização de informações sobre possibilidades de tratamento e de seus direitos, além da promoção de um espaço de compartilhamento de experiências e reflexões, buscando o autoconhecimento e desenvolvimento de consciência crítica sobre o uso da medicação e sobre o tratamento.

A autonomia e o empoderamento no uso dos medicamentos e no tratamento estão em entender o significado do uso, não apenas em seus aspectos farmacológicos, mas sim, e principalmente, em seu significado (ou seus significados) dentro do contexto da vida do usuário. Seu desenvolvimento ocorreu como entendimento do processo: o porquê de tomar, para quê tomar, em que medida isto se relaciona com outros aspectos da vida. Mesmo que não haja perspectiva de retirada da medicação ou que seja necessário auxílio para o uso, a grande mudança está nas relações – seja a relação com o medicamento, seja a relação com os profissionais de saúde ou outros usuários.

O grupo GAM também se apresentou como um importante espaço de socialização e construção de vínculos, contribuindo para o aspecto de reinserção social, fundamental no tratamento em saúde mental. Construir relações horizontais, pautadas na fala e na escuta, na garantia de direitos, na autopercepção de si e de suas responsabilidades perante a vida é construir autonomia.

Contudo, ainda se observa a manutenção de um sistema com práticas biomédicas, pautadas na tutela, centradas no saber e no poder médico, e hierarquizadas, dificultando a consolidação da estratégia GAM e seus resultados, e a efetivação de um sujeito de direitos. Esta questão é aprofundada com o cenário atual de desinvestimentos na rede de atenção psicossocial territorial e também com a alta demanda, o número reduzido de trabalhadores e os recursos escassos e/ou mal direcionados, conforme observado em outros estudos. Portanto, entende-se que, em paralelo, é fundamental o comprometimento político-administrativo com o investimento e a efetivação de políticas em saúde mental pautadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial.

Colaboradores

Santos DVD (0000-0002-1198-1890)*, Federhen C (0000-0001-7494-6892)*, Silva TA (0000-0001-8510-9045)*, Santos IR (0000-0002-0517-0389)*, Levino CA (0000-0002-7790-2278)*, Onocko-Campos RT (0000-0003-0469-5447)*, Stefanello S (0000-0002-9299-0405)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? Pesquisa prático-psicossociais. 2008; 9-25. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105002&script=sci_abstract&tlng=pt.
2. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23:141-52.
3. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trab. educ. saúde. 2020 [acesso em 2020 ago 23]; 18(3):e00285117. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509.
4. Del Barrio LR, Cyr C, Benisty L, et al. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18:2879-87.
5. Dahl CM. Experiência, narrativa e intersubjetividade: o processo de restabelecimento (“recovery”) na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos centros de atenção psicossocial. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2012.
6. Santos DVD, Onocko-Campos R, Basegio D, et al. Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. Saúde Soc. 2019; 28:261-71.
7. Jorge MSB, Campos RO, Pinto AGA, et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. Physis. 2012; 22:1543-61.
8. Gonçalves LLM, Onocko Campos RT. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. Cad. Saúde Pública [online]. 2017 [acesso em 2020 ago 23]; 33:e00166216.
9. Favero CP, Rodrigues J, Silva IP, et al. Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. Rev. Enf. Ref. 2019; (21):91-100.
10. Engel GI. Pesquisa-ação. Educar em Revista. 2000; (16):181-91.
11. Teixeira PM, Neto Megid J. Uma proposta de tipologia para pesquisas de natureza interventiva. Ciênc. educ. (Bauru). 2017; 23(4):1055-1076.
12. Onocko Campos RT, Passos E, Palombini A. Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores. 2014 [acesso em 2019 out 10]; 1(1):1-44. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>.
13. Onocko Campos RT, Passos E, Leal E, et al. Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM. 2012. [acesso em 2020 ago 1]. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>; 2012.
14. Ricoeur P, Japiassu H. Interpretação e ideologias: Francisco Alves; 1983.
15. Onocko Campos RT, Passos E, Palombini AL, et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18:2889-98.
16. Freitas ACM, Reckziegel JB, Barcellos RC. Empoderamento e autonomia em saúde mental: o guia GAM como ferramenta de cuidado. Saúde (Santa Maria). 2016; 42(2):149-56.
17. Onocko Campos RT. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. In: Spinelli H, organizador. Salud Colectiva: Cul-

- tura; Instituciones; Subjetividad Epidemiología, Gestión y Políticas Buenos Aires: Lugar Editorial. 2004. p. 103-20.
18. Newman J, Clarke J. Gerencialismo. *Educ. Real*. 2012; 37(2):353-381.
19. Onocko Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet*. 2005; 10:573-83.
20. Katsurayama M, Parente RCP, Moraes RD, et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. *Cad. Saúde Coletiva*. 2013; 21(4):414-9.
21. Tilio R. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*. 2007; 17(37):195-206.
22. Emerich BF, Campos RO, Passos E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface*. 2014; 18:685-96.
23. Guimarães JMX, Jorge MSB, Maia RCF, et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15:2113-22.
24. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21:200-6.
25. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.
26. Emerich F, Onocko Campos RT. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)*. 2019 [acesso em 2020 ago 2020]; 23:e170521. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832019000100212&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Recebido em 13/12/2019

Aprovado em 15/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde

Access to treatment for women crack users from the perspective of health professionals

Tais Veronica Cardoso Vernaglia¹, Marcelo Santos Cruz², Simone Peres²

DOI: 10.1590/0103-11042020E316

RESUMO O consumo de crack é um problema de saúde pública no Brasil. Nesse grupo, as mulheres se encontram em situação de maior vulnerabilidade, em especial, por acessarem menos os serviços de saúde. Por esse motivo, o objetivo deste estudo foi analisar os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack na perspectiva dos profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (Caps AD). Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, por meio da observação participante (54 visitas) e de 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais, realizada durante oito meses de imersão em um Caps AD do Rio de Janeiro. Um *software* de gerenciamento de dados – o NVivo – foi utilizado para a análise temática. Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Para os profissionais, as mulheres vão buscar ajuda porque possuem laços familiares rompidos, precisam de ajuda social devido ao seu contexto de vulnerabilidade e procuram um tratamento direcionado ao seu corpo em falência. Conclui-se como de fundamental importância que o Caps AD ofereça um trabalho desburocratizado e que amplie suas ações no território.

PALAVRAS-CHAVE Cocaína crack. Serviços públicos de saúde. Gênero e saúde. Vulnerabilidade em saúde. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT Crack consumption is a public health problem in Brazil. In this group, women are in a situation of greater vulnerability, especially because they have less access to health services. The aim of this study was to analyze the meanings of access to treatment for women crack users from the perspective of health professionals at a Psychosocial Care Center – Alcohol and Drugs (Caps AD). It is a qualitative field, through participant observation (54 visits) and 13 semi-structured interviews with professionals, carried out during eight months of immersion in a Caps AD in Rio de Janeiro. A data management software – NVivo – was used for thematic analysis. Work approved by the Ethics and Research Committee. For professionals, women will seek help because they have broken family ties, need social help due to their vulnerable context and seek treatment directed at their bankrupt body. It is concluded that it is of fundamental importance that Caps AD offers a job without bureaucracy and that expands its actions in the territory.

KEYWORDS Crack cocaine. Public health services. Gender and Health. Health vulnerability. Health services accessibility.

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
tais.vernaglia@unirio.br

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Este estudo apresenta uma análise do acesso de mulheres usuárias de crack a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Considera-se que o uso dos serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele, pois condicionantes individuais e contextuais o influenciam¹. Além disso, o contexto de desigualdade e vulnerabilidade social das mulheres pode dificultar o acesso, a permanência e a utilização do serviço de saúde¹⁻³.

Evidencia-se a disseminação crescente do uso do crack nas últimas décadas; e o destaque do uso pelas mulheres torna o problema do acesso aos serviços de saúde um dos mais graves da saúde pública pelo desafio de efetivar um cuidado a grupos mais vulneráveis e estigmatizados. Embora a maior parte dos usuários de crack seja do sexo masculino⁴, o uso entre as mulheres é particularmente complexo na medida em que é fortemente marcado pelas diferenças que são decorrentes das desigualdades sociais e de gênero já existentes nas divisões sociais.

Nessa acepção, o crack inverte o marco referencial no qual os homens se fazem menos presentes nos serviços de saúde uma vez que a vinculação das usuárias é baixa, o que precisa ser mais bem compreendido⁵. As mulheres tradicionalmente sempre utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas aos homens, devido às representações do cuidar como tarefa feminina, às questões relacionadas com o trabalho e com a ausência de unidades voltadas para a saúde dos homens^{5,6}. Entretanto, o crack, por suas propriedades e exposição ao estigma, favorece o baixo acesso e adesão ao tratamento⁷. Por isso, é preciso considerar a segregação das usuárias como integrante do problema do acolhimento pelas equipes multiprofissionais de saúde, reproduzindo mais uma vez o modo de organização da vida social, pois, de algum modo, o preconceito pode reproduzir e dificultar o acesso das mulheres aos serviços.

Como fator agravante dessa situação, as mulheres usuárias são mais desempregadas, menos escolarizadas, possuem maior situação de pobreza e dependência econômica, não têm recursos para as necessidades básicas e não possuem suporte social quando comparadas aos homens⁸ – além de possuírem mais testes para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivo⁹, sofrerem abuso/violência física, psicológica, sexual e terem um comportamento sexual de risco^{10,11}.

Dessa forma, a vulnerabilidade social e o acesso e o tratamento das usuárias estão inseridos em uma realidade complexa que gera interferência no tratamento⁷, impondo a necessidade de privilegiar as trajetórias de vida das mulheres, a saber: suas motivações para o uso, suas experiências e contexto de acesso^{12,13}.

É importante esclarecer que o conceito de acesso se refere à ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, bem como à capacidade dos serviços responderem às necessidades dos usuários ou de uma determinada população. Por outro lado, o conceito de acessibilidade envolve as características da oferta de cuidados de saúde que permitem que as pessoas cheguem aos serviços. Para entendermos os aspectos que podem se tornar obstáculos para a acessibilidade, consideram-se os seguintes eixos fundamentais: geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos¹⁴.

Assim, os objetivos deste estudo foram: descrever e analisar os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack na perspectiva dos profissionais de saúde de uma unidade Caps AD.

Material e métodos

Trata-se de estudo qualitativo, do tipo pesquisa de campo, realizada em um Caps AD III, que utilizou observação participante e entrevistas semiestruturadas em profundidade com 13 profissionais de saúde. A observação de campo foi conduzida a partir de 54 visitas realizadas durante 8 meses de imersão no campo. O

número máximo de entrevistas foi definido pelo critério de saturação teórico-empírica. A escolha do campo se baseou na concepção de que o local apresentava maior complexidade assistencial, funcionamento durante os sete dias da semana e nas 24 horas, referência de grandes cenas de uso do Rio de Janeiro.

O recrutamento foi realizado pela própria entrevistadora durante o trabalho de campo. Para fins de recrutamento, as entrevistas foram realizadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: disponibilidade em conceder as entrevistas; ser referência ou ter acompanhado mulheres usuárias de crack no Caps; ser pessoa-chave que oferecesse uma perspectiva de aprofundamento do material de campo. Quase a totalidade dos profissionais que atendiam aos critérios de inclusão participaram do estudo. Apenas um profissional foi excluído após tentativas sucessivas de agendamento e a finalização do trabalho de campo. Todas as conversas foram gravadas, e os nomes foram codificados, sendo, por isso, substituídos por fictícios. Um roteiro semiestruturado com eixos/temas foi utilizado.

Para organização do material de campo, foi utilizado o apoio do *software* de análise de dados qualitativos – Nvivo versão 820. Para a análise, foi tomado o posicionamento teórico da hermenêutica de acordo com Minayo¹⁵. Dessa forma, a análise temática dos resultados foi feita a partir da compreensão das narrativas individuais traduzidas em temas e categorias que representam configurações de sentido ou configurações discursivas, a partir de representações socialmente partilhadas e construídas sobre as razões e o modo de acesso das mulheres ao Caps AD. Assim, definimos os seguintes eixos analíticos: I- O que as mulheres vão buscar; II- O que o Caps AD precisaria oferecer; III - O que facilitaria o acesso das mulheres ao Caps AD.

Em atenção às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS nº 466/12), foi disponibilizado, aos que aceitaram participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado pelos

sujeitos após esclarecimentos do seu conteúdo e afirmação do compromisso dos pesquisadores com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados; e com a preservação do anonimato dos participantes, com linguagem acessível que os permita compreender os objetivos do estudo, os procedimentos realizados, os possíveis riscos e os benefícios esperados.

Em conformidade com a prática geral de pesquisa humana, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CAAE: 51280515.7.0000.5263).

Resultados

Foram entrevistados, ao todo, 13 profissionais: 10 mulheres e 3 homens; adultos jovens; sendo 3 negros, 3 pardos e 7 brancos (autodeclarados); bem como 4 profissionais da enfermagem, 2 do serviço social, 3 da medicina, 3 da psicologia e 1 de artes cênicas. Todos, menos 2 profissionais, tinham formação em saúde mental e possuíam curso específico na área de álcool e drogas, sendo que, destes, 1 tinha o nível médio. A experiência profissional foi bastante variada: entre 4 e 21 anos. Todos os profissionais tinham experiência na clínica AD entre 3 anos e 15 anos.

Em relação à forma de trabalho no Caps AD, percebemos que todos os profissionais eram referência de mulheres usuárias de crack. Destes, 11 as acompanhavam diretamente, ou seja, eram responsáveis pela elaboração e o acompanhamento dos seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), e 2, indiretamente, as acompanharam em situações diferentes no trabalho desenvolvido no serviço, em especial, no momento que estiveram no acolhimento noturno. Apenas duas pessoas da equipe trabalhavam rotineiramente nas cenas/cenários de uso de drogas, ou seja, tinham frequência semanal.

A investigação empírica conduzida identificou três dimensões do acesso que se relacionam com a capacidade de o serviço responder

às necessidades das mulheres, a saber: a) a acessibilidade geográfica; b) a acessibilidade organizacional e c) os aspectos socioculturais. Essas estiveram presentes no discurso dos profissionais entrevistados e foram representados por meio de cinco elementos interdependentes: 1- o sentido do que as mulheres vão buscar e querem encontrar no Caps (aspecto sociocultural); 2- o significado do que elas pedem e como requerem por socorro perante ‘falência dos seus corpos’ (é fim da linha?) (aspecto sociocultural); 3- do significado do que o Caps precisa oferecer, mas nem sempre oferece: oferta irrestrita de cuidado intensivo, diurno e noturno (acessibilidade organizacional); 4- do sentido da oferta de ‘remédio’ como estratégia de barganha com as usuárias (aspecto sociocultural e da acessibilidade organizacional); 5- da necessidade de ampliar o trabalho dos profissionais nas cenas de uso (aspecto sociocultural e acessibilidade geográfica). A seguir, passamos a discutir esses cinco elementos correspondente às três dimensões do problema do acesso das usuárias.

Sobre o sentido do que as mulheres vão buscar e querem encontrar no Caps (aspecto sociocultural): a busca por ajuda em meio aos limites de muitas provações e vulnerabilidades

Segundo os profissionais entrevistados, as mulheres buscam o serviço de saúde em razão de muitas privações e vulnerabilidades sociais. Devemos destacar que, para eles, o pedido de ‘ajuda social’ é o principal fator que as motiva a buscar ajuda. A difícil situação material e financeira das mulheres em razão do modo de organização da própria vida como usuária, do uso crescente indevido dos próprios recursos, leva à ausência quase total de condições de se manter nas ruas, se não, por meio de situações

de extrema penúria e pobreza.

Assim, a indignância e a miséria, os problemas físicos, psicológicos e sociais, associados à violência e à solidão das ruas, ao isolamento e à obscuridade de suas trajetórias são os condicionantes que as levam a estados de total privação do básico e do necessário para sobreviver, tais como: alimentos, sono e roupas. Esse, por sua vez, na visão dos entrevistados, contribui decisivamente para elas chegarem ao limite de suas forças e terem que buscar ajuda nos serviços de saúde. Segundo Záina, enfermeira, o contexto de pobreza em razão da droga foi um forte motivador para o tratamento de Almerinda: *“ela foi perdendo tudo por causa do uso, uma degradação”* (Záina – enfermeira).

Outro exemplo dessa situação de vulnerabilidade aparece por meio da necessidade de as mulheres recorrerem à mendicância. Os profissionais aparentemente não se conformam com a exposição das mulheres a esse tipo constrangedor de situação diante da necessidade delas de obterem o crack, tendo evidenciado essa indignação: *“Ela usa a mendicância para conseguir a droga. Será que isso é necessário? Essa experiência de exposição é um mal-estar”* (Edson – psicólogo). Ante essa situação, os profissionais explicam que as mulheres chegam ao serviço rogando para que lhes seja concedido o suprimento das necessidades básicas de *“comida, banho e sono”* (Carla – enfermeira).

Assim, o acesso ao tratamento se dá, inicialmente, a partir da solicitação de ajuda social. Zuma, psiquiatra da unidade, comentou sobre isso:

Então, elas vêm pedindo muitos benefícios sociais para a gente. Elas vêm pedir Loas [Lei Orgânica de Assistência Social], elas vêm pedir bolsa família. (Zuma – médica).

Além disso, entendem que esse tipo de pedido é endereçado ao Caps AD porque a mulher usuária de crack vive em um contexto no qual seus laços familiares estão fragmentados ou desfeitos, ou seja, como exemplifica Douglas:

O usuário de crack não chega quando está no início do uso, ele vem quando já tá feita a destruição total. Já não tem apoio da família, né? Ou já está em situação de rua. (Douglas – médico).

Sobre o que que elas pedem e como requerem por socorro frente a ‘falência dos seus corpos’ (é fim da linha?) (aspecto sociocultural)

Os profissionais reconhecem no Caps o local em que é realmente necessário acolher as mulheres usuárias de crack, quando elas chegam em uma grave situação relacionada com as necessidades do seu corpo decorrentes do abuso do crack. Para eles, é necessário compreender que as mulheres, ao procurarem o serviço de saúde, fazem um importante esforço de aproximação com a unidade e que, por esse motivo, é fundamental atender imediatamente às suas demandas. A declaração de um dos entrevistados assinala claramente que esse é o papel e o diferencial dessa clínica:

Pra essas usuárias que ficam na cama de uso meses, como que eu vou pedir pra ela voltar outro dia? Ela não sabe realmente nem que dia é hoje. E aí tem essa questão do cuidado do corpo, da fome, do sono, que é o pedido que não tem muito como subjetivizar tanto né? (Carla – enfermeira).

Para os entrevistados, o acolhimento noturno é o melhor recurso para responder a essa demanda, por isso, não ter vagas colocaria as usuárias em situação de risco: *“eu acho que uma vulnerabilidade, por exemplo, é se ela chega aqui e o acolhimento tiver cheio”* (Edina – psicóloga). Divide opiniões dos profissionais o fato dos motivos que as fizeram acessar o serviço serem caracterizados como uma situação de risco. Por vezes, a segurança de ter tomada uma decisão baseada na

urgência do cuidado a partir do corpo que se encontra em falência lhes deixa dúvidas: *“Em que momento é acolher pra salvar vida ou até que ponto é uma manipulação daquela pessoa”* (Mariana – médica). Para outros, é preciso atender prontamente os *“casos descendo a ladeira”* (Edina – psicóloga) que podem ser constatados por meio da própria condição física em que se encontra o corpo das mulheres: *“com muitas drogas no corpo: desnutridas, emagrecidas, sujas, faltando dentes, várias infecções etc.”* (Zuma – médica).

No entanto, além dessa dimensão do problema, é preciso considerar que as necessidades relacionadas com o corpo são fatores que apresentam diferenças para homens e mulheres na visão dos profissionais:

porque a mulher é vaidosa, a mulher quer estar, né? Dá um jeitinho, arrumar alguma coisinha sempre no corpo, alguma coisa e chega malcheirosa, maltrapilha. Acho que é ruim, talvez seja essa a procura e a demanda do serviço. (Jane – técnica de enfermagem).

Sobre o que o que o Caps precisa oferecer, mas nem sempre oferece: oferta irrestrita de cuidado intensivo, diurno e noturno (acessibilidade organizacional)

O Caps AD foi identificado pelos entrevistados como o único local de acolhimento possível para essas mulheres que se encontram em situação de abandono, por isso, deveria ofertar um cuidado com característica de intensividade. Os entrevistados constatam que o acolhimento, tanto diurno quanto noturno, mostrou-se uma ferramenta potente e que responde de forma rápida às necessidades apresentadas pelas mulheres:

Acho que o paciente que, de repente, está em situação de rua, indiretamente, ele já tem uma indicação de até uma intensividade, está fazendo uso até um pouco abusivo. (Fabiane – enfermeira).

Em outros termos, significa que responder de forma intensiva é ofertar um cuidado baseado nas necessidades básicas apresentadas pelas mulheres. Carla comentou sobre o período de intensividade como uma forma de recolocar necessidades básicas novamente na rotina:

Normalmente, têm um período que não têm muito o que se fazer além de cuidado básico de fome, sono, banho. O que eu percebo é que fica bastante tempo nesse momento assim, pelo menos uma semana. (Carla – enfermeira).

Contudo, o que se destaca é a avaliação dos entrevistados de que essa estratégia serve para estreitar os laços e solidificar o vínculo terapêutico:

Tentar aumentar o vínculo com o serviço nesse momento que ele se encontra no Caps, aumentar os laços com os profissionais que estão aqui e com as atividades que ele pode estar frequentando quando ele está acolhido. (Fabiane – enfermeira).

Para eles, o acolhimento noturno é uma ferramenta potente para conter a compulsão e intervir no abuso do crack, portanto, promovendo seu controle:

O acolhimento noturno para essas mulheres é pensado como uma forma de contenção. Eu acho que uma contenção no sentido do dar um contorno para esse momento que elas estão passando. (Edina – psicóloga).

Ademais, compreendem ser um direito fundamental do cuidado reconhecido pelas mulheres, como descrito na reprodução da fala de uma mulher usuária de crack feito por Juliana:

É meu direito, é meu direito, é meu direito, é meu direito dormir aqui dentro [...] a gente tem que indicar, por exemplo, descanso do paciente [...] para dentro do Caps, pode descansar no Caps. (Juliana – assistente social).

Sobre a oferta de ‘remédio’ como estratégia de barganha com as usuárias (aspecto sociocultural e da acessibilidade organizacional)

Os profissionais com base na experiência sabem que nem sempre podem hesitar em relação ao pedido de remédio. De fato, muitas mulheres, mas não somente elas, evidenciam que não podem passar longos períodos sem ajuda de alguma droga, até que sua situação possa ficar melhor e mais controlada, pois dizem que é preciso ter força e ‘fôlego’ para suportar a situação extrema em que se encontram e que essa não é a coisa mais fácil de fazer para usuários de drogas e, principalmente, de crack. Deve-se acrescentar que a medicação é descrita como uma ferramenta fundamental de pactuações e um recurso que diminui sintomas angustiantes. Essa funcionaria como uma espécie de barganha ou moeda de troca importante para favorecer o vínculo com o profissional e o serviço. Fabiane sublinha “*que é uma maneira de fazer com que o paciente venha com uma certa regularidade e que a gente veja ele tomando a medicação, né?*” (Fabiane – enfermeira).

É indiscutível, todavia, que essa posição não é unânime como pode ser visto por meio dos depoimentos dos entrevistados, que, em um certo sentido, identificam a necessidade de medicar, mas, ao mesmo tempo, avaliam os riscos de assumir essa posição. Juliana, por exemplo, entendeu que foi a utilização antecipada da medicação que impediu o retorno de Daniele ao Caps AD III: “*a Zuma [médica]*

deu a medicação, ela [Daniele – usuária de crack] não voltou mais (Juliana – assistente social). Outros profissionais reconhecem que a medicação possibilita o aparecimento de “*novas questões*” (Tatiana – psicóloga), para além do abuso do crack. Como pode ser visto ainda, alguns entrevistados reconhecem e recomendam a medicação como necessária com a finalidade reduzir os sintomas angustiantes relacionados com o contexto de vida das mulheres e com o quadro psiquiátrico. É importante, nesse sentido, pontuar que, pelo menos em um certo sentido, os médicos reconheceram que “*não existe nenhum medicamento específico*” (Douglas – médico); “*específico para o crack*” (Mariana – médica). Com base em sua experiência, acreditam que há também uma parte essencial que está em jogo, que tem a ver com as condições de vida das mulheres e da luta contra o vício que envolve muitas dificuldades e conflitos e que se manifestam nas suas próprias circunstâncias de vida no contexto do uso do crack:

porque elas estavam em situação de violência. E, então, tinha dificuldade de dormir, não tinha como e ainda usando crack. Mas, agora, e tirei a medicação. (Douglas – médico).

Sobre a necessidade de ampliar o trabalho dos profissionais nas cenas de uso (aspecto sociocultural e acessibilidade geográfica)

Não é casual que haja uma incompatibilidade entre a demanda das mulheres e a interpretação dos profissionais sobre suas necessidades porque as avaliações envolvem, obviamente, diferentes pontos de vista. É essencial dizer que a estrutura organizacional/burocratização do serviço é descrita pelos profissionais como impeditivo e dificultador do acesso das mulheres.

É importante esclarecer que as barreiras de acesso estão, respectivamente, relacionadas com a normatização; com a concepção de cuidado dos trabalhadores; com a organização do processo de trabalho; com a relação com o território e com a concepção do papel do serviço para a equipe.

Sobre esse aspecto, os profissionais falam de normas e funcionalidades do serviço, tais como: horário para refeições, restrição do número de leitos e frequência ao Caps AD a partir de PTS, que precisam ser flexibilizados. Itens definidos como necessários para a normatização das atividades foram questionados em vários momentos pelos entrevistados e, algumas vezes, como impeditivos do acolhimento.

É claro que isso precisa ser bem entendido, o que foge ao escopo deste artigo, mas, certamente, é possível dizer que, para melhorar o atendimento, os entrevistados dizem que, em muitos casos, o serviço deveria ser flexível e desburocratizado para contemplar as reais e imediatas necessidades das mulheres; isso porque as usuárias de crack “*não conseguem cumprir esse projetinho bonitinho burocratizado*” (Edina – psicóloga).

Tal exemplo, entre tantas falas semelhantes, nos faz entender, em termos mais concretos, que é preciso flexibilizar e desburocratizar a rotina, ou seja, “*fugir dos quadrados*” (Mariana – médica). Certamente, desse modo, seria preciso haver repactuações relativas à rotina da unidade:

É o que é possível para aquele sujeito naquele momento [...] não é possível você vir aqui às 7h da manhã. Mas por que não é possível? Ah, o cara dorme muito tarde, dorme um sono horrível porque está na rua e não pensa você que é um sono tranquilo; você está na rua, você está muito vulnerável. (Juliana – assistente social).

As experiências mostram que há um ponto forte e fundamental que é uma alternativa para ajudar nos incomensuráveis problemas associados ao uso do crack: o trabalho constante dos profissionais nas cenas de uso. Nesse

aspecto, os profissionais são unânimes a respeito da indiscutível relevância do trabalho nas cenas de uso de drogas como forma de favorecer o acesso das mulheres às unidades de saúde. Na visão dos profissionais de saúde, não se pode ficar alheio e desinteressado das questões que ocorrem nas cenas de uso, que são fundamentais para aqueles que vivem às margens, que possuem modos de vida definidos por rotinas fatigantes e arriscadas. Por isso mesmo, a proposta de acesso ao tratamento precisa estar em consonância com a ampliação da sistemática da oferta da assistência às mulheres nas ruas.

Não diríamos, entretanto, que todos os profissionais de saúde queiram ir para às ruas, muito pelo contrário, somente alguns, pois existe também uma pluralidade de visões dos que não aceitam trabalhar nessa posição e não se consideram com capacidade de trabalho nesse contexto. Dessa forma, os profissionais reconheceram a importância fundamental do trabalho na rua como produtor de acesso, por meio de ações extramuros:

A pessoa que já está na rua e está no uso intenso, ela não tem organização para isso. E o serviço está muito fechado em caixinha e esse é um grande problema. (Renato – redutor de danos).

No entanto, é importante abordar a dificuldade dos profissionais de realizarem seu trabalho fora do Caps: “*A galera que trabalha no Caps tem uma dificuldade de ir para o território*” (Renato – redutor de danos). Eles justificam o afastamento devido à distância que se encontram das cenas de uso, ao quantitativo reduzido de profissionais e ao grande volume de trabalho na unidade, como lamentou Edina: “*A gente não dá conta de tudo, a gente não dá conta de tudo*” (Edina – psicóloga).

Na visão de alguns profissionais, o trabalho na rua é fundamental pela perspectiva de ser a rua o local em que as ações de cuidado podem ser desenvolvidas: “*A gente não tá lá trabalhando pra que a pessoa venha pro Caps. A gente tá lá colhendo as demandas*” (Tatiana

– psicóloga). É simples, “*o que não dá certo, no início, é deixar por conta de o paciente vir até o Caps porque não vem, né?!*” (Douglas – médico); e nós podemos fazer o trabalho inicial de trazer a usuária que não virá sozinha, exceto quando seu corpo estiver falindo.

Além do mais, é preciso não esquecer que, para os usuários de crack, existe, nas ruas, uma vida que eles consideram estruturada de acordo com as normas e rotinas do uso cotidiano do crack e que, nessa vida, por mais indigna, violenta e arriscada que pareça, os usuários sustentam relações entre si e modos de vida próprios, de acordo com as próprias necessidades. De fato, ao contrário, há também oferta de cuidado, abrigo e proteção, a partir de relações do tipo familiares que se estabelecem entre os usuários. Digamos que ali são encontrados: o “*paizão*” e a “*mãezona*”, a “*família da rua*”, como explicou Renato (Renato – redutor de danos). Na verdade, a proposta de trabalho na rua é fundamental porque o território é o local que as mulheres escolhem permanecer parte do seu tempo: “*quando você acha que ela vai chegar* [referindo-se às mulheres chegarem no Caps AD III], *ela volta para rua de novo*” (Fabiane – enfermeira).

Assim, a rede territorial garante acesso ao tratamento das mulheres porque ela referencia as demandas:

Ela conhece [o Caps AD] por dois modos. Uma forma é pelos Consultórios na Rua que sempre referenciam a grande maioria, que foi descrito como ‘as pernas no território’. (Edina – psicóloga).

Discussão

Observou-se que, na perspectiva dos profissionais, as mulheres usuárias de crack buscam ajuda no Caps AD a partir de dois elementos: o pedido de ajuda em meio aos limites e privações e o adoecimento do corpo. Esses elementos são representativos da situação de abandono e de desamparo em que elas se encontram.

Corroborando nosso achado, Castro et al.¹⁶ deixam claro que as mulheres que fazem uso de drogas estão em situação de maior vulnerabilidade e relacionam esse fato a fatores associados ao perfil sociodemográfico – negras, baixa escolaridade, desemprego, cuidado de filhos pequenos, violência, sexo desprotegido, ausência de tratamento e troca do corpo pela droga. Riley et al.¹⁷, em seu estudo sobre as necessidades básicas de 249 mulheres infectadas por HIV – entre estas, 33 usuárias de crack –, demonstrou que, em média, 20% moravam nas ruas, 97% não possuíam nenhum seguro de saúde e mais de 50% possuíam situação de saúde crônica. Já Picoli¹⁸ identificou que o intenso sofrimento provocado pelas dificuldades na família, emocionais e amorosas são razões que levam ao uso de crack. Gomes et al.¹⁹ referem, por meio dos resultados da cartografia de um caso clínico, que a ruptura dos laços é uma barreira para o acesso ao cuidado em saúde mental.

Nessa direção, Scabio²⁰ registrou que os usuários, de algumas cenas de uso que acessavam a Clínica da Família, estavam tão sujeitos a ponto de dificultar os profissionais a distinguirem sujeira de infecção. Para lidar com isso, os profissionais precisam permitir que os usuários se limpem no banheiro da clínica para depois receberem cuidados.

Os profissionais reconheceram que o corpo em falência da mulher usuária de crack motivava a sua busca por ajuda no Caps AD. Para eles, esse corpo que sofre as consequências do abuso do crack define uma situação de urgência do cuidado.

Sobre esse aspecto, Romanini e Rosso²¹ alertam para o risco de se dirigir aos usuários apenas como um ‘corpo-objeto’ para não reduzir os sujeitos e suas respectivas singularidades, desperdiçando assim a oportunidade de identificar pistas sutis favoráveis à condução do tratamento. Ademais, Le Breton²² adverte sobre as disposições da estrutura simbólica presentes na interação social, que dão sentido à existência invisível, bem como precisamente

os ritos e símbolos que [os sujeitos] colocam socialmente em cena, as proezas que podem realizar, as resistências que oferece ao mundo que são incrivelmente variados, contraditórios para nossa lógica²²⁽²⁸⁾.

Dessa forma, parece importante e fundamental acolher esse tipo de demanda porque atende a anseios diferenciados de gênero²³. De fato, Romanini e Rosso²¹ nos ajudam a entender essa visão acima, ao mencionar como, para as mulheres, existe uma diferença importante no discurso sobre o corpo que se manifesta nas razões usadas para pedir atendimento. Elas não se preocupam com o corpo de forma trivial e irrelevante. A aparência surge como uma questão fundamental que é preciso estar preparado para ouvir.

O efeito do crack produzido sobre o corpo, observado entre os profissionais, é articulado da seguinte forma: o corpo-forte, masculino, após o uso contínuo do crack dá lugar ao corpo-feio, feminino: De fato, as marcas impressas no corpo masculino pelo uso do crack têm a conotação de força e virilidade do homem. Contudo, as mesmas marcas no corpo feminino representam um ‘corpo feio’ (*sic*), não atraente, visto que correspondem a ideologias distintas²¹. Concordamos com Le Breton que afirma que as imagens do corpo estão ligadas aos papéis sociais, papéis aos quais estão sujeitos os modos de vida^{22,23}.

Nas falas apresentadas, percebe-se que as mulheres chegam em situação de risco demarcadas pelo seu estado de exaustão e pelas complicações relacionadas com o abuso do crack. Por isso, os profissionais descrevem diferentes recursos dos quais se valem para responder às necessidades concernentes ao corpo das mulheres; entre estes, o cuidado intensivo diurno e o acolhimento noturno.

Ou seja, em outros termos, a noção acima está de acordo com a Portaria nº 130/2012 que deixa claro que o acesso aos leitos de acolhimento noturno deve ser feito com base nos seguintes critérios: “em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como

a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros”²⁴⁽³⁹⁾. Do mesmo modo, outros autores registram que o tratamento intensivo deve atender às situações que possuem como características comuns o acaso, a imprevisibilidade, o intempestivo, porque esses são fenômenos intensos, que identificam as distintas formas de andar a vida dos sujeitos¹⁸. Para Moebus, as situações chamadas de ‘críticas’ possibilitam a aproximação dos usuários de maneira desejável singular, isso porque a crise permite um duplo acesso – “acesso ao cuidado em seu processo, acesso ao sujeito em seu excesso”²⁵⁽⁵³⁾.

Constatou-se que, para os profissionais entrevistados, a medicação é descrita como uma ferramenta de pactuações e um recurso que diminui sintomas angustiantes. Não existe consenso na literatura quando o tema é medicação e uso do crack. Também não há uma unanimidade entre os autores.

Para Daniulaityle et al.²⁶, o uso de crack aumenta sintomas depressivos. Percebe-se que, em usuários de múltiplas drogas, a associação de diferentes drogas pode estar associada ao alívio dos sintomas angustiantes provocados pelo crack. Nappo et al.¹⁰ sugerem que o álcool é uma das estratégias mais utilizadas por usuários de crack para aliviar sintomas paranoides transitórios, sobretudo amenizando o medo e a agressividade. Contudo, pelo menos para alguns, como Romanini e Rosso²¹, se o profissional da saúde classifica o sujeito como um dependente químico, que possui uma doença crônica e incurável, encontrará uma justificativa razoável para pensar no alívio do sintoma por meio da medicação aliado à internação. Os autores afirmam que esse é um fator que “depende também da relação que o sujeito estabelece com cada substância”²¹⁽⁴⁹³⁾. Para Conrad²⁷, o deslocamento de responsabilidade para o remédio possui ramificações sociais. Para nós, a questão seria, em um certo sentido, ser capaz de mostrar – de acordo com o material empírico – que, pelas próprias reflexões dos profissionais

entrevistados e das mulheres entrevistadas (dados não trabalhados aqui) – pelo menos em nosso pequeno universo empírico –, há o franco reconhecimento dos entrevistados de que as mulheres acedem ao serviço em conformidade com suas necessidades e avaliações e que há, por parte do pedido delas, a suplica por um remédio que tenha o efeito de remissão de seus sintomas, bem como de remissão da dor do corpo e da alma diante de suas circunstâncias especiais. As motivações das mulheres não são independentes aos sentidos esboçados acima, mas também é verdade que a aspiração por uma droga a mais pode ser também uma busca por autorrespeito e dignidade²⁸.

Como último elemento, o acesso ao tratamento pode ser facilitado pela flexibilização da normatização interna e pela ampliação do trabalho dos profissionais nas cenas de uso.

Nas avaliações de alguns autores como Gomes e Mehry¹⁹, a desburocratização é peça-chave no acesso ao tratamento. Benevides et al.²⁹ sinalizam que a prática clínica exige, a todo momento, instrumentos e ações resolutivas, por isso, precisam ser desburocratizadas. Dito de outro modo:

produzir cuidado não é atuar de forma burocrática e mecanicista, e sim perceber que o caráter individual do sujeito tem importante relevância no dinamismo do cuidado²⁹⁽¹³³⁾.

Associado a isso, o trabalho na rua é uma ferramenta cara de acesso ao tratamento para as mulheres usuárias de crack. Nesses termos, Gomes e Mehry¹⁹ deixam claro que o território deve ter o que, segundo os autores, é chamado de vetor de saída, permitindo as constantes reconstruções e pactuações, por isso

se dá em constante processo de produção, cadenciando momentos de variação e permanência. O território, paradoxalmente, se produz por movimentos de desterritorialização e reterritorialização¹⁹⁽³³⁾.

Na verdade, para finalizar, para diferentes autores, a ampliação do acesso ao tratamento para pessoas com problemas com o álcool e outras drogas se relaciona com o trabalho em rede, em especial, por intermédio dos agentes comunitários de saúde, dos Programas de Redução de Danos, das equipes da Estratégia Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, dos agentes de segurança pública e da assistência social, dos Caps³⁰. Em outros termos, os serviços de base territorial e as ações comunitárias são capazes de intervir nos problemas diretos da população com um trabalho em rede, no sentido de fortalecer o acesso ao tratamento a quem necessita.

Considerações finais

Problemas ligados ao acesso e à acessibilidade se mostraram presentes neste estudo. A acessibilidade geográfica, a acessibilidade organizacional e os aspectos socioculturais podem perpetuar um modelo muitas vezes inflexível de atenção às mulheres usuárias de crack. Esse é um fator que aumenta as dificuldades do acesso e da permanência delas nas unidades de saúde.

A questão da acessibilidade geográfica se mostrou presente por meio da distância existente entre as casas de uso e a unidade de saúde. O problema da acessibilidade organizacional, relacionada com o próprio modo de organização do serviço, evidenciou-se por protocolos assistenciais rígidos voltados para o cuidado das mulheres usuárias.

Do ponto de vista das questões socioculturais, vimos que as usuárias precisam de uma atenção especializada no momento em que conseguem ter força, ânimo, energia, vontade e motivo suficientes para procurar ajuda, pois nem sempre elas dispõem desses recursos. Ademais, é importante lembrar que, para esse grupo, a percepção de risco e de gravidade, relacionada com as consequências da dependência do crack, envolve crenças, hábitos que implicam o deslocamento delas

até o serviço de saúde para pedirem ajuda. Essa limitação se reflete no adiamento e na demora delas para chegarem ao serviço de saúde, que protela o primeiro contato e a consciência dos riscos referentes ao abuso do crack.

Com isso, pode-se afirmar que os problemas do acesso esbarram nas questões relativas à acessibilidade e precisam ser enfrentados pelas unidades de saúde que prestam cuidados às mulheres com problemas com o crack.

O contexto das diferentes vulnerabilidades às quais as mulheres estavam expostas, representado pelo pedido de ajuda social, e o fato de terem laços rompidos caracterizavam, para os profissionais, os motivos pelos quais as mulheres buscavam o Caps AD. A medicação foi um instrumento de barganha, e muitos entendiam que era uma forma de negociar o retorno das mulheres ao Caps AD.

Pode-se afirmar que o corpo foi um mediador do acesso ao tratamento. Para eles, responder de forma intensiva às necessidades das mulheres usuárias de crack seria ofertar-lhes um cuidado direcionado às suas necessidades básicas, a saber: descanso, banho, comida etc. Foram feitas críticas sobre a rigidez instituída pela própria rotina do serviço, em especial, em relação aos horários das refeições e de descanso nos leitos. Outrossim, aponta-se que o trabalho na rua é uma ferramenta valiosa de acesso ao tratamento para as mulheres usuárias de crack.

Nessa direção, considera-se que a maior estigmatização e vulnerabilidade das mulheres, à luz das considerações sobre as desigualdades de gênero, precisam ser consideradas, na medida em que elas interferem na forma como são abordadas nas ruas e igualmente acolhidas pelos profissionais de saúde nas unidades. Do contrário, a luta voltada para a oferta de cuidados torna-se invencível, superficial e impossível.

Salientamos que a rede de assistência aos usuários de drogas leva em consideração as características de grupos especialmente vulneráveis para diminuir as barreiras e ampliar

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

o acesso ao tratamento. Recomendamos que pesquisas futuras discutam o acesso ao tratamento aos serviços sociais e de saúde das pessoas com problemas com o crack que se encontram nas cenas de uso. Também, que sejam abordadas as diferenças existentes entre as formas de acesso ao tratamento entre os homens e as mulheres. Por fim, que as políticas públicas direcionadas à saúde da mulher e à saúde do homem incluam as especificidades das pessoas com problemas com o crack.

Colaboradores

Vernaglia TVC (0000-0003-3391-7301)* é responsável pela concepção, delineamento, análise/interpretação dos dados e redação do artigo. Cruz MS (0000-0003-0057-2095)* é responsável pela discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do trabalho. Peres S (0000-0001-7352-8664)* é responsável pela discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do trabalho. ■

Referências

1. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2004 [acessado em 2019 maio 10]; 20 (supl2): s190-198. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
2. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2002 [acessado em 2019 maio 10]; 7(4):687-607. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.
3. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2009 [acessado em 2019 maio 10]; 25(supl2):s259-262. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400008>.
4. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
5. Granja E, Gomes R, Medrado B, et al. O (não) lugar do homem jovem nas políticas de saúde sobre

- drogas no brasil: aproximações genealógicas. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 10]; 20(11):3447-3455. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103447&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.19972014>.
6. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 [acesso em 2019 maio 10]; 23(3):565-574. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.
 7. Halpern SC. Vulnerabilidade Social, Trauma e Adesão Ao Tratamento de Usuários de Crack. [tese]. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 2017.
 8. Vernaglia TVC, Leite TH, Faller S, et al. The female crack users: Higher rates of social vulnerability in Brazil. *Health Care Women Int* [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 18]; 38(11). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28825524>.
 9. Bertoni N, Burnett C, Cruz MS, et al. Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. *Int J Equity Health* [internet]. 2014 [acesso em 2015 maio 15]; 13(1). Disponível em: <https://equityhealth.biomedcentral.com.ez29.capes.proxy.ufrj.br/articles/10.1186/s12939-014-0070-x>.
 10. Nappo SA, Sanchez Z, Oliveira LG. Crack, AIDS and women in São Paulo. *Subst Use Misuse* [internet]. 2011 [acesso em 2018 out 22]; 46(4):476-485. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.503480>.
 11. Lorvick J, Confort ML, Krebs CP, et al. Health service use and social vulnerability in a community-based sample of women on probation and parole, 2011–2013. *Health & Justice* [internet]. 2015 [acesso em 2016 out 22]; 3(13). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5151512/>.
 12. Arruda MSB, Soares CB, Adorno RCF. Revisão bibliográfica: o consumo de crack nos últimos 20 anos. *Sau & Transf Soc* [internet]. 2013 [acesso em 2016 set 10]; 4(2):157-166. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2251/2648>.
 13. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF, et al. Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. *Psico-USF* [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 23]; 20(3):517-528. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200313>.
 14. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras de Enf* [internet]. 2013 Set [acesso em 2020 ago 11], 66(esp):158-164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
 15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
 16. Castro P, Souza CME. Uso de drogas na Adolescência e Juventude: revisão da literatura a partir da perspectiva de gênero. In: *Anais do 16º. Congresso Brasileiro de Sociologia*; 2009; Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. p. 28-31 [acesso em 2020 out 30]. Disponível em: [file:///Users/edsonvernaglia/Downloads/sbs2009_GT26_Patricia_Castro%20\(1\).pdf](file:///Users/edsonvernaglia/Downloads/sbs2009_GT26_Patricia_Castro%20(1).pdf).
 17. Riley ED, Moore K, Sorensen JL, et al. Basic Subsistence Needs and Overall Health Among Human Immunodeficiency Virus-infected Homeless and Unstably Housed Women. *Am J Epidemiol* [internet]. 2011 [acesso em 2015 jan 19]; 174(5):515-522. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161197/>.
 18. Picoli CMC. Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Caps I do Interior do Rio Grande do Sul [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
 19. Gomes MPC, Mehry EE, organizadores. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e

- barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
20. Scabio JL. “Não dá pra amarrar”: uma etnografia da interação entre agentes de saúde e usuários de crack a partir do Consultório na Rua [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.
 21. Romanini M, Roso A. Mídiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 23]; 18(49):363-376. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200363&lng=en&nrm=iso.
 22. Le Breton D. *A sociologia do corpo*. Tradução: Fuhrmann S. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2017.
 23. Scott JW. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. New York: Columbia University Press; 1989.
 24. Brasil. Portaria nº 130, 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*. 26 Jan 2012. [acesso em 2020 set 22]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html.
 25. Moebus R. Crise – Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: Gomes MPC, Mehry EE, organizadores. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 43-54.
 26. Daniulaityle R, Flack R, Wang J, et al. Predictors of depressive symptomatology among rural stimulant users. *Psychoactive Drugs* [internet]. 2010 [acesso em 2017 abr 24]; 42(4):435-445. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21305908>.
 27. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Published; 2007.
 28. Taylor C. O que é agência humana? In: Souza J, Souza J, Mattos P, organizadores. *Teoria crítica no século XXI*. São Paulo: Anablume; 2007. p. 9-39.
 29. Benevides DS, Pinto AGA, Cavalcante CM, et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2010 [acesso em 2018 ago 28]; 14(32):127-138. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>.
 30. Zeferino MT, Fermo VC, Fialho MB, et al. Seme-lhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil: capital vs Meio Oeste. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 23]; 22(1):97-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100097&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.18342016>.

Recebido em 31/10/2019

Aprovado em 15/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD

Between Caps AD and Therapeutic Communities: care from the perspective of users of Caps AD

Ana Caroline de Moraes Oliveira Quintas¹, Priscilla dos Santos Peixoto Borelli Tavares¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E317

RESUMO O debate em torno dos dispositivos e modelos de cuidado destinados aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas tem ganhado cada vez mais espaço nas políticas públicas. A partir da discussão sobre os paradigmas da abstinência e da redução de danos, buscou-se investigar as relações e os sentidos que os usuários atribuem a esses paradigmas por meio da utilização das Comunidades Terapêuticas e dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Para isso, utilizou-se a metodologia da entrevista semiestruturada com usuários da rede de saúde mental que já haviam utilizado ou utilizavam os serviços supracitados. Além disso, investigaram-se os sentidos atribuídos ao conceito de redução de danos. Constatou-se que a utilização desses serviços possui pontos de convergência e divergência e que os momentos da busca por cada serviço não estão relacionados somente com uma demanda por tratamento. Observaram-se, também, a fragilidade na apreensão do conceito de redução de danos e a presença do ideal da abstinência na busca pelo tratamento. A partir da perspectiva dos usuários, espera-se contribuir para a ampliação das práticas de saúde mental no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Redução do dano. Drogas ilícitas. Terapia.

ABSTRACT *The debate regarding care models for problematic users of alcohol and other drugs has increased in Brazilian public policies. Based on the discussion on the abstinence and harm reduction paradigms, we sought to investigate the relationships and meanings that users attribute to such paradigms through the use of Therapeutic Communities and Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs. For that, we used the semi-structured interview methodology with users of the mental health network who had already used the services mentioned above. In addition, the meanings attributed to the concept of harm reduction were investigated. It was found that the use of these services has points of convergence and divergence and that the moments of searching for each service are not related only to a demand for treatment. It was also observed a weak understanding of the concept of harm reduction and the presence of an abstinence ideal in the search for treatment. This research hopes to contribute to the expansion of mental health practices mainly, in the Brazilian Unified Health System.*

KEYWORDS *Harm reduction. Illicit drugs. Therapy.*

¹Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
anadmoraeso@gmail.com

Introdução

Até o final século XX e início do século XXI, as políticas públicas brasileiras destinadas aos usuários de álcool e outras drogas estavam atreladas, principalmente, ao paradigma do proibicionismo, que coloca a questão do uso de drogas diretamente vinculada a um problema moral ou de ordem criminosa, de modo que as intervenções pensadas sob essa ótica visam a uma sociedade livre de drogas¹. Dessa forma, seja no âmbito da saúde ou da justiça, as políticas públicas dirigidas a esses usuários orientavam um tratamento pautado na abstinência, sendo este realizado por meio da institucionalização e do isolamento social.

As internações se sucediam em hospitais psiquiátricos ou em Comunidades Terapêuticas (CT), ambas as instituições, em sua maioria, privadas e que, no encaminhamento do tratamento, visavam, prioritariamente, o lucro². Reforçando esse cenário, temos um momento histórico no qual a rede de saúde, até o final da década de 1980, estava destinada somente aos trabalhadores que contribuíam para a previdência social além de ausência de outros dispositivos voltados a esse público específico. Foi nesse cenário que as CT foram ganhando espaço, iniciando na década de 1970 e tendo uma maior expansão na década de 1990^{1,3}.

Paralelamente, na década de 1990, observamos, na esfera da saúde pública, a emergência de outras propostas para o cuidado destinado aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas: o paradigma da redução de danos. No Brasil, estratégias de redução de danos começaram como consequência da preocupação com a disseminação do vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) a partir do compartilhamento de seringas pelos usuários de drogas injetáveis e devido à consequente instauração do Programa de Troca de Seringas⁴. Seguindo esse movimento, a partir da década de 2000, o cenário das políticas públicas brasileiras em relação às drogas começou a sofrer mudanças; iniciaram-se propostas e projetos na esfera do Ministério da Saúde que tentaram

retirar cada vez mais a questão do uso problemático da droga do âmbito da justiça, reafirmando a importância desta como um desafio para a saúde, principalmente, para o campo da saúde mental. Nesse momento, as políticas públicas de drogas começaram a reorientar o cuidado dos usuários problemáticos de álcool e outras drogas para o paradigma da redução de danos. Aqui, podemos ressaltar os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) como um dos dispositivos protagonistas nesse cuidado. Partindo da concepção de que não se pode alcançar o ideário de uma sociedade livre de drogas, o paradigma da redução de danos propõe estratégias para minimizar os riscos e os danos relacionados com o uso¹. Logo, as estratégias de cuidado – que incluem, também, a família e a comunidade – vão-se delineando a partir das experiências e necessidades de cada usuário, de modo que a participação deste como um sujeito ativo em seu processo de tratamento torna-se algo fundamental para essa racionalidade^{1,2}. Podemos citar a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”⁵, e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas⁶, elaborada por esse órgão em 2003, como marcos importantes que se orientam a partir da racionalidade da redução de danos e afirmam a importância do trabalho com programas de baixa exigência dentro de uma perspectiva de saúde pública, pois esta, por ser uma proposta mais flexível e não ter a abstinência total como única direção, consegue contemplar uma parcela maior da população⁶.

Contudo, é importante não perder de vista o paradoxo e a luta de forças que acompanham o cenário da política sobre drogas brasileira. Ao mesmo tempo que se observa a aprovação, no âmbito da saúde, de políticas de redução de danos, não se extingue o discurso proibicionista. Como exemplo, temos que o Brasil continua sendo signatário de convenções internacionais que visam à repressão ao

tráfico e uso de drogas e há, também, parcerias institucionais entre o Conselho Federal de Entorpecentes e as CT, já nos anos 1980/90⁷. Segundo Boarini e Bolonheis-Ramos³, até o ano de 2010, as CT não tinham entrada na saúde, estando ligadas somente ao Sistema Único de Assistência Social. A entrada dessas instituições no Sistema Único de Saúde (SUS) se deu pela confluência de muitos atores: interesses políticos, empresariais e até mesmo da população, principalmente, quando as cenas de uso passaram a ocupar as cidades.

Consequentemente, foi promulgado o Decreto nº 7.179/10, que “institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências”⁸ e lança editais que preveem o apoio financeiro para as CT a partir dos recursos do SUS. Ao mesmo tempo, a Portaria nº 3.088/11

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde⁹.

Essa portaria coloca os Caps AD como protagonistas do cuidado – contínuo, de base territorial, intersetorial e promotor de vínculos – destinado aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Observa-se mais um paradoxo da política de drogas, pois, apesar de ter como orientação o paradigma da redução de danos, esta insere as CT na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) como Serviços de Atenção em Regime Residencial.

Com o aumento do conservadorismo no País, em 2019, tem-se a validação do Decreto nº 9.761/19 que aprova a Política Nacional sobre Drogas¹⁰. Acerca desse decreto, é importante ressaltar alguns pontos. O primeiro está relacionado com o fato de o texto ressaltar que o uso indevido de substâncias é um problema de saúde pública, ao mesmo tempo que os Ministérios responsáveis pela implementação e articulação da política são o Ministério da Cidadania

e o Ministério da Justiça e Segurança Pública. Isso demonstra um retorno da questão relativa ao tratamento cada vez mais para o âmbito da justiça. Outro ponto de suma importância está relacionado com o redirecionamento da política, que tem como objetivo uma sociedade protegida do uso e da dependência das drogas lícitas e ilícitas, com isso, a finalidade do tratamento para os usuários problemáticos de álcool e outras drogas passa a ser a obtenção da abstinência. Dessa forma, inclui-se, com destaque, a participação das CT para a constituição dessa nova política, as quais, no decorrer do texto, por vezes, ganham o status de unidades de tratamento e acolhimento e, por vezes, são descritas com o caráter de unidades residenciais transitórias. Além disso, o decreto, que vem descrevendo a importância das parcerias público-privadas, reforça que a política nacional sobre drogas deve estimular e apoiar, inclusive financeiramente, tanto o trabalho quanto a estruturação física das CT¹⁰. Alinhadas a esse projeto, têm-se mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, na qual a estratégia de redução de riscos sociais e à saúde e danos aparece como via para que o paciente logre a abstinência¹¹.

Diante disso, observa-se que a discussão em torno dos cuidados que devem ser destinados aos usuários de drogas tem-se dado, no Brasil, principalmente, em torno desses dois paradigmas: o da abstinência e o da redução de danos, diretamente relacionados com as CT e os Caps AD respectivamente. No entanto, constata-se, na prática do trabalho em saúde mental, que muitos usuários do SUS, por vezes, utilizam-se dos dois serviços até mesmo de forma concomitante. Entendendo a importância destes na gestão do seu cuidado, tem-se como questão central neste artigo a relação dos usuários problemáticos de álcool e outras drogas com os paradigmas investigados. Assim, este trabalho tem por objetivo investigar o que os usuários da Raps de uma determinada área do Rio de Janeiro entendem por redução de danos e as funções que eles atribuem aos dispositivos Caps AD e às CT. Desse modo, espera-se buscar

elementos que contribuam para o cuidado e para as práticas em saúde mental.

Metodologia

Para a realização desta pesquisa, utilizou-se a metodologia qualitativa entendendo que esta possibilita coletar dados sobre os processos de interação cotidiana e histórica, bem como o entendimento do indivíduo no seu contexto^{12,13}. Para a coleta dos dados, realizaram-se a revisão bibliográfica não sistemática na literatura concernente ao tema e a técnica da entrevista semiestruturada. Segundo Lima¹², a entrevista é um dos recursos habitualmente utilizados pelos pesquisadores das ciências sociais, de modo que, por meio dessa técnica, é possível captar histórias, experiências, lembranças e valores dos entrevistados. Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro com questões sobre o tema pesquisado, a partir de perguntas fechadas e abertas. A escolha dessa técnica se deu, pois esse modelo possibilita que, a partir da fluidez da entrevista, tanto o entrevistador possa colocar novas questões quanto o entrevistado tenha liberdade de falar.

As entrevistas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2019 em um Caps AD localizado no município do Rio de Janeiro (RJ). Para poder pensar as funções que os usuários atribuem aos Caps AD e às CT, compreender o que esses serviços produzem de efeito na vida dos usuários e compreender o que os usuários dos serviços de saúde entendem por redução de danos, entrevistamos usuários do referido Caps AD que, em tratamento no ano de 2019, já tenham ou ainda fazem uso de CT, sendo estas financiadas ou não pelo poder público.

No total, foram realizadas nove entrevistas, sendo todas elas com usuários que se identificaram como sendo do gênero masculino. Os entrevistados foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e todos autorizaram a gravação das entrevistas.

Posteriormente, as gravações foram transcritas. Feito isso, a técnica da análise de conteúdo proposta por Campos¹⁴ foi utilizada, uma vez que ela possibilita articulação dos sentidos das falas a pressupostos teóricos, sempre considerando processos sociais e históricos nos quais aquele material foi produzido. Nesta análise, observaram-se algumas etapas que consistem em: leituras flutuantes do material; seleção das unidades de análise; e processo de categorização/subcategorização¹⁴. As falas dos entrevistados foram identificadas pela letra E, seguida pelo número correspondente.

O projeto seguiu as determinações da Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵. Além disso, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP-SMSRJ), com número de aprovação 18337819.4.0000.5279. Não houve qualquer tipo de suporte financeiro para a pesquisa.

Resultados e discussão

Alguns apontamentos sobre os usos do Caps AD e Comunidades Terapêuticas

Historicamente, as CT foram instituições consolidadas por Maxwell Jones, por volta dos anos 1950/60. Estas tinham como direção a reformulação dos hospitais psiquiátricos por meio da horizontalização dos papéis dos profissionais e dos internos, com intensa participação destes nas decisões institucionais e sobre seu tratamento¹⁶. Segundo Santos¹⁷, uma das poucas características que as CT contemporâneas têm com as de Maxwell Jones é a convivência entre pares, uma vez que, nelas, tanto as hierarquias como os planos terapêuticos são bem definidas. Dessa forma, é importante entendermos um pouco da rotina das CT às quais nos referimos neste trabalho a partir das falas dos entrevistados.

[...] Acorda de manhã, toma o café da manhã. Um pão com café sem açúcar e o pão sem nada. À tarde, o almoço, arroz, feijão, angu, pé de galinha. Na hora do lanche, um pão sem a manteiga, sem nada, com um café sem açúcar. A Janta, arroz, feijão, pé de galinha com angu. Quando não é pé de galinha é pescoço, quando tem arroz na janta. Segunda, quarta e sexta são dias de jejum, você só pode comer depois das 3 horas da tarde. Comer e beber água. Claro que eu não segui isso à risca né, eu vou escovar o dente eu vou beber água. E assim, vinha. Sábado era o lazer. (E05).

É, as tarefas né. A gente acordava. Tinha laborterapia, tinha o café da manhã. Laborterapia. Uma devocional primeiro, aí seguido de devocional o café da manhã, uma laborterapia. Depois seguia o almoço depois do almoço tinha uma reunião. Depois dessa reunião tinha um tempo livre pra atividade esportiva. Lazer, esporte. E 5h30 tinha uma outra reunião e 7 horas da noite a janta. (E09).

Era essa questão de religião, de falar muito de Deus, Deus, ler bíblia toda hora. Ajoelhar, ter que fazer jejum, ter que ir pro monte orar, acordar meia noite, ir pro monte orar. Não acho isso certo. Eu acho que a pessoa tem que ter o livre arbítrio de poder se tratar [...]. (E01).

Essas falas corroboram a pesquisa realizada no ano de 2017 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) sobre o perfil das CT no Brasil. Nessa pesquisa, foram ressaltados alguns pontos de convergência que direcionam as práticas nessas instituições, os quais podemos destacar: a condução de um tratamento a partir do isolamento social e da consequente convivência entre pares; a instalação desses dispositivos em áreas rurais; a espiritualidade como meio de conversão moral; a laborterapia entendida como terapêutica; e a disciplina⁷. Nessa mesma direção, Aguiar¹⁸ aponta “disciplina, fé e trabalho”¹⁸⁽³⁸⁾ como pilares fundamentais que caracterizam as CT atualmente no Brasil. Dessa forma, podem-se destacar, nessas instituições, características do que Goffman¹⁹ nomeia de instituições totais:

uma tendência ao fechamento da instituição e ao isolamento dos usuários do mundo externo; um processo nomeado de ‘mortificação do eu’, processo no qual o interno é despojado de seu papel civil, despojado de seus bens e enquadrado em uma série de regras que promovem uma homogeneidade dos internados e os privam de liberdade e autonomia. Natalino²⁰ e Damas²¹, em suas análises, corroboram a ideia de que as CT, resguardadas algumas características, podem ser consideradas tipos de instituições totais. Para Damas²¹, um dos objetivos centrais das CT seria a reinserção social, após a realização de um processo de mudança subjetiva do indivíduo que, conseqüentemente, geraria uma mudança no seu papel na sociedade. No entanto, os autores concordam que, no processo de mortificação do eu, há a produção de uma subjetividade enquadrada na lógica institucional que, por vezes, amplia a própria dependência da instituição. Como consequência, percebe-se que

A disjunção entre os repertórios de ser-na-instituição e ser-fora-da-instituição pode se manifestar como inadaptação à vida civil e, em última instância, reincidência²⁰⁽⁵⁶⁾.

Reincidência esta que observamos nas falas dos entrevistados quando lhes perguntamos sobre a quantidade de vezes que já estiverem em CT:

Ah, umas dez vezes. Mas nenhuma deu certo. (E01).

Um, quatro, cinco vezes mais ou menos. (E04).

Ah eu fui duas vezes. Uma eu fiquei três anos e seis meses. (E08).

No Brasil, as CT voltadas exclusivamente para usuários problemáticos de álcool e outras drogas foram influências tanto pelo Modelo Minnesota quanto pelo modelo Synanon^{18,21}. Partindo dessas influências, identifica-se que, atualmente, as CT configuram-se por diferentes abordagens

[...] em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens²¹⁽⁵³⁾.

Em nossa pesquisa, apesar da predominância da abordagem religiosa, observamos que, em alguns casos, essa abordagem mistura-se com outras de cunho assistencialista e/ou psicológico.

[...] *Aí cada um tem o seu atendimento. Tem a psicóloga, médica, a professora. Se você não tem estudo né, tem uma professora lá que se doa pra ensinar, se você não sabe ler nem escrever. É legal. Tu sai empregado, eles têm o seu documento.* (E06).

Tem psicólogo. (E09).

Apesar da presença desses profissionais em determinadas CT, chama atenção que nem a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 29/2011²² – que regulamenta condições sanitárias mínimas para o funcionamento das CT – nem a Resolução nº 1/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad)²³ – que regulamenta, no âmbito no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), as CT – estabelecem a necessidade de uma equipe mínima de profissionais de saúde nessas instituições^{18,24}. Diante disso, os usuários trazem a presença de uma equipe qualificada como uma das características importantes do Caps AD.

Ah, o Caps é diferente, cara. O Caps tem estrutura né. Tem o médico, como eu falei pra você, tem assistente social. Nesses lugares não tem nada disso. É pastor, oração, igreja, jejum, comida totalmente horrível. (E01).

Aqui não, lá é uma coisa. Aqui eu senti é o centro de recuperação é M., é da prefeitura, aqui você tem

médico, toma remédio, medicação. Esses lugares não têm médico, não tem medicação, não tem nada, esses lugares é tudo assim uma terapia na tua mente. É tudo na mente, é oração e o cara não toma remédio não toma nada. É fazer as tarefas e ficar ali preso, um ano, dois anos. Isso não existe. Existe sim lá pra quem quer. Ficar um ano lá dentro. 'Pow não vou aguentar ficar preso aqui não, deus me livre, vou pirar, vou ficar maluco' [...]. (E03).

Os Caps são dispositivos da Raps que têm como função organizar a demanda da rede de saúde mental, tendo como objetivo o acompanhamento longitudinal e a reinserção social. Esses dispositivos, em consonâncias com os princípios da reforma psiquiátrica e as diretrizes do SUS⁵, possuem equipes multidisciplinares que trabalham com a lógica do cuidado de base territorial e comunitária. Desse modo, levam em conta a complexidade da vida e das relações de cada usuário a fim de ofertarem atenção integral por meio das atividades oferecidas no próprio serviço, como também da articulação intersetorial, articulação com o território, comunidade, além de serviços de arte, cultura, lazer e geração de renda^{25,26}. A presença de uma equipe multidisciplinar nesses dispositivos está diretamente relacionada com a reforma psiquiátrica que, na tentativa de produzir uma atenção psicossocial, começou a incluir outros saberes e práticas para além do saber biomédico, de modo que o sofrimento passou a ser concebido a partir de outra lógica. Isso significa dizer que a atenção psicossocial reconhece que o contexto social no qual estão inseridos os diferentes sujeitos também influencia na sua constituição e no seu sofrimento psíquico¹⁴. Diante disso, sobre sua rotina no Caps, os entrevistados relatam o seguinte:

Olha, eu venho pra cá segunda, quarta e sexta. Faço as terapias que tem, redução de danos, caminhada com o terapeuta J., tem o futebol também. Tem esse grupo de redução de danos. Venho pra cá, fico o dia aqui tem as terapias, tem o samba que

rola aí. E é isso, cara. É um local que você procura uma ajuda pra poder fugir da rotina do uso. Por exemplo, se eu não tivesse no Caps eu ia estar fazendo o uso, então o Caps ajuda bastante nesse tipo de questão. (E01).

Ah, agora eu venho uma vez por semana. Mas o seu J, algum tempo atrás, quando eu tava na rua, tava pedindo pra mim vim duas vezes por semana, entendeu? Eu vinha duas vezes por semana pegar a medicação. (E04).

Sim, se seu tiver... Por exemplo, hoje está no meu PTS eu tá aqui. Hoje eu tomo café da manhã, almoço, café da tarde e janto. E faço parte da oficina de luminária e redução de danos. (E05).

Hoje em dia eu venho mais pra cá pra fazer outras coisa né? Conversar, café com não sei o quê. (E08).

Pode-se observar que, diferentemente do relatado sobre as CT, no Caps AD, os entrevistados possuem diferentes rotinas. Isso se deve ao que o usuário E04 chama de PTS, Projeto Terapêutico Singular, que é uma estratégia de cuidado amplamente utilizada nos serviços de saúde mental que reforça a importância de um trabalho multidisciplinar, pois, por meio da discussão em equipe, é construído um projeto terapêutico que entenda as necessidades do sujeito integralmente. Isso significa que esse projeto é construído de forma articulada não só com o Caps, mas também com a comunidade, família e toda rede intersetorial, tendo como objetivo, entre outros, a autonomia e a construção de vínculos de cada usuário. Desse modo, o usuário tem um papel de protagonismo na construção desse PTS que deve ser reavaliado e reconstruído permanentemente²⁵.

Nas falas abaixo, observam-se os diferentes motivos pelos quais os entrevistados procuram o Caps AD. Algumas dessas falas corroboram a pesquisa de Machado, Modena e Luz²⁷, que fala sobre as diferentes necessidades trazidas pelos usuários do Caps AD quando estes buscam esse serviço. São estas: cuidado para sofrimento psíquico e orgânico, reconstrução

dos laços sociais e acesso a serviços básicos como alimentação e higiene pessoal.

Quando eu me sinto depressivo, entendeu? Hoje, por exemplo, eu acordei de manhã aí olhei pro relógio ainda eram 7 e pouca, e aqui só pode entrar as 8. Quer saber, eu vou andando devargazinho e vou chegar lá. Aí eu vim [...]. (E05).

No momento de desespero, no momento de que você vê que não tá dando mais, entendeu? Que você precisa de uma ajuda. Que chega um momento que você usa tanta droga, tanta droga que nem você mais aguenta usar. Nem a droga faz mais efeito, entendeu? Principalmente, o crack. (E01).

Pra conversar, conversar com alguém. Pra ficar perto de pessoas. (E08).

Quando falam sobre os momentos nos quais procuram as CT, pode-se perceber que, assim como em relação aos Caps AD, os entrevistados não buscam somente tratamento. Desse modo, eles relatam também a procura por abrigo ou mesmo uma busca espiritual.

Eu escolhia porque eu não tinha pra onde ir né, cara. Eu tava na rua. Eu achava que eu poderia ali, poderia abrir uma porta pra mim, ia ser o caminho. Mas, geralmente, eram lugares evangélicos, onde você teria que ter uma doutrina evangélica [...]. (E01).

Porque lá eu sempre tive uma chama de Deus na minha vida, eu sempre fui enrolado com Deus desde os meus 17 anos. E maioria das Comunidades Terapêuticas são cristã, então ajuda você a se libertar, ajuda muito. E as vezes, prejudica muito. (E02).

Quando eu tô na pior, quando eu tô na pior sem ter pra onde ir, como eu tô agora, entendeu? Depois de ter feito muita bobagem é que eu paro, reflito, realmente, tem que ser num centro de recuperação. Tentei ficar numa quitinete sozinho lá em Nilópolis só consegui ficar um mês, mas fiz muita bobagem. Cheirava lá, entendeu? Cheguei a levar prostituta lá pra dentro. (E04).

Talvez por tá na rua, prefira até tá lá dentro, porque eu não gosto de ficar internado não. (E06).

Diante dos diferentes motivos relatados em relação aos momentos nos quais os entrevistados buscam cada instituição, destaca-se um ponto de convergência: que é quando os entrevistados referem estar em uso intensivo. No entanto, sendo o Caps AD um serviço aberto e que propõe um cuidado longitudinal, alguns entrevistados relatam procurar esse dispositivo também para a continuidade do tratamento. Além disso, alguns entrevistados referem utilizar esses dispositivos de forma conjunta.

Eu conciliava as duas coisas. Procurava o Caps e procurava um lugar pra mim sair, se isolar do mundo. Um lugar onde realmente ia me libertar. (E02).

Assim, ficando lá no centro terapêutico, no centro de recuperação é bom pra mim, muito bom. E vir aqui no Caps também é bom pra pegar remédio, pra passar pela minha referência, pra continuar conversando com ela, entendeu? Porque me aconselha, guia em algumas coisas, fala aquilo que eu preciso ouvir. (E04).

Assim como em nossa pesquisa, Natalino identifica que as pessoas que usam drogas procuram variados tipos de tratamento durante sua vida. À vista disso, percebe-se que, diante de algumas pistas, não é possível identificar com precisão os motivos que fazem cada pessoa, a cada momento e a cada escolha, procurar cada instituição. Dessa forma, observamos que, por vezes, os mesmos usuários recorreram a internações e aos Caps AD concomitantemente. Para Natalino:

Nesse percurso, recorrem às mais diversas modalidades de atenção, sejam elas pautadas ou não pela internação, abstinência e/ou lógica da RD. Sua escolha tende a ser quase sempre condicionada pela efetiva disponibilidade dos serviços no momento da busca e por sua

percepção, em cada circunstância, sobre que serviço pode melhor atender às suas demandas imediatas²⁰⁽³¹⁾.

Algumas compreensões sobre a redução de danos

Um dos objetivos desta pesquisa está relacionado com os sentidos apreendidos em torno do conceito de redução de danos. Dos nove usuários entrevistados, somente um ainda não havia participado do grupo de redução de danos oferecido pelo Caps AD no qual a entrevista foi realizada. Diante desse dado, chama atenção o fato de os entrevistados relacionarem a redução de danos somente como uma técnica de redução na quantidade do uso.

Ah, redução de danos. Sabe o quê que acontece? Eu vi ali, do meu ver, do meu ver. Vou te falar, as pessoas 'Ah, não usa cinco não, usa um'. Isso é redução de danos, eu não quero usar um, que eu não consigo usar um. Vou ser sincero contigo que eu era compulsivo. Aí 'Você tá usando quantos pó?' 'dez' 'Usa cinco, diminui, aí vai diminuindo' Mas tem que parar, não é usar dois. Se eu usar dois eu vou usar uma carga toda. (E03).

Redução de danos é você reduzir o uso, né cara. Tentar reduzir o uso aos poucos até parar, entendeu? (E01).

É o que eu entendo como redução e danos é que é um trabalho em cima de diminuir o uso da dependência química. (E09).

É possível identificar em algumas falas estratégias criadas pelos entrevistados para conciliar o uso de substâncias com o trabalho e outros afazeres da vida. No entanto, esses entrevistados não as identificam como estratégias de redução de danos, uma vez que relacionam esse conceito com a perspectiva supracitada.

Perante Deus não uso cocaína, mas ainda tô tomando uma cachacinha, entendeu? Tipo assim,

ainda preciso de ajuda, eu não tô totalmente curado. Porque eu não uso droga, droga eu uso, cachaça é droga, a pior droga que tem. Mas eu não fico doidão, não fico fazendo besteira, entendeu? Eu tomo assim, um pouquinho agora pra fazer o almoço, quem faz o almoço sou eu. Cuido dela, quem lava a louça sou eu, quem compra roupa pra ela [...] Mas aí eu tenho um limite. Vou tomar um negocinho, mas eu tenho que trabalhar amanhã de manhã, eu paro aí vou descansar. Trabalhar pra não dar mole. (E03).

Petuco²⁸ organiza a história da redução de danos em três momentos. A partir dessa história, ele mostra como a redução de danos na Inglaterra e na Holanda nasceu a partir de técnicas como a “Terapia da Substituição”²⁸⁽¹³⁴⁾ e da distribuição/troca de seringas. No Brasil, a estratégia de redução de danos, que se iniciou também como um programa de troca de seringas, vai ganhando outros sentidos e formas. Desse modo, aproxima-se cada vez mais da clínica ampliada, amplifica suas práticas e inventa uma nova ética de cuidado. Corroborando essa ideia, Souza² entende a redução de danos para além do campo das técnicas. Para o autor, ela está atrelada a uma dimensão de cuidado que leva em conta a experiência singular de cada sujeito. Ou seja, ao contrário do paradigma da abstinência, que produz um saber hegemônico sobre a relação que se deve ter com o uso de drogas, a redução de danos abre as portas para que os usuários possam falar das suas experiências.

[...] Foi o que a I. falou pra mim, me perguntou ‘05, como é que você reduz seus danos?’. Vindo no Caps, que aqui eu não uso nada, entendeu? Eu fora daqui, eu sou uma bomba relógio. (E05).

Diante da polarização em que se instaura o campo das drogas, na qual as possibilidades possíveis só se dão quando a favor ou contra seu uso, é importante ressaltar que, assim como E04 nos sinaliza, a redução de danos não se opõe à abstinência como uma possibilidade, mas com o único objetivo possível,

produzindo então uma terceira via diante dessa polarização².

A redução de danos que segundo a pessoa que explicava é realmente pra pessoa diminuir o uso de drogas ou então chegar ao ponto até de parar. Porque o Caps trabalha com a questão do seguinte: a pessoa pode até usar droga, segundo o que eu entendo, mas controlável, se controlando. Se conseguir parar, 100% parar mesmo, parabéns. Mas se não pelo menos controlar o uso de drogas, sem ficar fora de si, sem ficar doidão, sem fazer bobagem, sem ficar fora de si, sem ficar, entendeu? (E04).

Pensar a abstinência como única meta é pensar em um tratamento no qual a droga é o foco, é pensar a substância e suas estruturas químicas como o mal em si, excluindo a relação e o sentido da experiência do drogar-se. Se a droga é o único problema, infere-se que, com o objetivo de ver-se livre dela, as pessoas deveriam deixar de frequentar certos lugares, deixar de encontrar certas pessoas e evitar certos comportamentos. Seguindo por este caminho, o das privações, o que se tem é um empobrecimento das relações subjetivas. Ao contrário, a partir do paradigma da redução de danos, tira-se o foco do tratamento da droga. Tirar o foco da droga é entender que só podemos analisar os efeitos da substância quando na relação com a subjetividade de cada usuário e, conseqüentemente, seu território existencial²⁹.

Considerações finais

A disputa entre os modelos de atenção aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas tem ganhado cada vez mais o cenário das políticas públicas no Brasil, a saber: o modelo orientado pela concepção de liberdade, cuidado no território, na perspectiva de redução de danos, considerando os usuários enquanto sujeitos de direito, realizado nos Caps AD; e o modelo orientado pela segregação dos usuários e a abstinência enquanto única

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

possibilidade, em que o foco é a droga e, em sua maioria, orientado pela perspectiva religiosa, realizado pelas CT. Santos²⁴ considera que essas disputas

estão diretamente associadas aos diferentes sentidos – morais, simbólicos e políticos – atribuídos pelos diversos grupos sociais a essas substâncias e ao seu uso²⁴⁽¹⁸⁾.

Diante disso, este estudo oferece algumas pistas das relações que os usuários problemáticos de álcool e outras drogas estabelecem com os paradigmas da abstinência e da redução de danos, por meio dos usos e sentidos que estes atribuem às CT e aos Caps AD. Observamos, também, a presença de falas que sustentam a relação com as drogas baseadas no paradigma da abstinência.

Diante do debate aqui colocado e da inserção cada vez maior das CT nas legislações brasileiras, sublinha-se a relevância desta pesquisa

no sentido de poder incluir as experiências trazidas pelos usuários do SUS. Posto isso, é necessário enfatizar a necessidade de mais pesquisas relativas ao tema, principalmente, àquelas atreladas ao campo das políticas públicas de saúde e, principalmente, aos princípios da reforma psiquiátrica garantidos pela Lei nº 10.216/015. Faz-se, também, imprescindível a regularidade de fiscalização dessas instituições pelos diversos órgãos responsáveis do Estado.

Colaboradoras

Quintas ACMO (0000-0002-2464-3786)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a realização da pesquisa, análise dos dados, a redação e a aprovação final do manuscrito. Tavares PSPB (0000-0001-6503-3944)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a redação, revisão crítica do conteúdo e a aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11):2309-2319.
2. Souza TP. A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: Direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos) [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013. 335 p.
3. Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *Hist. cienc. saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. 2015; 22(4):1231-1248.
4. Andrade TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(12):4665-4674.
5. Brasil. Lei 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. *Diário Oficial da União*. 9 Abr

2001. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva; Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
 7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica nº 21: Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras. [internet]. 2017. [acesso em 28 jan 2020]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.
 8. Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial de União. 21 Maio 2010. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Maio 2013. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
 10. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. 11 Abr 2019. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#:~:text=Promover%20a%20estrat%C3%A9gia%20de%20busca,das%20drogas%20%C3%ADcitas%20e%20il%C3%ADcitas.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. 4 Fev 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
 12. Lima M. O uso da entrevista na pesquisa empírica. In: Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo. São Paulo: SESC- CEBRAP; 2016. p. 24-41.
 13. Alves ZMMB, Silva MHGFD. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. Paidéia. Rib. Preto. 1992; (2):61-69.
 14. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. Bras. Enferm. 2004; 57(5):611-614.
 15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jul 2018. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>.
 16. Brandão B, Carvalho J. Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência. Revista Ingesta. 2019; 1(1):268-282.
 17. Santos MPG. Introdução. In: Santos MPG, organizadora. Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 9-16.
 18. Aguiar ALV. Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN). [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.
 19. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
 20. Natalino MAC. Isolamento, disciplina e destino social

- em Comunidades Terapêuticas. In: Santos MPG, organizadora. *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 37-59.
21. Damas FB. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.* [internet] 2013 [acesso em 2020 jan 20]; 6(1):50-65. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/173>.
 22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União*. 1 Jul 2011. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-29-de-30-de-junho-de-2011>.
 23. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Brasil). Resolução nº 1, DE 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. *Diário Oficial da União*. 28 Ago 2015. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/doi-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806.
 24. Santos MPG. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: Santos MPG, organizadora. *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 17-36.
 25. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2011; 22(1);85-92.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. *Diário Oficial da União*. 22 Fev 2002. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
 27. Machado AR, Modena CM, Luz ZMP. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. *Interface* [internet]. 2020. [acesso 2020 jan 2]; 24:1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e190090.pdf>
 28. Petuco DRDS. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. p. 133-148.
 29. Tedesco S, Souza TP. Territórios da Clínica: Redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S, organizadores. *Conexões: Saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Editora Hucitec; 2009. p. 141-156.

Recebido em 13/02/2020

Aprovado em 27/07/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde

Permanent Education in Health: innovative experiences in mental health in Primary Health Care

Priscilla Regina Cordeiro¹, Rosilda Mendes¹, Flavia Liberman¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E318

RESUMO O processo de articulação da Rede de Atenção Psicossocial é um desafio diário vinculado à assistência integral à saúde e a estigmas sobre transtornos mentais, sendo necessário repensar estratégias que intensifiquem a articulação de maneira inclusiva, garantindo acesso a toda a população. Este artigo descreve uma pesquisa de intervenção de abordagem qualitativa, utilizando Oficinas como método de Educação Permanente em Saúde, apresentando os agentes comunitários de saúde como público-alvo. O objetivo deste estudo foi possibilitar a intervenção, a implementação e a análise dessa metodologia, com o intuito de promover um espaço de troca, criação coletiva e transformação da prática na produção diária de saúde entre profissionais e usuários com transtornos mentais, pensando sobre o fortalecimento do papel na Rede de Atenção Psicossocial segundo a Reforma Psiquiátrica. Esta pesquisa promoveu encontros com atividades reflexivas e aprendizagem inventiva que permitiram a ‘construção conjunta’, partindo de problemas identificados no cotidiano e construindo juntos a solução comum. Ao construir a solução, este estudo fortaleceu o relacionamento entre as equipes de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial, incentivando esses profissionais a serem uma extensão do Centro de Atenção Psicossocial no território.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Saúde mental. Agentes Comunitários de Saúde. Educação profissional em saúde pública. Práticas interdisciplinares.

ABSTRACT *The articulation process of the Psychosocial Care Network is a daily challenge linked to comprehensive health care and stigmas about mental disorders, and it is necessary to rethink strategies that intensify the articulation in an inclusive way, guaranteeing access for all the population. This article describes a qualitative approach intervention research, using workshops as a method of Permanent Education in Health, presenting the community health agents as a target audience. The purpose of this study is to enable the intervention, implementation and analysis of this methodology, aiming to promote a space of exchange, collective creation and transformation of the practice in the daily production of health among professionals and users with mental disorders, thinking the strengthening of the protagonism in the Psychosocial Care Network, according to the Psychiatric Reform. This research promoted meetings with reflective activities and inventive learning that allowed ‘joint construction’, starting with problems identified in daily life and building together the common solution. While building the solution, this study strengthened the relationship between the teams within those services of the Psychosocial Care Network, encouraging these professionals to be an extension of the Psychosocial Care Center in the territory.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Mental health. Community health workers. Education public health professional. Interdisciplinary placement.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
cordeiro_to@hotmail.com



Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, sancionada pela Lei Federal nº 10.216, de 2 de abril de 2001, representou um avanço significativo para a integralidade da assistência em saúde e buscou potencializar os direitos e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico, assegurando o acesso ao melhor cuidado e qualidade possível no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Com vistas a esses avanços, a Reforma Psiquiátrica Brasileira preconiza a implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial (Raps), de modo a articular ações entre os serviços que a compõem e expandir o cuidado para além dos espaços substitutivos extra-hospitalares². Trata-se de uma estratégia que se caracteriza por práticas pautadas nos princípios da territorialização, da responsabilização e da ampliação das redes sociais existentes nas comunidades³.

A reabilitação psicossocial é compreendida como um conjunto de ações, centrado na pessoa, que consideram as expressividades do sofrimento, assim como a autonomia, o exercício da cidadania, os direitos humanos e a liberdade como fatores essenciais para a condução do cuidado pensado pela via da reinserção na sociedade. Tal conceito envolve, de maneira horizontal, todos os atores relacionados com esse cuidado, sejam eles usuários, familiares e profissionais de saúde, tratando-os como protagonistas da condução dessa reabilitação, tendo em vista ressignificar e aprimorar as habilidades e potências dos usuários em sofrimento psíquico inseridos em sua comunidade⁴. Nesse cenário, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) se revela como um serviço fundamental para a rede de atenção à saúde, uma vez que busca promover a desinstitucionalização ao integrar e auxiliar, também, na articulação entre os pontos da Raps, incluindo a Atenção Básica à Saúde (ABS). Nessa perspectiva, entende-se que aproximar as ações de saúde mental nos espaços da ABS, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, é um dos propósitos que definem as ações que buscam “[...] a transformação de uma

sociedade para conviver com a loucura”³⁽²⁸⁾. Contudo, a inclusão dessas ações ainda é um desafio, sendo fundamental a promoção de práticas que promovam uma rede de cuidados tecida no processo da Reforma Psiquiátrica, convidando os profissionais de saúde a sustentarem as diferenças ante os estigmas relacionados com o sofrimento psíquico.

Com vistas a oferecer ferramentas para a integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde instituiu uma importante estratégia política para o fortalecimento do SUS, denominada Educação Permanente em Saúde (EPS)⁵. A EPS dispõe sobre a modificação e transformação das práticas em saúde dos profissionais ao constituir uma ferramenta importante que busca desenvolver um trabalho em saúde inserido em um processo multiprofissional e interdisciplinar, coletivo, educativo dialógico e de incentivo ao protagonismo dos profissionais em relação ao desenvolvimento de sua formação⁶⁻⁸.

Tendo como cenário de investigação um dos territórios localizado no município de São Bernardo do Campo (SP), este artigo foi elaborado a partir da dissertação desenvolvida pela pesquisadora e terapeuta ocupacional pertencente a uma equipe de um Caps III. Busca-se aqui repensar o acompanhamento integral dos usuários em sofrimento psíquico no território e auxiliar nos processos de descentralização e de aproximação entre a ABS e o Caps, por meio de práticas criativas e inovadoras, tendo como parâmetro o processo de reabilitação psicossocial e a Reforma Psiquiátrica.

Nesse contexto, no que diz respeito à assistência em saúde mental na comunidade, observou-se que a articulação da ABS na Raps nesse território demonstra-se fragmentada, mostrando-se incipiente ou escassa em relação às ações intersetoriais, de cuidado e atenção em saúde mental, o que, indiretamente, pode favorecer o estigma, a institucionalização e o funcionamento manicomial. Entende-se que essa conjuntura, não exclusiva deste local – mas comum em outros territórios e espaços de saúde –, ecoa diretamente no

acompanhamento do usuário em sofrimento psíquico, necessitando, portanto, de modificações. Assim sendo, as realidades precárias supracitadas acabaram por se constituir um problema de pesquisa.

Ao avaliar o território da pesquisa, assim como a dinâmica na qual a Raps se insere nesse local, é possível inferir que o maior engajamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atenção básica – estimulando-os quanto à corresponsabilização, por meio de ações coletivas – inseridos no processo de cuidado integral ao usuário em sofrimento psíquico poderia torná-los profissionais fundamentais em todo o processo de qualificação e articulação entre os serviços pertencentes à Raps, em especial, o Caps e a Unidade Básica de Saúde (UBS) em questão, favorecendo a percepção desses profissionais como protagonistas no cuidado integral, incluindo a saúde mental, equivalendo-se a uma extensão do Caps na comunidade, afinal, são eles os conhecedores desse território por atuarem e habitarem nele.

O presente artigo traz alguns resultados de uma investigação que tem também como intuito inspirar ações sobre as necessidades de transformação do cuidado em saúde mental, em consonância com os princípios do SUS⁹. Nessa direção, analisa a articulação do cuidado integralizado na Raps ao ressaltar a essencialidade e a importância da participação ativa e do protagonismo dos profissionais e usuários do SUS nos serviços que os agregam e contemplam, de modo a contribuir para a efetividade e a qualidade da assistência em saúde mental no território, de acordo com os princípios da reabilitação psicossocial e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é intervir, implementar e avaliar a EPS, como estratégia norteadora, ao descrever e analisar o processo de elaboração de Oficinas como ferramentas de recurso para a articulação entre o Caps e a UBS pertencentes à Raps. Para a construção desse percurso, propuseram-se ações e atividades que busquem intervir no ato do encontro, bem como trocas de experiências

que se cruzam entre vivências, interesses e perspectivas e que promovam aprendizagem e criação de ações coletivas entre os ACS e usuários em sofrimento psíquico convidados.

Material e métodos

O percurso metodológico desta pesquisa baseou-se no referencial de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa. As características de uma pesquisa-intervenção potencializam essa prática investigativa, pois suas ações ocorrem no contexto pesquisado perante os problemas e as demandas que carecem de soluções; possibilita, ainda que a pesquisa seja participativa, de modo que tanto o pesquisador quanto os participantes da pesquisa se apresentem como sujeitos ativos de um estudo em movimento¹⁰.

O público-alvo da pesquisa foram as 12 ACS, que integravam duas equipes de uma UBS localizada no município de São Bernardo do Campo (SP). A opção por desenvolver a pesquisa com essas ACS deveu-se ao anseio de privilegiar a voz desses atores sociais, enfatizando suas percepções e os propósitos de suas atuações, considerando-as como possíveis protagonistas no processo de territorialização na equipe do Caps.

Este estudo contou ainda com a participação de cinco usuários em sofrimento psíquico, inseridos no mesmo Caps III. A participação desses sujeitos não deve ser confundida com o público-alvo, mas, sim, entendida como a presença de personagens que trazem discussões importantes relacionadas com o sofrimento psíquico, ao compreender que estes possuem domínio sobre os temas refletidos, considerando as próprias vivências no decorrer de suas vidas. Isto é, a participação dos usuários em sofrimento psíquico nas Oficinas poderia possibilitar, também, o confronto com as questões relativas aos estigmas, ao desconhecimento e ao preconceito, ao serem conduzidas pelas declarações apropriadas e pontuais daqueles sujeitos.

Onze Oficinas foram realizadas semanalmente no território de abrangência da UBS e em serviços de saúde inseridos na Raps, com a duração de uma hora cada, contemplando as atividades, o tempo para a reflexão coletiva e o encerramento do encontro do dia. As propostas iniciais das Oficinas pretendiam oportunizar espaços de criação em grupo, trocas

de experiências, de escuta, aprendizagem e de transformação da prática no cotidiano de produção em saúde, considerando os pressupostos da EPS.

O quadro 1 a seguir apresenta parte da organização estrutural e da análise das atividades ofertadas nas Oficinas:

Quadro 1. Organização estrutural e temas propostos para Oficinas

Oficina 1 - Conhecendo a Rotina das ACS

Apresentação das propostas e vivências nas Oficinas.
Primeira vivência com as ACS, propondo conhecer sua rotina e processos de trabalho.

Oficina 2 - Aquecimento

Apresentar os objetivos de cada encontro para a equipe, pactuação de contratos e horários e conhecer as expectativas do grupo.

Oficina 3 - Conhecendo a Rede Viva

Levantamento das expectativas dos participantes na pesquisa. Dificuldades e Potências desta Raps compreendidas pelas equipes.

Oficina 4 - Quebrando paradigmas

Troca de experiências com a equipe da UBS e usuários do Caps III, por meio das histórias e vivências da vida no Manicômio e reflexões referentes à articulação das Redes de Saúde e ao fechamento de Hospitais Psiquiátricos.

Oficina 5 - Conhecendo a Raps - Assimilando as experiências

Visita aos serviços da Raps existentes no território com as ACS. Atividade de vivência no Caps III.

Oficina 6 - Prática, Ação e Equipe

Atividade direcionada ao trabalho em Equipe e importância da construção/articulação da Raps.

Oficina 7 - Cartografia de Forças

Estudo de Caso: elaboração criativa do caminho de usuários no território e do trabalho em Rede, utilizando como dispositivo o Ecomapa. Propostas possíveis para o Projeto Raps e UBS.

Oficina 8 - Articulação das Redes de Saúde - Problemas e Criações

Identificação de problemas ante a articulação das Redes de Saúde e jogo de ideias de como potencializá-la (*Brainstorm* de Criações).

Oficina 9 - O Território como Cenário de Cuidado

Criar coletivamente estratégias e soluções para os problemas apresentados referentes ao tema e potenciais de um profissional multiplicador. Ponto de partida para Projeto a Raps e UBS.

Oficina 10 - Repensando a prática

Finalização do Projeto Coletivo com a elaboração das propostas possíveis para a Raps e o território.

Oficina 11 - O que faremos com o que aprendemos?

Discussão final sobre o protagonismo e a iniciativa na articulação da Raps na Atenção Básica à Saúde e todo o processo vivido durante as Oficinas.

Roda de conversa - Expressão e Parceria

Roda de Conversa com tema livre entre os participantes, profissionais convidados e Gestão, tendo entre os objetivos do encontro observar e avaliar as mudanças efetivas, o Hábito na rotina de trabalho e devolutiva da equipe

Fonte: Elaboração própria.

Essas Oficinas baseiam-se em metodologias que possibilitam a participação ativa de todos os integrantes do grupo e se revelam como ferramentas potencializadoras para a transformação das práticas cotidianas, permitindo o pesquisar com os sujeitos em análise, a aprendizagem significativa e a construção coletiva a partir dos problemas identificados¹¹. Destaca-se que a EPS, compreendida como um processo pedagógico, parte do pressuposto da aprendizagem significativa, uma vez que pretende proporcionar a reflexão pelos profissionais de saúde sobre a sua formação e o seu cotidiano do trabalho ao adotar a problematização do processo de trabalho, tendo em vista a transformação das práticas de saúde⁸.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo Hospital São Paulo (Unifesp-HSP) (CAAE:4683.4415.3.0000.5505).

Levantamento e análise de dados

Os dados foram produzidos por meio do registro em Diários de Bordo das 11 Oficinas e de uma Roda de Conversa realizada após quatro meses do término da última Oficina. Tais registros objetivaram preservar o caráter de expressão subjetiva, singular e coletiva das vivências. O Diário de Bordo tornou-se uma importante forma de registro escrito, oportunizando a descrição livre das expressões e impressões, durante cada encontro, a partir do objetivo e do subjetivo da experiência vivida no processo de criação¹².

A etapa da análise do conteúdo dos Diários considerou a organização metodológica desta investigação, destinando-se à interpretação dos instrumentos utilizados na coleta de dados, para uma descrição sistemática, singular e coletiva do conteúdo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo na perspectiva de Bardin¹³, complementada pela abordagem de Minayo¹⁴, mediante leitura exaustiva daquilo que foi colhido, tendo sido organizados em

quatro categorias: Práticas coletivas de pesquisa; Educação Permanente em Saúde: Oficinas como espaços de valorização, saberes e relações; Reformas em movimento: as práticas de território como garantia ao cuidado da loucura e Desafios e Estratégias para a Articulação da Rede de Atenção Psicossocial.

Resultados e discussões

Práticas coletivas de pesquisa

Na elaboração da pesquisa e no decorrer das Oficinas, buscou-se criar espaços que procurassem favorecer o diálogo, valorizando as diferentes vozes entre o grupo, tornando significativo o que cada participante representava de relevante e de novidade para complementar aquilo que já se compreendia e se defendia¹⁵. Logo, é coerente apontar que o que norteou o foco analítico e a discussão dos resultados, colhidos por meio dos instrumentos de coleta de dados, foi a possibilidade de colocar em análise o valor do protagonismo, da participação 'com', e não 'sobre' os participantes da pesquisa; e, conseqüentemente, das ações que propunham intensificar as relações e a articulação com os serviços da Raps.

Durante as Oficinas, foi possível, com as ACS e os usuários convidados, realizar visitas aos serviços da Raps, entre eles, os Caps existentes no território, a equipe de Consultório de Rua, a associação de usuários e familiares e o Pronto Atendimento de Psiquiatria. Esses momentos pretendiam garantir o conhecimento do fluxo e das relações entre as equipes e os usuários no território pelas ACS que participavam da pesquisa.

Na Roda de Conversa com as ACS, os usuários, os profissionais pertencentes às equipes (Caps e UBS) e a gestão da UBS para a discussão sobre os impactos das Oficinas, foi possível refletir sobre a participação nas Oficinas e os impactos no cotidiano do trabalho e sobre as transformações de olhares e falas referentes

ao cuidado em saúde mental. Observou-se que a ambição de tornar os serviços da Raps parceiros não estava sendo endossada somente pelos desejos da pesquisadora, mas também pelas respostas potencializadas nas falas de cada ACS.

Depois que a gente ganhou essas Oficinas, a gente teve outra visão do Caps [...]. Então, eu acho que foi um recomeçar pra gente. Foi uma coisa boa! Assim, a gente tem mais visão do que é o Caps e de como trabalhar na rua com as pessoas que precisam do Caps. (ACS 1).

Aquilo que, inicialmente, havia sido compreendido como problema, aos poucos, foi se transformando em estratégias de ações. Na Roda de Conversa, notou-se que as propostas traçadas nas Oficinas já faziam parte da rotina, sendo possível perceber que esse formato de encontro é também um espaço de aprendizado na EPS, ao possibilitar a troca entre os diferentes atores sobre a realidade dos serviços de saúde nos quais estão inseridos e os impactos e propostas resultantes dos encontros e ações vivenciadas nas Oficinas¹⁶.

Nas Oficinas, ao realizar atividades disparadoras de reflexões sobre as práticas em saúde, buscou-se estimular os participantes a serem multiplicadores e protagonistas de ações descentralizadoras na articulação dos serviços da Raps, como mencionou a ACS:

Eu acho, assim, que a gente tem que ser multiplicador, né? Tudo o que a gente aprendeu nesse tempo que ficamos juntos, temos que ir distribuindo, né? Na comunidade, né? Nas famílias! Porque foram temas muito interessantes, e a gente precisa ser multiplicador de tudo isso pra dar continuidade. (ACS 1).

Buscou-se também sensibilizá-los a se tornarem parceiros ativos na defesa dos direitos em saúde mental, cidadania e do cuidado integral dos usuários em sofrimento psíquico. Essas ações incitam uma transformação

social da ABS, caracterizando-se como novas formas coletivas de lidar com “[...] questões do sofrimento psíquico, buscando a criação e consolidação das redes existentes no território”³⁽⁴²⁾, como, inclusive, descreve a ACS no relato a seguir:

União, eu acho assim.... Pra um trabalho ser bem feito, pra toda a rede funcionar, acho que tem de ter a união por todos os profissionais. Acho que a união precisa acontecer pro trabalho funcionar [...] pra que a rede funcione e flua melhor. (ACS 2).

No decorrer de cada Oficina, era possível observar como as conexões criadas a cada encontro simbolizam as conexões que podem ser articuladas na rede e na comunidade.

Então, a gente vai se cuidando de acordo com cuidado que vão nos oferecendo; através do olhar, do amor, porque não é só o profissional, é também a presença do amor incondicional, que é aquilo que a gente espera e que acontece. É isso. Sejam bem vindos ao Caps vocês também. Aqui é uma nova vida! (C. usuária convidada).

Educação Permanente em Saúde: Oficinas como espaços de valorização, saberes e relações

Tendo a EPS como norte desta pesquisa, as atividades propostas em cada Oficina almejavam valorizar os diferentes saberes e reflexões sobre as estratégias de intervenção e transformação da prática de produção em saúde. Buscou-se pensar em estratégias que intensificassem o processo de articulação com os serviços da Raps e, conseqüentemente, garantissem o acesso de qualidade a atenção integral à saúde do usuário em sofrimento psíquico.

Tais estratégias demandavam ações que precisaram ser analisadas, sobretudo no que tange à sua aplicabilidade e ao imprevisível, pois envolviam desafios e barreiras, não somente institucionais, mas também

relacionados com as concepções de cuidado em saúde mental de cada profissional de saúde, particularmente, naquele contexto. Os resultados esperados dependiam não só de mudanças do processo de trabalho, mas também de mudanças paradigmáticas que se relacionassem com as transformações individuais sobre o olhar dirigido a si e ao outro.

Nessa perspectiva, os resultados da EPS aparecem quando, de fato, os profissionais de saúde mostram-se sensibilizados, no sentido de que, no “no ambiente do trabalho, se deve valorizar as trocas de conhecimentos e experiências e, assim, ir redescobrir novos caminhos para as intervenções e o cuidado em saúde”¹⁶⁽¹⁴⁷⁶⁾ e, conseqüentemente, tornando o percurso de aprendizagem de cada profissional participante permanente ao modificar a sua atuação profissional e qualificar o cuidado no serviço de saúde e no território.

Logo, o propósito das Oficinas não foi somente ensinar coisas novas relacionadas com o cuidado em saúde mental, mas propor ao grupo experiências e aprendizados a partir de novidades promovidas em uma relação horizontal, levando-se em conta a possibilidade de problematizar com o coletivo, aprendendo outros modos de fazer, ofertar e compreender a atenção em saúde direcionada ao usuário em sofrimento psíquico¹⁷. O foco, desse modo, era possibilitar aprendizagens recorrendo à produção de novos conhecimentos, às vivências positivas e aos afetos atrelados às dimensões subjetivas que envolvem e movimentam

[...] o pensamento, a imaginação, a criatividade, a potência (para estabelecer conexões com pessoas e equipamentos), a sensibilidade, a sociabilidade e a afetividade¹⁸⁽⁵⁾.

Vivenciar as Oficinas, contando com a participação dos usuários em sofrimento psíquico frequentadores do Caps, das ACS e da pesquisadora – todos em um mesmo patamar de valorização de saberes –, possibilitou repensar, em grupo, os lugares enfraquecidos que ainda segregam e institucionalizam o cuidado e que

precisam ser reavaliados e revalidados na articulação da Raps. Conforme a fala de um dos usuários participantes:

O Caps vem se desenvolvendo na maneira do paciente. O Caps, não só eu, mas a maioria que está lá, viu ele se desenvolvendo. Já estou de 4 a 5 anos por lá [...] e eu acho que, se vocês quiserem um dia fazer uma visita ao Caps III, será de grande valia para nós e, principalmente, para vocês. (J. usuário convidado).

A fala da ACS que vivenciou as Oficinas ressalta a importância do convite do usuário sobre o (re)conhecimento do Caps por profissionais de outros serviços de saúde, para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, ao mencionar: “Hoje, eu vejo que o Caps é uma rede de apoio para a pessoa, inclusive, voltar para a sociedade e não viver trancada. É só mais um apoio, um suporte” (ACS 3).

Pode-se dizer que as ACS e os usuários participantes, entendidos aqui como protagonistas do SUS, assim como a pesquisadora, puderam “compartilhar, ensinar e aprender” juntos, construindo e desconstruindo “[...] concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis”¹⁹⁽⁶⁾. A promoção de espaços de relações horizontais para repensar os processos da Reforma Psiquiátrica, pesquisando com os usuários em sofrimento psíquico, possibilitou momentos empáticos e de trocas reais de experiências, devido à disponibilidade e ao exercício do empoderamento de cada sujeito ao transmitir, para o grupo, suas vivências de sofrimentos e de progressos relacionados com os acontecimentos de suas vidas atreladas ao sofrimento psíquico. Foi o que demonstrou a ACS em sua fala:

Eu imaginava: Nossa, esses loucos tudo na rua! Todos esses loucos na rua, vai ficar feia a situação! Mas aí descobri que não tem nada a ver. Simplesmente, não tiraram do hospital e jogaram na rua. Existe uma reabilitação pra saírem. Esse trabalho é muito importante. (ACS 4).

Reformas em movimento: as práticas de território como garantia ao cuidado da loucura

No decorrer das Oficinas, os usuários convidados contaram que a realidade institucional, pautada na lógica manicomial, ainda persiste e que, há até pouco tempo, viver entre os muros do manicômio era a única opção para muitos doentes mentais. Segundo eles, o confinamento asilar era o destino comum e certo às pessoas em sofrimento psíquico, conforme mencionado por uma das convidadas:

Então, você ficava condenado, sem ter praticado um crime, entendeu? E, quanto mais você pede uma melhora no seu tratamento, pior eles tratavam você. Você não pode reivindicar, você não pode pedir, não pode fazer nada. (C. usuária convidada).

Outro participante compartilha suas mais de 45 internações nos diversos hospitais psiquiátricos, durante longos anos:

Eu não sei muito bem, mas acho que [foram] umas 45 [internações] em hospital psiquiátrico. Mais ou menos isso! Tem tanta coisa que passei, mas, se não fosse pela minha força, minha braveza e eu deixasse correr do jeito que estava acontecendo lá no hospital, eu não estaria vivo, não estaria mais aqui. Estaria morto. (M. usuário convidado).

Durante as Oficinas e por meio dos relatos, gentilmente compartilhados pelos usuários convidados – narrativas sobre suas histórias de vida e sobre o tratamento desumano que lhes foi ofertado após diagnósticos que os rotularam e os obrigaram a uma forma de vida trancafiada em espaços passíveis de violência, traumas e cronificação –, foi possível evidenciar como é importante repensar o modelo substitutivo extra-hospitalar, no percurso percorrido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Buscou-se, também, refletir, dentro dessa realidade que os usuários compartilharam com o grupo, a importância dessa ruptura, haja vista as cicatrizes que as instituições psiquiátricas

deixaram em suas vidas e nas de muitas outras pessoas.

Perto de uns 27 anos vivendo este tipo de tratamento, assim, condicionado a perdas [...], você fica atrofiado. Até você recuperar o hoje, aqui fora, é muito difícil. Não é fácil, não. [...] Eu fui pra casa, [...] eu não queria sair de casa, porque eu tinha rejeição do mundo, da vida, de tudo. (C. usuária convidada).

Doía muito, hein?! Não era fácil, não. E, com a vinda e a mudança do sistema de tratamento de saúde mental, revolucionou e mudou completamente, porque o usuário do sistema de saúde tem a liberdade. Ele é livre! [...] A pessoa sente que ela é livre. (J. usuário convidado).

A aproximação dos serviços de saúde mental dos demais profissionais de saúde é o caminho que talvez possa garantir o avanço e a manutenção do processo de desinstitucionalização. Para descentralizar o cuidado e não transformar os serviços substantivos em novas instituições que segregam e isolam, mesmo que de ‘portas abertas’, é preciso unificá-los e integrá-los à Raps, em especial à ABS, por meio de estratégias que instaurem novos paradigmas de cuidado e atenção para o usuário em sofrimento psíquico, bem como o fortalecimento das ações e discussões relacionadas com a desmitificação da loucura nas dimensões social, ética, política e cultural, interligadas à Reforma Psiquiátrica^{3,20}.

Os usuários, protagonistas de suas histórias, compartilharam, com as ACS, as razões para a sustentação de uma rede de cuidados, pautadas na Reforma Psiquiátrica. Razões estas óbvias para quem conhece ‘na pele’ a realidade da assistência manicomial, sobretudo quando comparada com a atual atenção no cuidado em saúde mental e com o investimento em propostas terapêuticas singulares no território. Aqueles sujeitos mostraram que, para além de estarem ali como convidados, compor as Oficinas com a pesquisadora era criar, também, espaços que oportunizassem a conquista de

novos parceiros para a Reforma Psiquiátrica, conforme a fala da usuária convidada durante uma das Oficinas:

A autonomia e o empoderamento, tudo isso que tem acontecido e era coisa que a gente, em outros momentos, almejava. Então, a gente ficava confinado. A gente estava tendo perdas, e elas eram irreparáveis. Ninguém sentia que nós estávamos perdendo e nós continuávamos perdendo. E, agora, com este novo investimento, eu acho que não haverá mais, futuramente, tantas pessoas que terão tantas perdas. Elas terão ganhos! (C. – usuária convidada).

Desafios e Estratégias para a Articulação da Rede de Atenção Psicossocial

Ao iniciar a construção do projeto inicial da pesquisa aqui relatada, não era possível imaginar para quais caminhos ele se dirigiria. Os objetivos iniciais se relacionavam com a mera identificação das dificuldades encontradas pelos profissionais da ABS em relação à articulação com os demais serviços da Raps e como auxiliá-los no aprimoramento do cuidado. Pensando em como materializar essas ações, surgiram as Oficinas como ferramentas que poderiam pôr em prática essas discussões, de forma a torná-las mais vivas e mais interessantes.

No entanto, para que essas vivências acontecessem e provocassem transformações reais, os objetivos não poderiam ser direcionados somente para a dinâmica de cuidado e processos de trabalho da UBS, mas também para as práticas intrínsecas de cada profissional. Logo, o desejo era de que a participação nessas Oficinas provocasse mudanças internas relacionadas com o cuidado em saúde mental e no cuidado integral ofertadas pela ACS participante, em um processo que fizesse sentido a todos os envolvidos, desde a gestão, que deveria priorizar esses espaços de formação, até cada profissional, visto que não deveria ser obrigatório.

A participação nesta pesquisa sugere a inserção das ACS e dos usuários convidados em um processo coletivo e vivo, contornado pela subjetividade de cada participante que compõe o grupo, considerando, pois, suas experiências, percepções e formas de vida. O convite direcionado às ACS foi uma aposta da pesquisadora, como terapeuta ocupacional pertencente à equipe do Caps, após vivenciar com esses profissionais o compartilhamento do cuidado integral no território, observando as possíveis potências dessa parceria no cotidiano de trabalho.

O convite direcionado aos usuários em sofrimento psíquico tratava-se, inicialmente, de uma ideia utópica da pesquisadora, ao pensar que, abrindo espaços nas Oficinas para escutá-los, poderia desencadear uma transformação do cuidado voltado a eles naquele território. Contudo, a participação ativa desses usuários nas Oficinas foi marco de trocas essenciais para a abertura e a proximidade de todos os participantes, fortalecendo e provocando inquietações, em especial, na pesquisadora, que passou a observar que essa interação incentivava o diálogo, as relações e validações de forma horizontal, favorecendo um caminho para a aprendizagem inventiva²¹ e reflexões de conceitos para cada participante.

Realizar uma pesquisa tendo a EPS como estratégia norteadora de suas técnicas – nesse caso, as Oficinas – possibilitou que a construção fosse coletiva do início ao fim do estudo. Motivar o grupo a procurar soluções para os problemas identificados em um coletivo tornou esse processo provocativo e inspirador. A construção coletiva favoreceu o discurso protagonista, de participação social e de superação de estigmas, em um processo de criação de afetos, em que foram possíveis trocas reais, de saberes e experiências, o que era fundamental para a proposta deste estudo.

Compreende-se, então, que a pesquisa, tendo seu desenvolvimento preparado com os participantes, provocou a construção de um processo de potências de relações entre os diversos atores, o qual pode se manter vivo,

inclusive, após o término do estudo, considerando, assim, que a estratégia da EPS torna os processos formativos um processo de invenção coletiva, de construção em conjunto, que valoriza as relações e o papel de cada participante.

Representada no estudo, sugerir que as discussões não se embasassem somente em concepções teóricas e observações do campo, mas, também, na proposta de encarar os participantes desta pesquisa como atores ativos foi uma surpreendente maneira de entender o que é ser protagonista, pois, dessa maneira, foi possível compreender aqueles indivíduos como sujeitos pensantes, produtores de suas experiências. As possibilidades de pesquisar ‘com’ os protagonistas, e não ‘sobre’ eles, pode conduzir as práticas investigativas a resultados reais e afetivos, além de desenvolver ações propostas que interviriam no campo de pesquisa.

As relações de sofrimentos e de conquistas, compartilhadas em todos os momentos da pesquisa, permitiram que os participantes, tanto ACS quanto usuários convidados, pensassem, coletivamente, em soluções criativas. A proximidade dessas relações com as vivências nas Oficinas, intencionando à produção de afetos como forma de qualificar e aprimorar o agente de saúde em relação ao cuidado integral em saúde, definiu caminhos para alcançar a qualificação dos cuidados, das parcerias entre os serviços da Raps e o protagonismo das ACS.

Nessa perspectiva, levando-se em conta a metodologia da EPS, os objetivos desta pesquisa e os problemas iniciais identificados, este estudo se insere em um processo formativo que, guiado por encontros afetivos²², necessita da vontade, da abertura e da disponibilidade de cada participante para que, em seguida, ele se permita transformar por meio da aprendizagem, da interação e do vínculo com o outro, fazendo desse processo, que lhe afeta e faz sentido, o próprio processo norteador de trabalho. Para obter resultados em uma invenção coletiva que valoriza conhecimentos e saberes, é necessário propor ações que façam sentido em uma metodologia significativa, possibilitando que estas se moldem e se reestruturem

de acordo com a realidade do contexto em que se inserem.

O entusiasmo em compartilhar uma Raps efetiva se mostrou presente a cada encontro, e na aproximação das participantes, nesse contexto, fortalecida por meio do estabelecimento de vínculos e da aproximação com os usuários. Da mesma forma, as participantes sugeriram, durante os encontros, que as Oficinas fossem ofertadas a outros ACS, a outras UBS e a outros territórios, evidenciando, pois, a compreensão da importância de compartilhar esse cuidado e de intensificar a articulação com os serviços que compõem qualquer Raps. A cada encontro, foi possível observar o crescimento do desejo das profissionais pesquisadas de se aproximarem das discussões como parceiras do cuidado integralizado e, mais ainda, como parceiras do Movimento da Luta Antimanicomial.

As Oficinas se revelaram como espaços de escuta, de acolhimento e de voz para as potências e reflexões quanto ao lugar social da loucura na sociedade, assim como para as práticas das ACS, demonstrando o quanto é preciso ter encontros que possibilitem a reinvenção da clínica como “[...] espaço de efetivo engajamento e responsabilização para com o sofrimento humano, de construção de possibilidades de vida e de produção de subjetividades”²³⁽⁵⁹⁹⁾, por meio de intervenções criativas e afetivas, “sem deixar de acolher, ouvir, respeitar e cuidar do indivíduo”²⁴⁽⁴⁾, para que o cuidado compartilhado em saúde mental realmente aconteça.

Considerações finais

Reconhecer a ABS como componente fundamental para a Raps é promover a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado integral em saúde, tratando-o como responsabilidade de todo o território, ampliando e articulando os “pontos de atenção à saúde” para aos usuários em sofrimento psíquico e respeitando aos “[...] direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas”²⁵ no âmbito do SUS.

Este estudo demonstrou que vivenciar processos norteados pela EPS, no contexto da ABS – e, da mesma forma, uma importante estratégia para compor os desafios que a Reforma Psiquiátrica –, apesar de desafiadores, viabilizou discussões permeadas por atividades com conteúdos tecnológicos e referenciais necessários, porém, exigindo também a implementação de espaços que promovam reflexões e discussões sobre a prática diária de trabalho, com os atores ativos (usuários, profissionais de saúde, gestor, entre outros) que façam parte desse coletivo, de modo a produzir mudanças institucionais e territoriais verdadeiras e contínuas²⁶.

Logo, pode-se afirmar que a EPS, utilizada como norte da construção das Oficinas, favoreceu a elaboração do processo de criação coletiva e aprendizagem significativa, demonstrando que, quando as relações afetivas são permitidas entre o grupo, torna-se possível aprender ao mesmo tempo que se ensina. Assim sendo, pode-se considerar essa metodologia é uma importante estratégia para compor os desafios que a Reforma Psiquiátrica apresenta na construção da Raps.

Com base na perspectiva de Paiva e Yamamoto²⁷⁽⁵⁶⁸⁾, é possível concluir que a cultura manicomial enraizada em “[...] mentes e instituições durante anos não são solúveis facilmente”. Propor espaços em que a voz dos usuários em sofrimento psíquico possa ser escutada horizontalmente pode se mostrar como um recurso potente na “humanização do cuidado na rede territorial”²⁷⁽⁵⁶⁸⁾ que favoreça um modelo de sistema de saúde “inclusivo, interdisciplinar e humanizado”³⁽²²⁾ e de formação de lideranças na comunidade de modo que estas atuem na garantia de direitos do usuário em sofrimento psíquico e de sua circulação em espaços abertos.

Compreendeu-se que os espaços de

encontro proporcionados pelas Oficinas possibilitaram o entendimento de que, mais do que a intensificação da articulação com os serviços da Raps, é preciso ter em mente a importância de conquistar novos seguidores para a Luta Antimanicomial. Afinal, “a Reforma Psiquiátrica é um processo de constante reflexão e construção de saberes sobre a loucura e seu lugar social”²⁷⁽⁵⁶⁸⁾, que, quando estimuladas, promovem resultados consideráveis.

É possível entender, diante do aludido, que não são, necessariamente, as Oficinas aqui propostas que irão mudar a forma como cada ACS pensa o cuidado em saúde mental, mas, sim, as relações afetivas, as trocas de experiências, as vivências, o conhecimento dos serviços da Raps e, até mesmo, as histórias de vida de cada usuário. Isso porque as ações que compõem esse processo fizeram parte de uma invenção coletiva, que, de forma ativa, buscou incitar a ACS, tornando-a profissional protagonista, ao desempenhar um papel importante no incentivo a liberdade de acesso ao cuidado integral em saúde e na desconstrução das práticas de institucionalização da loucura, promovendo uma rede de solidariedade, respeito e cumplicidade no território.

Colaboradoras

Cordeiro PR (0000-0001-7029-5412)* contribuiu para elaboração e delineamento do estudo, produção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do manuscrito. Mendes R (0000-0001-5680-1657)* contribuiu para análise dos dados e revisão do manuscrito. Liberman F (0000-0001-8563-5993)* contribuiu para elaboração e delineamento do estudo, análise dos dados e revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto-Lei 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. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001. [acesso em 2019 set 27]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>.
2. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Souza AC. Estratégias de Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec; 2015.
4. Lussi IAA, Pereira MAO, Junior AP. A proposta de reabilitação psicossocial de Sarraceno: um modelo de auto-organização? Rev. Latino-Am. Enfermagem, [internet], 2006 [acesso em 2019 set 28]; 14(3):448-456. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300021>.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2019 set 28]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1):41-65.
7. Figueiredo EBL, Silva APA, Abrahão AL, et al. Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. [internet] Rev. Bras. Enfermagem, 2018 [acesso em 2019 out 2019]; 71(supl4):1768-1773. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0462>.
8. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. [internet] Saúde debate. 2019 [acesso em 2020 jun 30]; 43(120):223-239. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0223.pdf>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990 [acesso em 2019 set 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
10. Sade C, Barros LMR, Melo JJM, et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2013 [acesso em 2019 set 28]; 18(10):2813-2824. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000006>.
11. Galletti MC. Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: UCG; 2004.
12. Bichuetti J, Fortuna C. O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. Interface [internet]. 2005 [acesso em 2017 abr 11]; 9(17). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200024&lng=pt&tlng=pt.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
15. Cecílio LCO, Graça C, Rosimeire A. Os Mapas do Cuidado: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Pereira Ld'Á, Silva KL, Andrade MFLB, et al. Educação Permanente em Saúde: uma prática possível. Rev. enferm. UFPE [publicação online]. 2018 [acesso em 2020 out 9]; 12(5):1469-79. Disponível

- em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231116/29010>.
17. Comunicação Educa Saúde. EPS em Movimento: Laura Camargo Macruz Feuerwerker. 2014. [acesso em 2019 set 28]. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=x791Rw9_B8k.
 18. Mansano SRV. Transformações da subjetividade no exercício do trabalho imaterial. Estudos e Pesquisas em Psicologia [internet]. 2009 [acesso em 2019 set 25]; 9(2). Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a15.pdf>.
 19. Machado AGM, Wanderley LCS. Educação em Saúde. UNA-SUS | UNIFESP [internet]. [acesso em 2019 set 28]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf.
 20. Noal MHO. Da internação à reabilitação: uma construção coletiva em Santa Cruz do Sul, RS. Cad. Bras. Saúde Mental [internet]. 2014 [acesso em 2019 set 29]; 6(14):27-41. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1765>.
 21. Kastrup V. Aprendizagem, arte e invenção. Psicologia em Estudo [internet]. 2001 [acesso em 2019 set 28]; 6(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n1/v6n1a03.pdf>.
 22. Hardt M. O trabalho afetivo. In: Núcleo de Estudos da Subjetividade. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. O Reencantamento do Concreto. São Paulo: Hucitec; 2003.
 23. Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde debate [internet]. 2014 [acesso em 2019 set 29]; 38(102):593-606. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-1020593.pdf>.
 24. Santos JPB, Lima RRT. Educação permanente em saúde para qualificar o acolhimento às mulheres vítimas de violência: debatendo uma proposta. Research, Society and Development. [internet]. 2020 [acesso em 2020 out 9]; 9(1). Disponível em: <file:///D:/Revista/Downloads/Dialnet-EducacaoPermanenteEmSaudeParaQualificarOAcopliment-7342178.pdf>.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 23 Dez 2011. [acesso em 2019 out 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
 26. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface [internet]. 2005 [acesso em 2019 set 28]; 9(16):161-177. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>.
 27. Paiva IL, Yamamoto OH. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos [internet]. 2007 [acesso em 2019 out 7]; 14(2):549-569. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000200009>.

Recebido em 20/11/2019
Aprovado em 14/07/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro

Mental health beds in general hospitals: the case of Rio de Janeiro

Rodrigo Cunha Echebarrena¹, Paulo Roberto Fagundes da Silva²

DOI: 10.1590/0103-11042020E319

RESUMO O objetivo deste artigo foi analisar o modelo de provisão de leitos de saúde mental em três hospitais gerais da cidade do Rio de Janeiro e sua relação com a Rede de Atenção Psicossocial. Foram realizadas entrevistas com gestores locais, um gestor municipal e dois ex-coordenadores nacionais de saúde mental. Os resultados apontaram que os hospitais estudados oferecem espaços restritivos, com predomínio de terapia farmacológica e forte influência do modelo biomédico. A presença dos leitos de saúde mental nos hospitais tem-se mostrado uma experiência bem-sucedida na melhoria do cuidado integral aos usuários. A interação com a Rede de Atenção Psicossocial foi apresentada como modelo de assistência preconizado, mas ainda enfrentando fragilidades em sua implementação. Os achados da pesquisa evidenciaram que a baixa implantação de leitos de saúde mental em hospital geral na cidade se deve a lacunas na formação de profissionais e ao estigma que faz com que gestores resistam em receber usuários com transtornos mentais em suas instituições. Modificações recentes na política nacional de saúde mental, no sentido de interromper o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, devem acarretar alterações na direção da reforma psiquiátrica no País.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Hospitais gerais. Desinstitucionalização. Brasil.

ABSTRACT *The aim of this article is to analyze the model of provision of mental health beds in three general hospitals in the city of Rio de Janeiro and its relationship with the psychosocial care network. Interviews were conducted with local managers, a municipal manager and two former national mental health coordinators. The results showed that the studied hospitals offer restrictive spaces, with a predominance of pharmacological therapy and a strong influence of the biomedical model. The presence of mental health beds in hospitals has proved to be a successful experience in improving comprehensive care for users. The interaction with the psychosocial care network was presented as a recommended care model, but still facing weaknesses in its implementation. The research findings showed that the low implementation of mental health beds in a general hospital in the city is due to gaps in the training of professionals and the stigma that makes managers resist receiving users with mental disorders in their institutions. Recent changes in the national mental health policy in the sense of interrupting the closure of beds in psychiatric hospitals should lead to changes in the direction of psychiatric reform in the country.*

KEYWORDS *Mental health. General hospitals. Deinstitutionalization. Brazil.*

¹Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
pr.fagundes@terra.com.br



Introdução

A desinstitucionalização é um dos principais marcos no atendimento de pessoas com transtornos mentais e em uso prejudicial de substâncias desde a segunda metade do século XX. É interpretada como uma política projetada para prevenir a incapacidade crônica, defender os direitos humanos e reduzir o custo do cuidado. Na atualidade, o atendimento comunitário é considerado mais humano e de maior qualidade em comparação aos cuidados baseados em instituições¹. O Brasil tem implementado por mais de três décadas uma atenção em saúde mental inspirada nessa premissa, construindo uma Rede de Atenção Psicossocial (Raps) – Centros de Atenção Psicossocial (Caps), integração com a atenção primária, residências terapêuticas etc. –, que acarretou uma significativa redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos². Para a intervenção hospitalar em saúde mental, essa política implica a adoção de internações curtas em leitos psiquiátricos localizados em hospitais gerais para o caso de pacientes em situação de crise, as quais não possam ser manejadas no âmbito da rede comunitária extra-hospitalar.

Essa escolha é decorrente da constatação que a integração dos dispositivos de saúde mental na rede de saúde geral é um dos pontos de partida para qualquer processo de reforma. Quando as hospitalizações ocorrem dentro da rede de saúde geral, evitam-se os mecanismos de exclusão próprios das instituições psiquiátricas tradicionais³. Na Itália, por exemplo, o cuidado em saúde mental é ofertado em uma rede que inclui pequenas unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais, dispositivos residenciais e centros de saúde mental para pacientes externos que servem como polo (*hub*) de um sistema de base comunitária⁴.

A utilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais tem um efeito adicional de reduzir o estigma relacionado com os transtornos mentais, aumentar a transparência da prática em saúde mental e aumentar a atenção

sobre a saúde física dos usuários⁵. Os dispositivos comunitários de atendimento devem ter relação coordenada com os hospitais gerais que fazem a internação psiquiátrica. Segundo Desviat e Moreno⁶, essa coordenação é fundamental para a congruência e atuação sinérgica de dispositivos e profissionais, assim como para garantir a continuidade do cuidado da comunidade ao hospital e vice-versa.

Apesar de a diretriz de substituir a internação em hospital psiquiátrico pela hospitalização em leitos de saúde mental em hospitais gerais fazer parte da Política Nacional de Saúde Mental emanada pelo Ministério da Saúde⁷, o número de leitos disponíveis para internação psiquiátrica em hospitais gerais no Brasil ainda é muito inferior aos leitos oferecidos em hospitais psiquiátricos (menos de 10% do total)⁸.

O propósito deste artigo é descrever como esse processo se dá na cidade do Rio de Janeiro, segunda cidade mais populosa do País e que tem um padrão similar ao quadro nacional em sua política de saúde mental com significativa redução de leitos psiquiátricos, sem a necessária ampliação dos Caps III e a conversão dos leitos psiquiátricos remanescentes para os hospitais gerais⁹. Para consecução desse objetivo, serão analisados o modelo de provisão de leitos de saúde mental em três hospitais gerais e sua relação com a Raps.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório no formato de estudo de caso, que buscou analisar as condições de implantação e gestão de três enfermarias de saúde mental localizadas em hospitais gerais municipais do Rio de Janeiro. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas face a face com três gestores locais das unidades hospitalares (identificados como Gestor Local A, B e C), complementadas com três entrevistas abertas com o gestor de nível central de saúde mental do município do Rio de Janeiro (Gestor Municipal) e com dois

ex-coordenadores nacionais de saúde mental do Ministério da Saúde (Ex-coordenador Nacional A e B), identificados como informantes-chave em face do papel relevante desempenhado, respectivamente, no âmbito municipal e federal. Complementarmente, foram realizadas pesquisas documentais em documentos oficiais, portarias e bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) de acesso público.

A análise e a interpretação dos dados do material das entrevistas foram inspiradas no modelo proposto por Creswell¹⁰, que envolve organizar e preparar os dados para análise, obter um sentido geral das informações, organizar materiais em grupos, usar o processo de codificação para gerar uma descrição do cenário, prever como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa e, como passo final na análise de dados, fazer uma interpretação do significado dos dados. Foi utilizado o método de usar passagens narrativas para transmitir os resultados da análise, e realizada uma comparação de resultados com informações extraídas da literatura de forma a verificar se os resultados confirmam informações passadas ou divergem delas.

O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP – Ensp) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP – SMSRJ). Foi aprovado sob o número 67276617.7.0000.5240 (CEP-ENSP) e 67276617.7.3001.5279 (CEP – SMSRJ).

Resultados e discussão

Em 2018, na cidade do Rio de Janeiro, existiam 811 leitos disponíveis para internação psiquiátrica. Destes, 379 estavam ocupados com pacientes de longa permanência institucional em hospitais psiquiátricos (mais de um ano de internação). Dos demais leitos, 378 estavam localizados em hospitais psiquiátricos; e 54,

em enfermarias de saúde mental em hospitais gerais. Esses últimos leitos encontravam-se localizados no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, no Hospital Municipal Evandro Freire, no Hospital Municipal Pedro II e no Hospital Municipal Lourenço Jorge. Essa última unidade foi excluída do estudo por não estar credenciada pelo Ministério da Saúde na ocasião da pesquisa.

O Hospital Municipal Ronaldo Gazolla possuía 15 leitos, sem distribuição prévia por gênero. Havia um leito para isolamento dentro da enfermaria que podia ser utilizado para manejo de situações especiais. Externamente, havia um saguão para recepção de visitantes e movimentação da equipe. A enfermaria, que ficava no térreo, contava com uma sala de TV e atividades, posto de enfermagem, consultórios e uma sala de coordenação de equipe.

O Hospital Municipal Evandro Freire contava com 15 leitos em sua enfermaria, que estava localizada no segundo andar do hospital, em um espaço com três quartos, um *hall*, uma pequena sala de equipe, um posto de enfermagem e uma sala de descanso para a equipe. A divisão por gênero acontecia de acordo com a demanda, respeitando a separação por quartos.

A enfermaria de saúde mental do Hospital Municipal Pedro II funcionava no oitavo andar do edifício com 19 leitos. Os quartos se dividiam por gênero, sendo dois quartos para homens e dois quartos para mulheres. Além desse espaço, a enfermaria contava com posto de enfermagem, um *hall* usado como ambiente de convivência e um refeitório que também é utilizado para atividades coletivas.

O processo de análise das entrevistas resultou na proposição de três categorias de análise que serão apresentadas a seguir:

1. O modelo organizacional e a interação com a Rede de Atenção Psicossocial;
2. O processo de cuidado;
3. A desinstitucionalização da atenção.

O modelo organizacional e a interação com a Rede de Atenção Psicossocial

As internações em saúde mental na cidade são reguladas por meio do Sistema de Regulação de vagas (Sisreg) desenvolvido pelo Ministério da Saúde que permite gerenciar as vagas para internações hospitalares em toda a cidade. O Sisreg é responsável por otimizar as vagas existentes para internações psiquiátricas no município, monitorando o tempo de espera até a internação e priorizando os casos mais graves. Se for definida a internação, a central de regulação do município decide pela unidade de internação, podendo ser um leito em hospital geral ou psiquiátrico.

Segundo o gestor local:

[...] havendo leito disponível, a regulação faz esse controle, internando aqui, preferencialmente, pacientes em crise psiquiátrica e com comorbidade clínica, mas não necessariamente. No caso, quem faz isso é a regulação. Nós só disponibilizamos o leito e esperamos. (Gestor Local A).

A visão do entrevistado de que a ocupação dos leitos dos hospitais gerais ocorre, preferencialmente, com pessoas portadoras de patologias clínicas e psiquiátricas não foi corroborada pelos outros dois gestores locais que disseram que suas enfermarias funcionam como qualquer outra enfermaria psiquiátrica, não privilegiando casos com necessidades clínicas conjuntas às psiquiátricas. Segundo eles, o critério de internação é a presença de quadro psiquiátrico agudo, independentemente de manifestações clínicas:

A questão toda está baseada só no quadro mental para internação. Quando existe uma comorbidade, a maioria das vezes os pacientes estão em outras clínicas do hospital e a equipe de saúde mental faz uma avaliação nas enfermarias. (Gestor Local B).

Como aqui é um hospital geral, muitas vezes nós recebemos um paciente que tenha comorbidade

clínica. Mas não necessariamente tem que apresentar um quadro clínico concomitante para estar aqui na saúde mental. (Gestor Local C).

Em 2012, a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde mostrava interesse em delimitar o campo de intervenção dos leitos de saúde mental e emitiu nota técnica explicitando que os leitos se conformavam como pontos de atenção para garantir o acesso dos usuários à tecnologia hospitalar, particularmente no manejo do cuidado às intercorrências clínicas. Ao mesmo tempo, reafirmava que o Caps III era o ponto de atenção estratégico no cuidado e responsabilização pelas situações de crise¹¹.

Uma dificuldade apontada pelos gestores locais foi a necessidade de internar a clientela de diversos pontos da cidade e de outros municípios.

Nós não nos restringimos a área programática. A demanda é de toda a cidade e até de outros municípios porque não existem serviços que comportem a população de pacientes dessas regiões. (Gestor Local B).

Segundo o gestor municipal,

A orientação que o regulador da central de internações tem é internar perto de onde o usuário mora. Mas a distribuição dos recursos na cidade é muito desigual, então você não pode vincular somente a isso, você precisa olhar a rede como um todo. Se o paciente é de outro município e tem indicação de internação, será internado, mas com posterior retorno ao município de origem. (Gestor Municipal).

A Portaria GM nº 148/2012 define que a assistência nas enfermarias de saúde mental deve acontecer de forma integrada à Raps, visando à continuidade da assistência e à corresponsabilidade pelos casos⁷. A distância entre os territórios de origem dos pacientes e as enfermarias foi apontada como problema para o desenvolvimento de um protocolo de cuidado mais intensivo.

As equipes dos hospitais gerais com leitos de saúde mental adotam como prática a comunicação da internação às equipes do território do paciente.

Normalmente assim que o paciente chega nós identificamos o território de procedência para a situação da rede local: Caps ou saúde da família e já começamos a pensar uma articulação para o projeto terapêutico, enquanto ele ainda está internado. (Gestor Local B).

As ações adotadas a partir daí variam muito em função das características dos territórios e da distância entre estes e a enfermaria. Um dos entrevistados, falando sobre a relação com os Caps, fala:

Nem todos os Caps vem; só os que estão mais próximos. [...] O projeto de saída é feito, muitas vezes em conjunto, outras não porque a equipe não consegue vir discutir o caso. (Gestor Local B).

Essa constatação pode denotar um modelo de atenção à crise pautado na baixa interlocução entre as redes de saúde mental e urgência, com um insuficiente protagonismo dos dispositivos comunitários no manejo das crises tal como é apontado por Dias e associados¹². Esses autores diferenciam as concepções da área de urgência e emergência da abordagem psicossocial: a primeira seria pautada na formalização técnica, especialmente na forma de protocolos; a segunda priorizaria a singularidade de intervenções a partir da avaliação de cada caso.

Mesmo com as dificuldades apontadas, as equipes procuravam que as internações fossem breves, e as altas eram dadas com o referenciamento do paciente a um local de tratamento próximo a sua moradia. Assim como redes extra-hospitalares capazes de atender de forma efetiva pacientes em quadros agudos podem reduzir de maneira significativa os encaminhamentos feitos para serviços de internação integral, as internações mais curtas são adequadas quando se dispõe de uma rede

de recursos comunitários bem organizadas para recepção dos pacientes após a alta hospitalar¹³. Algumas dificuldades no momento da alta foram relatadas. Os pacientes dos três hospitais recebiam alta e levavam apenas as prescrições das medicações, com medicação para um dia de tratamento. A continuidade do tratamento medicamentoso depende da rápida absorção do paciente por algum equipamento da rede de saúde.

Os Caps destacam-se como dispositivo central de assistência a casos graves, mas os serviços de atenção básica vêm dividindo a responsabilidade do cuidado de forma significativa. A cidade do Rio de Janeiro teve importante crescimento de sua atenção básica. Em 2008, sua cobertura era de 3,5% da população. Em 2013, a cobertura de atenção básica no município passou para 40%. Soranz e colaboradores¹⁴ apontam que houve uma recharacterização da antiga Rede de Atenção à Saúde de atenção primária em um novo modelo centrado no Saúde da Família, que ampliou o escopo dos serviços oferecidos à população nesse nível de atenção. A ampliação da cobertura beneficiou também a atenção em saúde mental como pontuado por Soalheiro e associados¹⁵: os gestores das unidades de atenção básica mostraram-se sensíveis à inclusão das abordagens ao sofrimento mental pelas equipes de saúde da família, enfatizando a responsabilização pelo território.

Essa articulação territorial é fundamental para o desenvolvimento do cuidado além da internação. Como pontuam os ex-coordenadores nacionais de saúde mental:

Hospital geral é um ponto de assistência transitório. Você tem que ter uma rede de Caps potente. Não adianta o leito no hospital geral sem uma rede de Caps. Senão reproduz plenamente o hospital psiquiátrico. (Ex-coordenador Nacional A).

[...] a articulação com a rede secundária Caps e com a rede de atenção primária é vital para o funcionamento da unidade hospital geral. (Ex-coordenador Nacional B).

Essas assertivas são corroboradas pelos resultados de um estudo realizado no período de 2008 a 2015 nas regiões metropolitanas dos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo, em que foram analisadas as internações psiquiátricas no SUS. Os resultados encontrados constataram a associação entre as tendências crescentes de oferta de Caps e atenção básica e a diminuição das taxas de internação nos grupamentos diagnósticos em avaliação nas regiões e período estudados¹⁶.

O enfrentamento às crises mais graves, passíveis de resultarem em internações hospitalares, passa pela organização da rede de Caps. Segundo o gestor municipal, seria desejável que, cada vez mais, a rede de atendimento à crise passasse pelo gerenciamento dos Caps e só casos mais complexos chegassem aos hospitais. Segundo o desenho adotado pelo município do Rio de Janeiro, o atendimento às crises deve acontecer territorialmente, com a participação da rede de Caps. Esse objetivo em 2016 carecia de maior resolutividade pela reduzida existência de Caps da tipologia III na composição da rede (24% do total).

Na visão de um ex-coordenador nacional de saúde mental:

[...] o serviço do hospital geral não substitui, nos mesmos termos, o hospital psiquiátrico. Ele se integra a uma rede, que essa sim substitui o modelo da tríade hospital psiquiátrico, internação e ambulatório. Era assim que funcionava o modelo manicomial, emergência, hospital, ambulatório. Era um tripé. A entrada do hospital geral na rede não substitui, mecanicamente, o hospital psiquiátrico. Ele se insere em uma rede dinâmica, que esta sim substitui o modelo hospitalocêntrico. (Ex-coordenador Nacional B).

Os leitos de saúde mental em hospital geral são contratualizados entre o município do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais (OS) executantes dos serviços. Nesse modelo de gestão compartilhada, o município outorga o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações de saúde de uma determinada unidade de saúde municipal a uma OS.

Por esse serviço, o município paga à OS um valor estipulado em contrato e fiscaliza as metas de gestão contratadas. Entre as metas estabelecidas como variáveis no critério de remuneração, estão a média de permanência das internações e a taxa de ocupação dos leitos. O estímulo a internações mais curtas está no eixo central da política do Ministério da Saúde de indução de implantação de novos leitos de saúde mental em hospitais gerais: As diárias hospitalares se tornam decrescentes a partir do 8º dia de internação e diminuem ainda mais após 16º dia⁷.

Botega e Dalgarrondo agruparam as variáveis que interferem no tempo da internação em quatro grupos: variáveis clínicas e socio-demográficas dos pacientes; rede de serviços de saúde mental e sociais disponíveis; perfil da instituição que realiza a internação; e atitudes sociais em relação aos pacientes¹⁹. O entendimento do papel da internação como pontual, no atendimento à crise, também favorece as internações breves. Segundo um entrevistado: “O espírito da enfermaria é de enfermaria de crise, enfermaria de emergência. É tirar do quadro mais agudo e encaminhar para a rede do Município” (Gestor Local B).

A meta de internações mais curtas pode criar dilemas nas decisões técnicas e gerenciais das equipes e gestores. A transferência de pacientes das enfermarias de saúde mental do hospital geral para hospitais psiquiátricos pode ser um exemplo disso. Os gestores locais relataram situações nas quais os pacientes apresentaram melhora do seu quadro agudo, mas, por falta de estrutura psicossocial, permaneciam internados à espera de vagas em algum outro dispositivo da rede de assistência social ou de saúde. Em situações em que o paciente permanecia mais tempo internado, colocava-se em questão sua transferência para um hospital psiquiátrico da rede municipal.

A oferta de leitos de saúde mental em hospital geral e de leitos em hospitais psiquiátricos é um ponto nevrálgico da rede de saúde mental municipal, que trabalha com os dois tipos de internações. Esse sistema de gestão produz

o que Botega e Dalgarrondo chamaram de sistema duplo, que é a existência simultânea de unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, gerando o encaminhamento de pacientes com perfis diversos para cada modalidade de serviço¹⁷.

No caso em estudo, a internação em hospital geral é chamada de primeira linha pelo gestor municipal:

[...] estamos trabalhando com a perspectiva de que eles são os leitos de primeira linha. É preferível internar ali do que internar nos hospitais psiquiátricos. A ideia é fazer a inversão do modelo. (Gestor Municipal).

Outra possibilidade para acolhimento de pacientes com necessidades psicossociais mais complexas seriam dispositivos com características residenciais. As residências terapêuticas brasileiras são destinadas para egressos de longas internações psiquiátricas. Entretanto, alguns pacientes internados nos leitos de saúde mental dos hospitais gerais, com prolongamento dos dias de internação, poderiam ter seu cuidado continuado em residências terapêuticas, o que evitaria a transferência para hospitais psiquiátricos onde correriam elevado risco de tornarem-se pacientes de longa permanência. Segundo Barbatto e colaboradores¹⁸, os modelos de dispositivos residenciais sofreram mudanças consideráveis nos últimos anos e, atualmente, as residências podem atender a uma variedade de funções, como: a provisão de serviços de reabilitação com limitação de tempo; a intervenção em crise como alternativa à internação em unidades para agudos; e locais de transição para vida independente após curto período de internação.

O processo de cuidado

Todos os informantes enfatizaram que a localização da enfermaria de saúde mental no âmbito de um hospital geral ampliava a possibilidade de cuidado integral do paciente. Os hospitais são equipados com recursos que

facilitam a diferenciação diagnóstica entre quadros psiquiátricos e síndromes mentais com causalidade orgânica e permitem o cuidado ampliado das necessidades de saúde do paciente.

A integração da enfermaria de saúde mental com outros setores dos hospitais acontecia de duas formas: pela divisão de responsabilidade com os pacientes internados ou mediante divisão do profissional em mais de uma linha de cuidado do hospital. Quando os profissionais de saúde mental precisavam de um parecer de outra área, chamavam o especialista, e este auxiliava na orientação e condução do caso. Da mesma forma, quando outros profissionais precisavam de orientação da equipe de saúde mental, os profissionais iam até o setor e auxiliavam na direção do caso. Esse intercâmbio profissional acontecia em todas as unidades, contribuindo para integração da saúde mental com outras práticas do hospital.

A integração do setor de saúde mental com o restante do hospital geral é uma questão crucial. A literatura aponta que os pacientes com transtorno mental apresentam maior risco de desenvolver algumas comorbidades somáticas, como, por exemplo, diabetes, cardiopatias e doenças pulmonares, em decorrência do uso prolongado de medicações, como os antipsicóticos, e dos hábitos de vida não saudáveis, como uso de tabaco, falta de atividade física e alimentação inadequada¹⁹.

Nas enfermarias de saúde mental estudadas, o cuidado oferecido aos pacientes apresentava algumas variações, mas todas as três enfermarias se mostraram ambientes restritivos em relação ao seu funcionamento. Os usuários não podiam manter seus pertences, usar celulares e circular pelo hospital. As saídas desacompanhadas eram eventos esparsos. Os pertences ficavam guardados, podendo o paciente ter um conjunto de higiene e roupas íntimas. Em uma enfermaria, os pacientes podiam ficar com suas roupas, mas em duas enfermarias, eles usavam uniformes hospitalares. Alimentos trazidos de fora também eram proibidos em duas das três enfermarias. Em geral, as internações

se restringiam à permanência dos usuários no espaço da enfermaria. As regras impostas para o funcionamento dos leitos de saúde mental parecem atender às necessidades de organização do hospital geral e de sua rotina. Os pacientes dos leitos de saúde mental são pacientes atípicos ao hospital geral. A maioria permanece a maior parte do tempo fora do leito. Andam pela enfermaria, conversam, fazem refeições fora das camas, necessitando de uma rotina de cuidados diferente da ofertada para as outras clínicas do hospital.

Tansella²⁰, em estudo que avaliou alternativas para a internação, aponta para a insatisfação de muitos usuários e profissionais com o atendimento hospitalar atual: eles demandam por um tratamento mais seguro e um ambiente mais amigável, com maior liberdade e menor distanciamento entre técnicos e pacientes. O autor pontua que o cuidado hospitalar na rede contemporânea de saúde mental é, provavelmente, o componente mais problemático do sistema. Uma revisão sistemática sobre a satisfação de usuários com serviços de internação mostrou que ela é maior quando os usuários são admitidos voluntariamente, em enfermarias abertas; e desenvolvem relações mais estreitas com a equipe. Por outro lado, experiências coercitivas durante a internação parecem desempenhar um papel central nas avaliações negativas²¹.

Os cuidados oferecidos pelas unidades se baseavam em atenção de enfermagem, psicofarmacologia e atendimentos individuais pelos técnicos. Os pacientes internados ficam sobre a lógica do cuidado da enfermagem, que supervisionam suas atividades de higiene, alimentação, medicação e sono. A presença de equipe multiprofissional não parece influir nessa prática. As poucas atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional não eram estruturadas e não pareciam influenciar a estrutura biomédica estabelecida, em que a farmacologia se confirmava como intervenção mais prevalente.

A Portaria GM nº 148/2012 determina que haja, pelo menos, dois profissionais de nível

superior (não médicos e enfermeiros) na equipe da enfermaria⁷. Isso ocorria no Hospital Ronaldo Gazolla, enquanto no Hospital Evandro Freire havia apenas um psicólogo dedicado integralmente à enfermaria, e o Hospital Pedro II contava com um profissional de psicologia que se dividia entre a enfermaria e outros setores do hospital. O Hospital Ronaldo Gazolla possuía equipe maior (de médicos e demais profissionais) do que a dos outros hospitais e, assim como o Hospital Evandro Freire, não atendia emergências externas. A equipe de enfermagem estava completa em todas as três enfermarias, porém, a equipe de técnicos de enfermagem era inferior ao preconizado nas enfermarias de saúde mental dos hospitais Evandro Freire e Pedro II.

A heterogeneidade na composição das equipes é importante para garantir multiplicidade de olhares sobre a situação de crise vivida pelo sujeito e favorece a elaboração de um projeto terapêutico mais abrangente, alinhado às suas necessidades psicossociais. Nas entrevistas feitas com os gestores locais das enfermarias, o trabalho em equipe apareceu como forma de organização da assistência. As equipes dos três hospitais estão presentes de maneira diferenciada em decisões importantes, como confecção do projeto terapêutico do paciente, admissões e altas.

Esses achados estão de acordo com pesquisa desenvolvida por Gigantesco e colaboradores²² sobre as unidades hospitalares italianas. Segundo os autores, nas unidades psiquiátricas para tratamento de pacientes em situação de crise, existe um domínio da abordagem médica, com centralidade na terapia farmacológica. Foi constatado que uma menor oferta de equipe estava associada a uma política de portas trancadas. Um menor número de episódios de contenção física foi associado à oferta de psicoterapias individuais ou terapias comportamentais. A presença mais elevada de membros da equipe foi associada a uma maior disponibilidade de diferentes tipos de terapia (esse efeito foi mais evidente para os psicólogos), enquanto a presença e o número

de regras foram, geralmente, associados com menos horas de trabalho da equipe.

As informações colhidas apontam para algumas deficiências no planejamento da estrutura física das unidades que impactam o processo de cuidado. As contenções mecânicas, quando necessárias, eram feitas nos quartos coletivos, exigindo maior atenção da equipe de enfermagem quanto à segurança do paciente. Um entrevistado, sobre a contenção mecânica, disse: *“Fica na enfermaria, porque a gente não tem ambiente separado para isso. A enfermagem fica circulando e observando”* (Gestor Local B). A contenção mecânica é reportada como um evento comum em enfermarias de saúde mental para pacientes em situação aguda, sendo geralmente utilizada quando existe a presença de agressividade que possa colocar em risco os pacientes e a equipe.

A desinstitucionalização da atenção

A falta de qualificação de profissionais para implantar os leitos de saúde mental nos hospitais gerais brasileiros apareceu nos depoimentos dos ex-coordenadores nacionais de saúde mental e do gestor municipal. A formação dos médicos e dos outros profissionais na graduação e na pós-graduação não vem acompanhando as mudanças no cenário assistencial e apresenta a psiquiatria e a saúde mental aos seus alunos como se fossem uma prática específica dos hospitais psiquiátricos.

Sobre isso, comenta um ex-coordenador nacional:

O Rio de Janeiro tem uma resistência histórica ao modelo de saúde mental no hospital geral. Se você ensina psiquiatria e saúde mental essencialmente dentro de hospital psiquiátrico, como você vai estimular a formação das pessoas para trabalharem no hospital geral? Eu atribuo a resistência a mudança do modelo a forte presença do hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro e pela formação dos psiquiatras em hospital psiquiátrico. Isto se repete em São Paulo. (Ex-coordenador Nacional A).

[...] a dificuldade do Brasil fazer com que o hospital geral responda à questão da psiquiatria e da saúde mental é uma fragilidade da reforma psiquiátrica. Há um componente de desinformação, sem dúvida, há um componente da ineficiência dos programas de capacitação que foram feitos, não tiveram impacto. E há um componente importante que poderíamos chamar, com certo receio da palavra, de estigma. É o estigma contra o serviço de saúde mental. O hospital geral no Brasil pensa o serviço de saúde mental como um serviço de altíssima complexidade de funcionamento. E a experiência internacional de hospitais gerais é uma experiência que é totalmente ao contrário disso. (Ex-coordenador Nacional B).

Sobre o papel futuro do hospital psiquiátrico nos sistemas de atenção em saúde mental, os entrevistados corroboraram a ideia da superação do hospital psiquiátrico e sua substituição por uma rede de cuidados comunitários:

O nosso argumento ao longo do tempo, continua sendo, o mesmo: o cuidado deve ser provido em outro lugar. O transtorno mental não justifica internação em hospital psiquiátrico. (Ex-coordenador Nacional A).

Eu acho que os hospitais psiquiátricos não devem existir, eles são totalmente substituíveis por um sistema equilibrado com Caps III e hospital geral. (Ex-coordenador Nacional B).

O Brasil vinha adotando um modelo de transição com implantação progressiva de uma rede substitutiva ao mesmo tempo que promovia uma redução de leitos localizados em hospitais psiquiátricos. Esse processo foi refreado a partir do segundo semestre de 2016, quando o Ministério da Saúde alterou sua concepção em relação à matéria, passando a considerar os hospitais psiquiátricos como dispositivos efetivos da Raps conforme explicitado:

A desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos não é sinônimo de fechamento dessas instituições, pois há necessidade de leitos para internações de pacientes com quadro clínico grave. A busca da Política de Saúde Mental é qualificar o uso dessa opção de atendimento e garantir a melhoria na assistência hospitalar aos pacientes²³.

Em sistemas nos quais a rede comunitária coexiste com os hospitais psiquiátricos, conformando um sistema dual, os pacientes com maior comprometimento psicossocial podem ser referidos preferencialmente a hospitais. A falta de consenso sobre o destino dos hospitais psiquiátricos é considerada uma das principais dificuldades do processo de desinstitucionalização. Além disso, em países que implementaram uma redução em larga escala no número de leitos em hospitais psiquiátricos sem a decisão do fechamento definitivo dos hospitais, a saída de todos os pacientes é apenas uma opção, e muitos podem permanecer hospitalizados²⁴.

Considerações finais

A pesquisa pretendeu conhecer os aspectos envolvidos no modelo organizacional dos leitos de saúde mental em três hospitais gerais da cidade do Rio de Janeiro. A importância deste estudo se dá em função da política de saúde mental que está em curso no País desde a década de 1980, onde o leito de saúde mental em hospital geral deveria se destacar como componente hospitalar de atenção às crises mais complexas.

Cabe considerar, entretanto, que mesmo em países que substituíram os hospitais psiquiátricos por redes de atenção comunitárias e hospitais gerais, o cuidado hospitalar ainda representa uma questão central para formuladores de política, profissionais e usuários porque os padrões de cuidado estabelecidos frequentemente falham em satisfazer as necessidades e expectativas.

A cidade do Rio de Janeiro vem caminhando para a substituição do antigo modelo hospitalar pelo modelo de atenção comunitária. Entretanto, o cenário assistencial da cidade ainda é híbrido, com o hospital psiquiátrico ainda sendo apresentado como possibilidade de cuidado para pessoas em crise, condicionando perfis para as diferentes internações.

Apesar do grande quantitativo de hospitais gerais municipais, apenas quatro oferecem leitos de saúde mental. Historicamente, o Rio de Janeiro tinha uma significativa capacidade instalada de leitos em hospitais psiquiátricos localizada nos hospitais federais da antiga Divisão Nacional de Saúde Mental, herdados pela municipalidade. A oferta desses leitos parece ter funcionado como barreira para a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais mais extensiva.

O município vem avançando em sua rede de Serviços Residenciais Terapêuticos, possibilitando que pessoas institucionalizadas possam voltar ao convívio comunitário de maneira assistida. Porém, o modelo de residências terapêuticas adotado pelo Ministério da Saúde e pelo município do Rio procura atender pessoas egressas de longo período de institucionalização, não servindo a pessoas sem suporte social, com menor permanência institucional. O estudo observou que as equipes das enfermarias não contavam com a retaguarda de serviços residenciais terapêuticos para casos com dificuldade de retorno à vida comunitária.

A baixa implantação de leitos de saúde mental em hospital geral parece estar relacionada com estigmas e preconceitos. A escassa informação sobre o assunto faz com que gestores resistam em receber pacientes com transtornos mentais em suas instituições, dificultando a reversão do modelo assistencial.

Como direção para pesquisas futuras, podem-se apontar a análise dos custos operacionais das enfermarias nos hospitais e

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

sua comparação com os custos de outras estruturas assistenciais e estudos sobre as preferências dos usuários em relação aos dispositivos em que ocorre a atenção às crises, pois estes são os principais interessados nas consequências de decisões gerenciais e políticas.

Colaboradores

Echebarrena RC (0000-0002-7375-4124)* e Silva PRF (0000-0003-0811-4080)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Shen GC, Snowden LR. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *Int J Ment Health Syst.* 2014; 8(1):47.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União.* 26 Dez 2011. [acesso em 2020 set 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
3. Almeida JMC, Gonzalez FT. *Atención Comunitaria a Personas com Trastornos Psicóticos.* Washington, DC: OPS; 2005.
4. Ghio L, Favaretto G, Rocca G, et al. Residential Care in Italy: Critical Issues and Future Perspective. *Int. J. Ment. Health.* 2016; 45:32-41.
5. Botega NJ. *Prática Psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência,* 2. ed., Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Desviat M, Moreno A. Las reformas tardías. In: Desviat M, Moreno A, editores. *Acciones de salud mental en la comunidad.* Madrid: AEN; 2012. p. 37-48
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 148. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 31 Jan 2012. [acesso em 2020 set 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt2650_29_12_2016.html.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Mais de R\$ 2 milhões para ampliar rede de Saúde Mental. 2019. [acesso em 2020 fev 25]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45927-mais-de-r-2-milhoes-para-ampliar-rede-de-saude-mental>.
9. Fagundes Jr HM, Desviat M, Silva PRF. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1449-1460.

10. Creswell JW. Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Área técnica de saúde mental, álcool e outras drogas. Nota técnica 25/2012. Serviço hospitalar de referência para atenção em saúde mental.
12. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(2):595-602.
13. Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev. Bras. Psiquiatria.* 2010; 32(supl2):S71-S77.
14. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1327-1338.
15. Prata NISS, Groisman D, Martins DA, et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trab. educ. saúde.* 2017; 15(1):33-53.
16. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, et al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(5):1935-1944.
17. Botega N, Dalgalarro P. Saúde mental no Hospital Geral. Espaço para o psíquico. São Paulo: Hucitec; 1993.
18. Barbato A, Civenti G, D'Avanzo B. Community residential facilities in mental health services: A ten-year comparison in Lombardy. *Health Policy.* 2017; 121(6):623-628.
19. Prado MF, Sá MC, Miranda L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde debate.* 2015; 39(esp):320-337.
20. Tansella M. Alternatives to standard acute in-patient care for people with mental disorders: from systematic description to evaluative research. *Br. J. Psychiatry.* 2010; 197:(s53),s1-s3.
21. Woodward S, Berry K, Bucci S. A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *Journal of Psychiatric Research J Psychiatr Res.* 2017; 92:81-93.
22. Gigantesco A, Miglio R, Santone G, et al. Process of care in general hospital psychiatric units: national survey in Italy. *J Psychiatry.* 2007; 41(6):509-18.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Governo incentiva menor permanência em hospitais psiquiátricos. 2018 [acesso em 2020 fev 24]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44147-governo-incentiva-menor-permanencia-em-hospital-psiquiatrico>.
24. Furlan PM, Zuffranieri M, Stanga F, et al. Four-Year Follow-Up of Long-Stay Patients Settled in the Community After Closure of Italy's Psychiatric Hospitals. *Psychiat Serv.* 2009; 60(9):1198-1202.

Recebido em 01/03/2020
Aprovado em 25/08/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral

The Brazilian Psychiatric Reform as a struggle for recognition and moral progress

Martín Mezza¹, Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E320

RESUMO A partir de um trabalho de aproximação e reelaboração conceitual entre a teoria do reconhecimento e o paradigma da desinstitucionalização, buscou-se destacar os traços que permitam retratar a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) como luta pelo reconhecimento e progresso moral da sociedade. Com isso, além de contribuir com material empírico para as teses da teoria do reconhecimento e ampliar a normatividade do conceito de reconhecimento, pretende-se colaborar para o desenvolvimento teórico do processo de desinstitucionalização e para os esforços que visam reanimar as lutas do coletivo antimanicomial para transitar pelos impasses estruturais e conjunturais.

PALAVRAS-CHAVE Desinstitucionalização. Reconhecimento social. Desenvolvimento moral. Ética.

ABSTRACT Based on a work of approximation and conceptual re-elaboration between the theory of recognition and the paradigm of deinstitutionalization, we sought to highlight the features that make it possible to portray the Brazilian Psychiatric Reform as a struggle for the recognition and moral progress of society. Thus, in addition to contributing with empirical material for the recognition theory theses and expanding the normativity of the concept of recognition, is intended to collaborate for the theoretical development of the deinstitutionalization process and for the efforts aimed at reviving the struggles of the anti-asylum collective to transit through structural and conjunctural impasses.

KEYWORDS Deinstitutionalization. Social desirability. Développement moral. Ethics.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
martinmezza@hotmail.com



A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira.
Sergio Arouca

Introdução

A teoria do reconhecimento de Honneth (2003) tem por objetivo renovar a crítica social que possa alavancar os processos de emancipação e justiça social. Mediante a primazia da noção de reconhecimento sobre a de interesse, pretende-se alcançar os conflitos mudos da vida social a partir dos quais desenvolver as lutas sociais que levem ao progresso moral das sociedades. O reconhecimento na vida social moderna está suportado na intersubjetividade e na diferenciação de três padrões normativos ou esferas de reconhecimento (amor, direito e estima). Sua tese é que o impulso motivacional para as lutas sociais surge da extensão e da generalização dos sentimentos de injustiça de sujeitos que viram desrespeitadas e feridas as suas expectativas de reconhecimento e, consequentemente, impedida ou dificultada sua autorrealização e sua inclusão social.

No entanto, quando Axel Honneth apresenta os exemplos históricos probatórios da teoria do reconhecimento, omite qualquer menção aos processos da Reforma Psiquiátrica (RP) acontecidos nos principais países da Europa durante a segunda metade do século XX e no final do mesmo século em boa parte de América. Da mesma forma e de modo geral, o campo da saúde mental fica excluído dos interesses dos pesquisadores que utilizam a teoria do reconhecimento para explorar as diversas lutas e as variadas formas de desrespeito social. Por outro lado, as pessoas vinculadas ao campo da Reforma Sanitária e Psiquiátrica não deixam de advertir sobre o fundamental

papel do reconhecimento no novo tratamento da loucura, nem de sentir que a luta travada nesses espaços significou um avanço importantíssimo para nossas sociedades, como o prova nossa epígrafe. Contudo, mesmo assim, até o momento inexistiu qualquer tentativa de teorização nessa direção.

Nossa proposta será preencher essa lacuna mediante a articulação da teoria do reconhecimento de Axel Honneth e as elaborações em torno do processo de desinstitucionalização e do campo da saúde mental. Para isso, recorreremos analiticamente à história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), considerando a atual conjuntura sociopolítica do Brasil.

A Reforma Psiquiátrica como luta pelo reconhecimento

Todos os grandes processos de RP surgidos na segunda metade do século XX (inglês, francês, americano e italiano) questionaram o poder manicomial que se mascarava na objetividade da doença mental. Entretanto, como bem salienta Foucault¹, as estratégias desses movimentos foram diferentes. Foi a psiquiatria democrática, alicerces ideológico e técnico da RPB, quem mais claramente iluminou e operou sobre as relações de poder presentes no tratamento segregativo do sujeito com doença mental, tanto no interior do manicômio quanto nas relações sociais.

O trabalho de Galende e Kraut² evidencia que, nas formas históricas dos tratamentos psiquiátricos, não existia uma diferença clara entre os meios de castigo e os procedimentos terapêuticos. Os autores afirmam que a maioria dos psiquiatras da metade do século XIX argumentava sobre os benefícios terapêuticos dos castigos corporais. Assim, para o doutor Lichtenberg os golpes de bengalas eram úteis para que o louco recobrisse a relação com a realidade; e o doutor Reil, entre muitos outros, afirmava que a camisa de força, a fome

e alguma outra privação eram eficazes para tornar dóceis os furiosos.

Um desses tratamentos criados em 1949 teve um reconhecimento social particular. A psicocirurgia, ou mais conhecida como lobotomia, foi honrada com o prêmio Nobel. Não podemos esquecer o eletrochoque, criação contemporânea à psicocirurgia, e o choque insulínico idealizado pelo doutor Manfred Sakel ao trabalhar com toxicomanias. Os princípios que inspiraram todas essas invenções da primeira metade do século XX, mesmo que mascarados e deslocados, assentam-se no modelo asilar da época de Esquirol em que o poder do médico – agora dos tratamentos – tem por finalidade confrontar a paixão pervertida do louco. Nesse modelo, “é preciso aplicar um método perturbador, quebrar o espasmo com o espasmo”³, ou seja, ao provocar estados de comoção psíquica e padecimentos físicos intensos, pretendia-se afetar a centralidade das ideias delirantes.

Nos dias de hoje, ainda pode-se ver como o castigo assombra a bela alma do psiquiatra. Na Argentina, a categoria médica expressou sua indignação pelo fato da Lei de Saúde Mental⁴ (26.657/2010), no seu art. n.º 12, dizer que a prescrição de medicamentos só pode ser com fins terapêuticos, e nunca como castigo. Também aqui na Bahia, a imaculada e, sem dúvida, tão objetiva como a histórica e seletiva consciência do doutor Luiz Fernando Pedrosa (diretor clínico da clínica Holiste) viu-se constrangida pela realização do Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, em junho de 2019 em Salvador, alegando a presença de palestrantes não especialistas, portanto sem competência técnica para falarem sobre transtornos mentais, como é o caso de lideranças quilombola e indígena, antropólogos e outros cientistas sociais, teóricos do movimento negro, entre outros que, para um certo segmento da psiquiatria, não representam o pensamento científico e não são autorizados a falar sobre o tema. Tendo em vista que, durante o Fórum, houve muito debate sobre a remanicomialização da sociedade e o retorno de tecnologias médicas consideradas violadoras de direitos humanos, teve que sair a contestar qualquer associação

entre tratamento e castigo, defendendo a pureza da ciência psiquiátrica e fazendo um apelo pela importância da internação involuntária e da eletroconvulsoterapia (coluna do jornal ‘A Tarde’, julho/2019, SSA-BA).

O castigo no tratamento não perturba apenas a boa consciência médica, senão também às intenções de determinados técnicos da RPB, como o demonstra o caloroso debate – do qual tivemos a oportunidade de participar – durante um encontro na Defensoria Pública de Salvador no ano de 2015. Ali, profissionais levantaram a questão das medidas disciplinares existentes nos Centro de Atenção Psicossocial (Caps) como parte do tratamento ou como castigo.

Foi Goffman⁵ uns dos que iluminaram essa realidade nos manicômios dos Estados Unidos da América. O autor denunciou que as instituições psiquiátricas, que se proclamavam científicas, em realidade faziam parte da grande família das instituições totais, já que compartilhavam com elas a característica de impor uma barreira à relação social e ao vínculo com o mundo externo durante um tempo prolongado. Onde se afirmava a objetividade do tratamento médico, Goffman encontrará a presença maciça da ‘carreira moral do doente mental’. Longe de algum tratamento que favoreça uma recuperação, observou-se a perda contínua e progressiva das capacidades sociais.

Quando em 18 de junho de 1979, na conferência proferida no instituto Sedes Sapientiae de São Paulo, Basaglia⁶⁽²⁹⁻³¹⁾ conta do que se tratou a experiência de Gorizia e Trieste, ele utiliza coloquialmente o conceito de reconhecimento. Com um enorme poder de síntese diz que o ‘descobrimento’ da psiquiatria democrática foi ‘reconhecer’ que o “doente não é apenas um doente, senão um homem com todas as suas necessidades” e em dizer “não à miséria e à prática psiquiátrica “choque insulínico e eletrochoques imperante nos manicômios”.

Temos aqui os dois elementos a partir dos quais desenvolveremos nossa argumentação. Basaglia diz que parte de um não, de um não à psiquiatria e de um não à miséria.

Esse não inicial se transformará no dispositivo de desinstitucionalização. A meta da Reforma Psiquiátrica que ele defende passa a ser a destruição dos manicômios por serem o suporte material a partir do qual se contradiz o princípio da liberdade, se mantém o sistema de desigualdades sociais e se reproduzem a violência e a marginalização. O que fica questionado é a função social de controle da disciplina psiquiátrica.

Esse dispositivo será novamente repensado quando, mediante a noção de ‘reviravolta’, tente-se captar o ato permanente de desinstitucionalização. O alvo passa a ser as várias e cotidianas formas de opressão, controle e segregação, incluída a ‘violência técnica’ (*Crimini de Pace*) empreendida agora pelos técnicos da ‘nova psiquiatria’ e os especialistas das ‘equipes multidisciplinares’⁷. O que fica questionado aqui é a nova tendência a controlar os conflitos sociais por meio da razão técnica.

É realmente simples perceber que, na base do processo de desinstitucionalização, encontram-se ‘sentimentos coletivos de injustiça’, ou seja, uma reviravolta contra as condições intersubjetivas que determinam as formas de reconhecimento manicomial. A revolta é contra as experiências morais de desrespeito manicomial que alcançam as três esferas de reconhecimento (amor/violação, direito/privação e solidariedade/exclusão) e que se expressam da seguinte forma: os maus-tratos e violação são as práticas que negam o amor como padrão de reconhecimento e produzem feridas profundas e douradoras na confiança em si mesmo e no mundo (morte psíquica). A noção de ‘humilhação do eu’ de Goffman é muito próxima dessa concepção.

O que há de se destacar sempre é que a violência não se limita apenas aos excessos dos comportamentos decorrentes da realidade manicomial, senão aos próprios dispositivos de cuidado, como indicados pelos relatos dos usuários e recolhidos pela literatura científica. Na privação de direitos, tem que se contemplar que o padrão de reconhecimento jurídico varia social e historicamente em função

da universalização da pessoa moral. A partir desse critério moral operacionaliza-se a exclusão da posse de determinados direitos (morte social) para alguns sujeitos. Basaglia denuncia a participação das ideias de periculosidade e irrecuperabilidade das pessoas com transtornos psíquicos na produção da desigualdade moral e na exclusão da maioria dos direitos, alcançando seu ápice na interdição ou tutela (morte civil). Já na degradação e ofensa, observa-se a depreciação de algumas formas de vida a partir da negação de estima aos valores de autorrealização associados a ela, que leva a uma diminuição da autoestima pessoal (vexação). Basaglia identifica muito rapidamente como o manicômio opera essa ofensa sobre o nexo entre a classe trabalhadora e a loucura, quando diz que o dispositivo manicomial acolhe aos ‘loucos pobres’.

Essa sensibilidade para com as experiências morais de desrespeito manicomial compõe a base motivacional da psiquiatria democrática italiana. Foram esses sentimentos e não os interesses contrapostos, enquanto categoria racional que expressa a tensão pela distribuição desigual objetivada de oportunidades materiais de vida, os que criaram as condições para o protesto, a reviravolta e a resistência promovidas pela psiquiatria democrática.

Vemos como a RP compartilha com as lutas sociais pelo reconhecimento de uma base motivacional. Contudo, resta considerar se a sua fenomenologia segue os alinhamentos gerais estabelecidos para outros subgrupos da vida social, sobretudo no que diz respeito ao nexo entre as vivências privadas de lesão e as formas de reconhecimento exigidas a partir de uma luta social. Para abordar essas questões, colocamos como pano de fundo duas hipotéticas objeções que poderiam levantar-se contra nossa tese: a) a dificuldade para ampliar as experiências morais de desrespeito de sujeitos em sofrimento psíquico e assim motivar o surgimento de movimentos e lutas sociais, associada à condição do ‘mínimo de autonomia’ de nossos sujeitos para participar da esfera pública; e b) como consequência

disso, no campo da saúde mental, o sujeito das experiências morais de desrespeito é um (o louco) e o sujeito do movimento e da luta social é outro (os profissionais de saúde).

Formulemos corretamente as perguntas: como se produz o nexos entre as experiências individuais de desrespeito e os sentimentos coletivos de injustiça no contexto da psiquiatria democrática? Como se tornou uma luta social o processo de desinstitucionalização? A desinstitucionalização segue a fenomenologia das experiências de injustiça social consagrada para outros subgrupos?

Quando Honneth^{8,9} se afasta da dimensão normativa e passa ao campo empírico para justificar a teoria do reconhecimento, recorre, principalmente, aos trabalhos sobre os conflitos obreiros em E. P. Thompson e de B. Moore. Nessa perspectiva, articulará as lutas sociais como efeito de inovações políticas ou econômicas que causariam uma infração do ‘consenso normativo tácito’ ou ‘contrato social implícito’, ferindo assim a identidade herdada desse. Assim, sugere-se a ideia de uma identidade primeira, estável e uniformizada nos consensos, uma inovação segunda e desestabilizadora deles, para terminar em um terceiro tempo no qual os sentimentos de injustiça causariam uma resistência com uma tonalidade excessivamente ou reparadora ou conservadora da identidade prévia.

Não queremos dizer que as elaborações de Honneth sobre o núcleo normativo das experiências de injustiça social se reduzam a essa lógica, nem descartamos que essa seja a fenomenologia dos grupos estudados pelos autores. Apenas queremos salientar que existe a possibilidade de se aferrar excessivamente à fenomenologia desse referente empírico, sobretudo quando a teoria do reconhecimento carece de uma quantidade suficiente de pesquisas empíricas sobre subgrupos sociais. Dessa forma, corre-se o risco de reduzir ou limitar a normatividade do aspecto motivacional das experiências de injustiça. Enfim, aplicamos à teoria do reconhecimento o mesmo senso crítico que Honneth propõe para o marxismo e para a teoria da redistribuição de Nancy Fraser, ou seja, fazer depender excessivamente

sua teorização de um referente empírico privilegiado do descontentamento social – neste caso, seria aplicado à fenomenologia motivacional dos sentimentos de injustiça. O proletariado, no caso do marxismo, e os novos movimentos sociais das políticas de identidade em Fraser, e os movimentos obreiros para Honneth.

Propomos que, para o campo da saúde mental, o “mal-estar da inadequação”¹⁰⁽²⁶⁹⁾ das consciências da loucura funciona como “consenso normativo tácito”. Referimo-nos ao descompasso identificado por Foucault entre as experiências de exclusão e proteção e a sua experiência teórica. A separação de duas morais sobre a loucura na época clássica; mas, também, à aspiração de unidade que a psiquiatria moderna pretende mediante o desenvolvimento da consciência analítica que, por supor ocultar seus vínculos com a desrazão, não vai além do “patetismo da doença mental”.

Assim, tanto as inovações quanto o aprofundamento dos hábitos intersubjetivos que funcionam como alicerce das formas de reconhecimento podem produzir as feridas na identidade-moral que dão passagem aos sentimentos de injustiça que embasam a luta antimanicomial. O mal-estar inarticulado da inadequação das consciências ora é tocado pelas inovações ora pelos aprofundamentos.

A negação de um sistema é resultante de uma reviravolta, da produção de uma crise no campo no qual atuamos [...] sistema psiquiátrico, como sistema científico e ao mesmo tempo institucional [...] isto significa que em contato com a realidade institucional têm-se evidenciado elementos – em nítida contradição com as teorias científicas – que remetem a mecanismos estranhos à doença e ao respectivo tratamento. Isto não pode deixar de pôr em crise as teorias científicas sobre o conceito de doença, bem como as instituições sobre as quais elas baseiam as ações terapêuticas¹¹⁽⁹⁶⁻⁹⁷⁾.

Aqui temos articulada a reviravolta (sentimentos de injustiça) à crise de nosso campo, mas isso será abordado depois. Primeiro, queremos

salientar que o processo de desinstitucionalização não surge como efeito de uma inovação, senão de um aprofundamento das tensões implícitas no consenso normativo tácito exprimido no sistema científico-institucional da psiquiatria. O germe da reviravolta da desinstitucionalização não é uma inovação, e sim o desenvolvimento da consciência analítica – teoria científica da doença mental – cujo efeito é o aprofundamento das tensões já existentes na inadequação estrutural das consciências da loucura (fundo mascarado de desrazão). Isso tem possibilitado que as contradições ganhem a força necessária para questionar o contrato social implícito, ou seja, o mal-estar mais ou menos aceito da inadequação entre a realidade institucional e a teoria científica se tornou insuportável.

O processo de desinstitucionalização mostra que a revolta é menos contra uma inovação que fere uma identidade herdada (consolidada), que sobre uma infração que impede a possibilidade de novas identidades e formas de reconhecimento. Em outras palavras, poderíamos dizer que a crise, a reviravolta que está no cerne da psiquiatria democrática é efeito da promessa incumprida da ciência médica de tornar o louco um ser humano – doente – como qualquer outro.

Esse é o mal-estar que denuncia Goffman⁵ ao dizer que, onde se propõe o tratamento médico, ainda impera a ‘carreira moral’. Ademais é esse o desrespeito contra o qual se revolta Basaglia ao advertir que, sob o pretexto da doença mental e dos avanços científicos, opera-se uma nova exclusão da parte de baixo da sociedade. Talvez seja a noção de ‘duplo da doença mental’⁷ a que melhor expresse essa realidade. Sobretudo, é entendida como construção institucional e ideológica que se impõe mediante a negação (não dialética) do sofrimento existencial das pessoas, os processos de subjetivação e as dinâmicas identitárias.

Chegados a este ponto, estamos em ótimas condições para dizer que a crítica que se articula nas objeções que imaginamos (a dificuldade para ampliar as experiências morais de desrespeito, devido aos problemas em torno do mínimo de

autonomia e a diferença da participação dos sujeitos nesse processo da reforma), em realidade, é uma oportunidade para devolver à teoria do reconhecimento uma ampliação da normatividade das fontes motivacionais das lutas sociais. Embora seja verdade que Honneth^{8,9}, quando faz referência às experiências de desrespeito que estão na base das exigências de reconhecimento, inclua a expressão ‘psicológicas-morais’, não podemos deixar de constatar que sua elaboração sobre a fenomenologia das experiências de injustiça social tende para uma concepção individualista e psicologicista da questão identitária.

Essa tendência, que tem sua raiz no digno interesse de superar o que o autor chama de *deficit* sociológico, decorrente de um certo uso da noção de social e de um excessivo proceduralismo, acaba por sugerir que a motivação para as lutas sociais somente nasce da vivência individual de desrespeito de aspectos da personalidade. Ao excluir a participação no complexo motivacional daqueles sujeitos que não experimentam a humilhação no seu próprio ser (personalidade), faz-se lugar a críticas como a de Correa¹². A autora questiona a validade universal do aspecto motivacional da luta pelo reconhecimento, quando constata situações de humilhação não experimentadas assim pelos próprios sujeitos.

Contudo, vemos que dois sujeitos são excluídos da participação das fontes motivacionais do descontentamento social. Por um lado, todo aquele que não tenha vivenciado na sua pele a humilhação; por outro, aqueles sujeitos que, pela sua posição social desqualificada, não estariam em condições de perceber os desrespeitos dos quais são objeto. Em nosso campo, o primeiro sujeito seriam os profissionais da saúde; e os segundos, os usuários de saúde mental, cuja desqualificação específica estaria vinculada ao não ter alcançado esse ‘mínimo de liberdade e autonomia’ ou potencial moral para perceber as humilhações e ampliar os sentimentos de injustiça.

Não pretendemos negar a diferença dos sujeitos com padecimento mental. Muito pelo contrário, o que nós dispomos a fazer não é outra coisa que tomá-la pelo avesso: seu

reconhecimento distorcido. Dessa forma, não questionamos a particularidade de nossos sujeitos, senão as duas concepções que, nas objeções apresentadas, funcionam como *hipokeimenon*. A primeira refere-se à ideia que entende a loucura como uma monstruosidade. Aqui, a gravidade conferida à loucura (consciência trágica) dissolve as variadas formas e a diversidade de graus que a constituem. Já a segunda, que não podemos deixar de identificar como vinculada a uma filosofia antropológica investida por princípios liberais e atomísticos, produz uma excessiva identificação entre sujeito e ser individual. Dessa forma, os movimentos ou lutas sociais são passados pelo crivo do contrato social de Hobbes, resultando o efeito ou produto da racionalidade de indivíduos isolados que enxergam nos movimentos sociais o melhor meio para seus fins.

Ambas as concepções – a homogeneidade da loucura e a primazia do sujeito singular ou, o que é o mesmo, a identificação do sujeito político com o indivíduo – enfraquecem a descrição do fenômeno ao negligenciar a diversidade e complexidade dele. Quando Goffman¹³ aborda a vida coletiva dos sujeitos estigmatizados, parte da distinção entre categoria e grupo. A categoria engloba a totalidade dos membros e favorece as relações entre eles, assim como a formação do grupo, do qual não necessariamente participam a totalidade dos membros. No entanto, aqueles que participam do grupo foram divididos pela caracterização realizada por Goffman nas figuras dos ‘iguais’ (nativos) e dos ‘informados’ (normais). Os iguais são sujeitos que, embora compartilhem o estigma do grupo, têm uma habilidade maior para se expressar ou estabelecer relações com o mundo social que o resto de seus colegas. Já os informados são pessoas que por sua posição social compartilham a vida íntima do estigmatizado e têm uma estima por eles, que fazem com que sejam aceitos pelo grupo.

Essa sucinta descrição é suficiente para provar que os movimentos sociais têm como alicerce uma estrutura intersubjetiva que inclui as tensões entre a homogeneidade e a diversidade. A vida coletiva dos sujeitos

estigmatizados, inclusive a de sujeitos em sofrimento psíquico, supõe tanto uma diversidade dos ‘iguais’ quanto uma interação com os diferentes. Sem prejuízo de desconhecer a particularidade específica dos grupos de estigmatizados, tem que dizer que, nesse ponto, não se diferenciam tanto dos grupos sociais não desacreditados. Por exemplo, se pensamos na estrutura das reivindicações laborais, veremos que também há uma tensão entre os dirigentes sindicais e a base, o que significa claramente que existem sujeitos com maior capacidade que outros para expressar as situações de opressão da categoria.

Acreditamos que o elaborado até aqui exige considerar o desenvolvimento moral dos movimentos sociais menos a partir de uma ilusória homogeneidade ontológica ou em um indeterminado núcleo individual que por meio da estrutura intersubjetiva dos vínculos sociais. Entretanto, se o nosso interesse foi argumentar a favor da inclusão da RP como luta social pelo reconhecimento, ao fazê-lo, também conseguimos aportar subsídios para ampliar a normatividade da noção de reconhecimento, sobretudo no que diz respeito a sua base motivacional.

Afirmamos que o processo de desinstitucionalização não surge apenas dos sentimentos de injustiça decorrentes das humilhações sofridas pelos internos do manicômio. Essas experiências de desrespeito se articulam aos sentimentos de um grupo de profissionais que se revoltam (reviravolta) tanto contra as humilhações sofridas pelo outro (empatia) quanto com a contradição entre a teoria científica e a realidade institucional (inadequação estrutural das consciências da loucura). Essa crise, essa contradição, também deve se entender como um fato que fere o consenso normativo tácito, ou as pretensões articuladas a ele.

Dessa forma, as lutas sociais podem ter como alicerce situações de desrespeito, de revolta, ou uma conjugação de ambas. Em palavras de Iser¹⁴, o descontentamento social pode surgir de aspectos psicológicos ou normativos, da vulnerabilidade psíquica ou dos deveres recíprocos.

Enfim, a noção de revolta tem a capacidade de incluir na luta pelo reconhecimento a participação daqueles atores sociais que, não vivenciando individualmente situações de desrespeito, não ficam indiferentes elas.

Embora o apresentado até aqui já responda à dificuldade para ampliar as experiências de desrespeito, pensamos que podemos dizer algo mais ao considerar o déficit de autonomia das pessoas com sofrimento psíquico em relação ao processo de desinstitucionalização. A pergunta de partida poderia ser: tendo em conta esse déficit de autonomia do sujeito com transtorno mental, como fez o processo de desinstitucionalização para ampliar as experiências de desrespeito individuais? Sinteticamente poderíamos responder que essa ampliação veio mediante a introdução dos padrões de reconhecimento do direito, da solidariedade e a criação de uma semântica da liberdade que tinha como objetivo a destruição de todos os mecanismos de reconhecimento do dispositivo manicomial. Outrossim, essa destruição tem como consequência lógica o questionamento

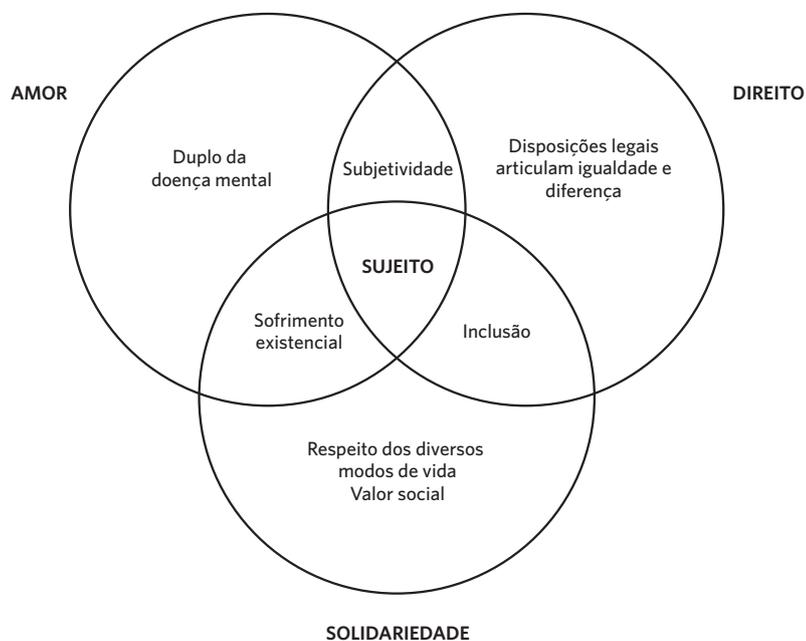
do mínimo de autonomia e liberdade da doença mental articulado pela instituição psiquiátrica.

Essa ideia, que já desenvolveremos, está contida na definição que o próprio Basaglia⁶ propõe para explicar a ação da desinstitucionalização como

somente a inserção na normativa sanitária de um elemento civil e constitucional que deveria ter sido implícito [...] um ato de reparação que a democracia realiza com os cidadãos.

Essa inserção do elemento civil e constitucional na normativa sanitária, representada pela interpenetração entre as esferas, não é outra coisa que a intervenção da ação desinstitucionalizadora na base material da relação entre o louco e o poder do médico. A desinstitucionalização abre o reconhecimento do louco aos padrões que a relação manicomial de reconhecimento fecha. É dessa maneira que se produz simultaneamente um efeito terapêutico e social, que resulta, ao mesmo tempo, em uma maior individualização e inclusão social.

Figura 1. Reconhecimento da desinstitucionalização

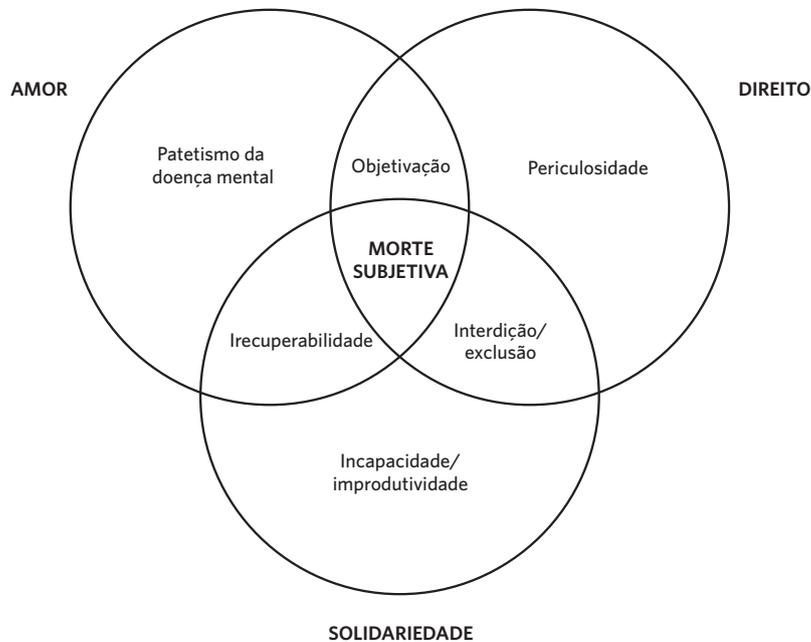


A relação manicomial entre o louco e o médico bem pode ser entendida como uma dobra na esfera do amor. De fato, sempre se tem interpretado a figura do médico como substituto do papel paterno e o manicômio como o lar das pessoas reclusas e abandonadas nele. De alguma forma, as relações próximas com a figura do médico substituíam toda relação social, impondo-se como o mundo natural do louco.

A captura do louco nas relações primárias – entre médico e paciente – se produz a partir de uma férrea articulação com as distorções no reconhecimento ocorridas nos padrões do direito

e da eticidade. Dessa forma, a periculosidade do louco (esfera do direito) e a irrecuperabilidade, incapacidade ou improdutividade do doente mental (vida pública) funcionam como verdadeiras trancas que colaboram para o isolamento do louco na esfera do amor. O discurso manicomial e o da psiquiatria positiva, mediante o primado da consciência analítica, esquecem sua própria ação – a mão invisível que aciona o ferrolho – sobre esse mínimo de liberdade e autonomia do doente mental e passam a considerar a periculosidade e a incapacidade como um dado natural. Nesse contexto, a exclusão social aparece como lógica e inevitável.

Figura 2. Reconhecimento manicomial



No entanto, onde a consciência analítica se fecha sobre si mesma e pretende falar da única realidade objetiva e natural da doença mental, a desinstitucionalização introduz a noção de duplo da doença mental. Com ela, denuncia-se a patologia psiquiátrica como construção institucional que captura o sofrimento das

pessoas a partir da negação (não dialética) das subjetividades e das identidades. A proposta de Basaglia será colocar a doença mental entre parênteses, suspendê-la, para, dessa forma, lidar com as consequências institucionais e permitir direcionar a atenção e os cuidados aos aspectos pessoais, subjetivos e sociais¹⁵.

Colocar a doença entre parênteses não é negar sua existência nem afirmar que não exista algo que produza dor, sofrimento ou mal-estar. A doença entre parênteses opera a ruptura com os aspectos epistemológicos, científicos, legislativos, administrativos e culturais, assim como com as relações de poder estruturadas em torno da doença mental. O que se nega é a elaboração teórico-prática (institucional e ideológica) que a psiquiatria faz do fenômeno da loucura e da experiência de sofrimento psíquico. Seria algo assim como uma negação da negação, ou seja, nega-se a negação operada pela psiquiatria: o “imperativo a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica”¹⁶⁽³⁰⁹⁾.

A negação operada sobre o ‘patetismo da doença mental’¹⁷ abre caminhos para novas gramáticas de reconhecimento da existência e do sofrimento psíquico, que entram em conflito com a reprodução da imagem da loucura operada pela instituição psiquiátrica. Enfim, o que estamos dizendo é que a negação da instituição psiquiátrica, com a noção de duplo da doença mental, questiona o potencial moral da loucura, esse mínimo de liberdade e autonomia do doente mental estabelecido pela lógica manicomial e pela psiquiatria positiva. Contudo, não hesitamos em esclarecer novamente que não se trata de negar que o sofrimento psíquico restrinja, em alguma medida, a liberdade e a autonomia do sujeito. Apenas denuncia-se que, sob essa limitação, monta-se uma lógica institucional que acrescenta o sofrimento e restringe ainda mais a liberdade – tal como é exprimido pela noção de carreira moral.

Dessa forma, a ação desinstitucionalizante pode ser entendida como aquela que transcende o contrato terapêutico (interações primárias da esfera do amor), as humilhações que se produzem nele, para melhor compreendê-las na sua articulação com as formas de desrespeito dos padrões de reconhecimento da esfera do direito e da eticidade – e é sobre esse nó de desrespeito, constituído pelos três padrões de reconhecimento, que opera o discurso da liberdade articulado pela psiquiatria democrática. Por isso, por atuar nesse liame é que esse

discurso funciona como uma ponte semântica capaz de ampliar as experiências privadas de respeito dos sujeitos, enquanto alcança tanto a figura do doente quanto a do profissional de saúde (deixa de ser – se libera – um agente da opressão do controle social e se torna um porta-voz – normal informado – dos sujeitos em sofrimento psíquico), assim como articula a igualdade e diferença com outras figuras da parte de baixo da vida social.

A Reforma Psiquiátrica como progresso moral da sociedade

Até aqui argumentamos a favor da desinstitucionalização como luta pelo reconhecimento. Resta-nos a tarefa de provar seu vínculo com o progresso moral da sociedade. Para tal fim, bastará um breve percurso histórico pela RPB e a consideração da nossa triste atualidade. Na década de 1970, em um franco descompasso com as tendências antimanicomiais dominantes no mundo, no Brasil, em um contexto social e político marcado pela ditadura militar, foram construídos vários manicômios, especialmente nas regiões Sudeste e Nordeste¹⁸. Dessa forma, a população internada passou de 14 mil para 98 mil (1982), situação marcada pelos desvios de dinheiro público para o âmbito privado¹⁹.

Nesse contexto e como parte do processo de democratização impulsionado em grande medida pela Reforma Sanitária (RS) e pela RPB, desenvolveram-se as premissas e os projetos inscritos no ideário antimanicomial. Época de grande efervescência na qual a participação de personalidades internacionais como Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari e Robert Castel deixaram uma marca indelével em toda uma geração de brasileiros²⁰. Assim, em 1979, na sua estadia no Brasil e durante uma coletiva de imprensa, Franco Basaglia⁶⁽¹³⁹⁾ disse: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como essa”.

Estava referindo-se ao maior hospício do Brasil, popularmente conhecido como Colônia, localizado na cidade de Barbacena. A principal referência internacional da luta antimanicomial, investida com uma elevada autoridade e um íntimo conhecimento das diversas realidades manicomiais de grande parte do mundo, no final do século XX e há apenas 41 anos do momento atual, chamou uma instituição da sociedade brasileira como um campo de concentração e a pior tragédia que ele já havia observado. Diagnóstico social e político suficientemente preciso e próximo no tempo, que exige a sua incorporação em qualquer análise atual do processo da RPB.

Alguns fatos revelados pelo livro 'Holocausto brasileiro'²¹ nos auxiliam na compreensão de realidade descrita por Basaglia. Pelo menos 60 mil pessoas morreram no Colônia; em determinados períodos, houve 16 óbitos por dia; inúmeros cadáveres foram vendidos às faculdades; no mínimo 30 bebês foram roubados das mães; os eletrochoques causavam a interrupção da rede elétrica da cidade; cerca de 70% dos internos não tinham diagnóstico de doença mental: eram prostitutas, homossexuais, epiléticos, alcoólatras e outras figuras da marginalidade social.

Essa gritante realidade de desrespeito aos direitos e às mínimas condições de dignidade humana tem como ponto de virada o marco institucional constituído pelo II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, no qual se opta pela eliminação dos manicômios e das práticas manicomiais. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89 que, depois de muitas negociações e disputas políticas, conseguiu sua aprovação final em abril de 2001, mediante a Lei Federal nº 10.216/2001²². Daí em diante houve uma sucessão complexa e sistemática de leis estaduais e municipais, assim como portarias ministeriais que acabaram por constituir um arcabouço normativo importante²³ para a construção de serviços substitutivos de base comunitária e territorial²⁴.

Os avanços na construção e expansão da

rede de serviços substitutivos constituem uma evidência inegável, como fica demonstrado por uma série de relatórios e estudos produzidos no próprio campo da saúde mental²³⁻²⁶. Essas informações sobre a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) confirmam os avanços da RPB em termos de construção de cuidados extra-hospitalares e de ampliação de cidadania, exprimidos em uma série de ações e tecnologias: Caps, serviços ambulatoriais de referência, residências terapêuticas, leitos em Hospitais Gerais, pontos de encontro, centros de convivência, oficinas de geração de renda e trabalho, ações intersetoriais de inclusão social no trabalho e nas outras áreas civis, consultórios de rua, integração da rede à Estratégia Saúde da Família (ESF), matriciamento da saúde mental por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, programas de reabilitação de 'volta pra casa', trabalho protegido 'Programa geração de renda', lazer assistido etc.

Toda essa rede, além de conotar a mudança do paradigma da doença mental para o da saúde mental²⁷, representa o suporte material por onde se instrumentaliza a ampliação do reconhecimento da pessoa com sofrimento psíquico. O cuidado que a Raps promove tem como alicerce valores morais que procuram favorecer o maior grau de 'autorrealização' das pessoas com sofrimento psíquico (reconhecimento das pretensões da personalidade e ampliação da liberdade individual), assim como sua inclusão nos padrões de igualdade social. Dessa forma, não somente se busca incluir os brasileiros com transtorno mental no campo da saúde pública (igualdade), mas também se procura a aceitação social da sua diferença específica nas relações sociais de solidariedade. Enfim, a luta pelo reconhecimento impulsionada pela RPB cria as condições para a autorrealização e, dessa maneira, produz uma ampliação da civilidade que resulta no progresso moral da sociedade.

Mesmo destacando essas conquistas, a literatura de referência nunca deixou de apontar para o que chamou alternativamente de desafios ou impasses, podendo ser resumidos

na burocratização, desigualdade regional e subfinanciamento. Essa realidade que, sem dúvida, também compreende falhas e limitações próprias, em grande medida se explica pela ação contínua de uma variedade de atores com ideologia e interesses contrários à RPB que articulam o processo sociopolítico e cultural nomeado como contrarreforma. A força e legitimidade que tem ganhado nos últimos anos em função das transformações políticas no Brasil (giro liberal, autoritário e fascista), evidenciam sua participação permanente – mais silenciosa – nos impasses da RP.

Talvez tenha sido Vasconcelos²⁸ uns dos primeiros a diagnosticar o risco dessa virada no Brasil ao identificar as articulações entre políticas conservadoras e políticas neoliberais após as eleições de 2010. Risco também apontado e contextualizado por Desviat quando, em 2014, na Conferência no Instituto de Saúde Coletiva de SSA-BA, indicou que as recentes mudanças políticas, sociais e econômicas na Europa, depois de muitos anos, trouxeram uma nova tendência a favor da manicomialização.

Foi em 2015 que vimos essas forças atuarem à luz do dia. Em dezembro desse ano, o Ministro de Saúde doutor Marcelo Castro – em um contexto político no qual a presidente Dilma Rousseff começava a ceder para evitar o lamentável golpe institucional de 2016 – anunciava a substituição do coordenador de Saúde Mental e referente da Reforma Psiquiátrica, o Dr. Roberto Tikanori Kinoshita, pelo Dr. Valencius Wurch Duarte Filho, cuja trajetória profissional está ligada às experiências manicomialis. Após esse ato institucional e simbólico, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, com apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), implementou uma “reversão da política antimanicomial” mediante o que se deu em chamar de “nova política de Saúde Mental”²⁹⁽¹¹⁾.

Segundo recentes estudos³⁰⁻³², entre os efeitos dessa nova investida da contrarreforma contam-se: a defesa da eletroconvulsoterapia (ECT); a inclusão do hospital psiquiátrico na Raps e o ajuste do valor da Autorização

de Internamento Hospitalar (AIH), com o consequente redirecionamentos dos recursos financeiros dos serviços comunitários para o hospital psiquiátrico; o desenvolvimento de uma política de drogas baseada na abstinência e nas internações nas comunidades terapêuticas; ambulatórios especializados para quadros menos graves em detrimento do matriciamento das equipes da saúde da família; privatização dos serviços e reanimação do modelo biomédico. Destarte, mediante uma série de portarias e alianças com setores estratégicos da cena política e civil, as forças da contrarreforma já não apenas retardam o processo de desinstitucionalização como o fazem recuar.

Recentemente, em uma mesa de debate em Salvador (BA), Arbex³³ aportou uma nova prova do vínculo entre a degradação moral e os retrocessos da RPB ao comentar um trabalho jornalístico que conseguiu identificar o engavetamento por parte dos governos de Temer e Bolsonaro de uma pesquisa da Fiocruz³⁴ sobre o uso de drogas. Essa pesquisa, que não menosprezava de forma nenhuma o impacto social do consumo de crack, indicava um consumo aquém do que a mídia introduz no imaginário social. Arbex afirmou que os governos mencionados autorizaram o repasse de uma quantidade de dinheiro para as comunidades terapêuticas bem superior ao necessário, segundo os dados da pesquisa engavetada.

Considerar tanto os progressos quanto os retrocessos nos permite ver com maior clareza o vínculo entre a RPB e a ordem moral da sociedade. Inclusive, nos permite colocar a RPB como uns dos critérios normativos da direção evolutiva da sociedade brasileira; mas ainda nos faz lembrar que esses critérios normativos estão em disputa e tensionamento permanente.

Considerações finais

Acreditamos ter argumentado suficientemente de que o processo de desinstitucionalização e a RPB podem entender-se como luta pelo

reconhecimento e progresso moral da sociedade. Dessa forma, acrescentamos material empírico à teoria do reconhecimento e, ao mesmo tempo, aportamos uma ampliação da sua normatividade, sobretudo, do aspecto motivacional das lutas sociais. O processo de desinstitucionalização, assim como foi analisado por nós mediante as noções de reviravolta, da intersubjetividade dos grupos (as tensões entre a diversidade e homogeneidade expressada nos iguais nativos e informados) e do trabalho sobre o mínimo de liberdade e autonomia, por meio da negação do dispositivo manicomial e o duplo da doença mental, traz um aporte substancial à dialética entre as feridas da identidade e os sentimentos coletivos de injustiça.

Entendemos que toda essa elaboração

narrativa tem a virtude de potencializar o discurso e a semântica articulados pela RPB, ao mesmo tempo que brinda subsídios teóricos para repensar as estratégias necessárias para superar os impasses e enfrentar os embates contrarreformistas.

Colaboradores

Mezza M (0000-0002-0442-4391)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Torrenté MON (0000-0002-5905-4199)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

Referências

1. Foucault M. La vida de los hombres infames. La Plata: Editorial Altamira; 1996.
2. Galende E, Kraut AJ. El sufrimiento mental. El poder, la Ley y los derechos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
3. Foucault M. La vida de los hombres infames. La Plata: Editorial Altamira; 1996. [acesso em 2020 out 17]. Disponível em: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/musicoterapia/informacion_adicional/311_escuelas_psicologicas/docs/Foucault_Michel_-_La_vida_de_los_hombres_infames.pdf.
4. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 26.257, 02 de diciembre de 2010. Derecho a la protección de la Salud Mental. Boletín Oficial 02 Dic 2010.
5. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1961. 386 p.
6. Basaglia F. La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía Editorial; 2008. [acesso em 2020 out 17]. Disponível em: [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/musicoterapia/\(316\)%20MUSICOTERAPIA%20EN%20SALUD%20MEN-](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/musicoterapia/(316)%20MUSICOTERAPIA%20EN%20SALUD%20MEN-)

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- TAL/La%20condena%20de%20ser%20loco%20y%20pobre.pdf.
7. Basaglia F. Escritos seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica In: Amarante P, organizador. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
 8. Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34; 2003. 291 p.
 9. Honneth A. Redistribución como reconocimiento. Respuesta a Nancy Fraser. In: Fraser N, Honneth A. ¿Redistribución o reconocimiento? Madrid: Ediciones Morata, S. L; 2006. p. 89-148.
 10. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009.
 11. Basaglia F. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Escritos seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 96-97.
 12. Correa A. Entre o homem de bem e comum: Um estudo sobre o substrato motivacional para as lutas por reconhecimento em associados de empreendimentos econômicos solidários. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. 150 p.
 13. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 2017.
 14. Iser M. Desrespeito e revolta. Sociologias. [internet] 2013 [acesso em 2019 jun 23]; 15(1):82-119. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/42433>.
 15. Amarante P. O pensamento crítico de Franco Basaglia sobre a ciência e a psiquiatria. In: Amarante P, organizador. Teoria e crítica em saúde mental: Textos selecionados. São Paulo: Zagodoni; 2015. p. 127-148.
 16. Basaglia F. Potere ed istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità. In: Basaglia FO. (A cura di). Franco Basaglia. Scritti I (1953-1968). Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981e. p. 283- 293.
 17. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009.
 18. Mari J, Thornicroft G. A luta antimanicomial e a psiquiatria. [internet]. A Folha de São Paulo. 2010 maio 18 [acesso em 2019 jun 15]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1805201008.htm>.
 19. Alves DS. O “ex” tentando ver o futuro. Cad. IPUB. 1999; 14(21):21-30.
 20. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 1998. 136 p.
 21. Arbex D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2014. 256 p.
 22. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 7 Abr 2001. [acesso em 2020 set 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
 23. Pitta A. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2011 [acesso em 2019 nov 13]; 16(12):4579-4589. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_abstract&tlng=pt.
 24. Berlinck M. O método clínico: fundamento da psicopatologia. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [internet]. 2009 [acesso em 2019 ago 11]; 12(3):55-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000300001.
 25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado

- em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. 143 p.
26. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
27. Amarante P. Superar el Manicomio: Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topía Editorial; 2009.
28. Vasconcelos EM. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010.
29. Pitta A, Guljor AP. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. Cad. CEAS. [internet] 2019 [acesso em 2020 jan 4]; 246(1):6-14. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525>.
30. Lima RC. O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. Physis. 2019; 29(1):1-5.
31. Onoko-Campos RT. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad. Saúde Pública. 2019; 35(11):1-5.
32. Nunes M, Mendes J, Portugal C, et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciênc. Saúde Colet. 2019 [acesso em 2020 jan 5]; 24(12):4489-4498. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204489.
33. Arbex D. Holocausto Brasileiro. [mesa de debate "Diagnóstico moral: o manicômio em afroperspectiva". Teatro Goethe-Institut; 2019 out 19; Salvador, Brasil].
34. Bastos FIPM, Vasconcellos MTLB, Reis RB, et al., organizadores. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.

Recebido em 27/02/2020

Aprovado em 25/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma

Brazilian Psychiatric Reformation and its parliamentary discussion: political disputes and counter-reformation

Yuri Prado¹, Fernanda Severo¹, André Guerrero¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E321

RESUMO O presente ensaio tem caráter qualitativo e exploratório centrado no debate parlamentar do PL nº 3.657/1989, que gerou a Lei nº 10.216/2001. O objetivo foi reconstruir discursos e ampliar o quadro crítico compreensivo acerca dos posicionamentos dos atores do legislativo. O *corpus* documental histórico (1989-2001) é oriundo dos fundos da Câmara dos Deputados e Diários do Congresso Nacional, coletado nos sítios eletrônicos em dezembro de 2019. Utilizou-se a totalidade dos registros parlamentares da tramitação da Lei nº 10.216 que apresentavam argumentos para discussão da votação e emendas. Entre as fontes secundárias, valeu-se de entrevistas com o autor da lei, Paulo Delgado (2017 e 2018), e de literatura científica indexada, oriunda de revisão integrativa na BVS/Medline (2015-2019). Pelo método histórico hermenêutico dialético, instaurou-se a reflexão compreensiva e crítica dos discursos. Reconstruíram-se posicionamentos favoráveis e desfavoráveis dos deputados federais visando à compreensão dos campos de força históricos e potenciais consonâncias aos movimentos de contrarreforma vivenciados na atualidade. Conclui-se que, mesmo considerando os avanços filosóficos e de organização prática da gestão pública representados pela consolidação legal, conquistados pela saúde mental brasileira no contexto da Reforma Psiquiátrica, as transformações do projeto original deixaram brechas para atuações mais ou menos reacionárias do Estado brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Saúde mental. Legislação como assunto. Movimentos antimanicomiais. Lei nº 10.216.

ABSTRACT *The present essay has a qualitative and exploratory character centered on the parliamentary debate of PL No. 3,657/1989, which generated Law No. 10,216/2001. The objective was to reconstruct discourses and expand the comprehensive critical picture about the positions of legislative actors. The historical documentary corpus (1989-2001) comes from the funds of the Chamber of Deputies and Diaries of the National Congress, collected on the electronic websites in December 2019. All the parliamentary records of the processing of Law No. 10,216, that involved voting and amendments discussion, were used. Among secondary sources, interviews with the author of the law, Paulo Delgado (2017 and 2018), and indexed scientific literature, derived from an integrative review at the BVS/Medline (2015-2019). Through the dialectical hermeneutic historical method, comprehensive and critical reflection of the discourses was established. Favorable and unfavorable positions of federal congresspeople were reconstructed in order to understand the historical force fields and potential consonances with the counter-reformation movements experienced today. We conclude that, even considering the philosophical advances and the practical organization of public management represented by legal consolidation, achieved by Brazilian mental health in the context of Psychiatric Reformation, the transformations of the original project left gaps for more or less reactionary actions by the Brazilian State.*

KEYWORDS *Health care reform. Mental health. Legislation as topic. Anti-asylum movements. Law No. 10.216.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília), Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Nusmad) – Brasília (DF), Brasil. yuri.prado@fiocruz.br

Introdução

Seguindo as transformações que se desenvolviam com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a política brasileira direcionava-se para a criação de novos serviços e dispositivos legais que reforçassem uma saúde pública que contribuísse para a universalização do acesso e trouxesse práticas mais humanas de tratamento em diversos âmbitos^{1,2}. Vale ressaltar que o SUS, em si, já representa um dos resultados do otimismo e potencialidade política que a participação social e a renovação de quadros e concepções políticas tiveram no período da Redemocratização, em oposição ao período de aprofundamento das desigualdades e perpetuação de exclusões, representado pela ditadura civil-militar que se esgotava^{3,4}.

Uma das grandes transformações nesse sentido foram os esforços em direção à criação da reforma não só nas práticas, mas também nas concepções em torno da saúde mental, envolvendo, sobretudo, psiquiatria e psicologia. Um elemento entendido como símbolo dessa transformação é a Lei nº 10.216/2001, que, entre outras coisas, redireciona o modelo assistencial nesse sentido.

Tendo em vista tal contexto, é importante discutir como política e ciência estão imbricadas no sentido que a primeira pode tanto reter como promover práticas mais ou menos contributivas para os usuários. Há, recentemente, um fluxo tendente à contrarreforma, visando reinserir práticas entre os serviços de saúde mental antes entendidos como parte do modelo a ser superado e, também, voltar a aumentar o número de leitos em hospitais psiquiátricos – problemática fundamental que a lei, ainda como Projeto de Lei (PL) nº 3.657/1989, visava desconstruir⁵. Assim, as transformações históricas em torno desse processo são multidirecionais. Não são uma superação óbvia e única de um passado limitado que se encerra temporalmente. É preciso entendê-los como frutos de discussões e disputas, em construção delicada que passou por diversas transformações, sobretudo nos anos de discussão parlamentar.

No presente ensaio, o foco principal é o debate no âmbito da Câmara dos Deputados, argumentos, eixos de oposição e evolução do PL até a aprovação – processo que durou 12 anos, entre proposição e publicação. Nosso objetivo é reconstruir os discursos e ampliar o quadro crítico compreensivo acerca dos diferentes posicionamentos dos atores do legislativo. Nesse sentido, ambicionamos colaborar para o aprofundamento reflexivo sobre as permanências e discontinuidades das motivações políticas históricas potencialmente presentes no período de contrarreforma contemporâneo.

O estudo tem caráter qualitativo e exploratório, valendo-se do método histórico de análise hermenêutica dialética^{6,7}. O *corpus* documental primário é oriundo do fundo legislativo, coletado em dezembro de 2019. Foram acompanhados os passos da tramitação, entre 1989 e 2001, no sítio da Câmara dos Deputados e nos Diários do Congresso Nacional. Realizamos varredura completa do período e selecionamos todos os registros relevantes, sistematizando essas informações em planilhas. Contemplamos a totalidade dos registros e consideramos aqueles que sustentavam argumentações, discussões para votação e emendas. Nesses registros, categorizamos, sobretudo, os posicionamentos contrários e as defesas da matéria legal. Complementarmente, entre as fontes secundárias, valemo-nos de entrevistas em profundidade com o proponente, Paulo Delgado (produzidas entre 2017 e 2018)⁸, e de literatura científica indexada, oriunda de revisão integrativa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – Medline) (2015-2019)⁹. Destacamos que, em 2019, complementamos a pesquisa de base indexada produzida pelo grupo de trabalho e nos concentramos na leitura das publicações de caráter teórico-conceitual e histórico. A totalidade do *corpus* textual (primário e secundário) foi submetida à leitura sistemática. Assim, coletamos os extratos semânticos dos textos originais em uma

compilação simultaneamente compreensiva e crítica, evidenciando-se o pano de fundo da cena política com seus aspectos contraditórios e consensuais.

Proposição

Proposta por Paulo Delgado em 1989, então Deputado Federal pelo PT, o PL nº 3.657/1989 contrastava com a prática psiquiátrica até aquele momento: visava encerrar o modelo manicomial de tratamento com a limitação imediata e a progressiva redução de leitos psiquiátricos. Ao momento de seu primeiro mandato, Paulo Gabriel Godinho Delgado era sociólogo e professor, com bagagem teórico-conceitual e política sobre estudos de sociedade e democracia no sentido da liberdade e crítica à sua limitação.

A participação direta da família Delgado na saúde pública é um capítulo histórico a ser explorado. ‘Geninho’, Luiz Eugênio Godinho Delgado, irmão mais velho de Paulo e Pedro, médico, fez carreira no exterior e ajudou a montar o sistema de saúde de Moçambique. Pedro Gabriel Godinho Delgado, médico psiquiatra, já atuava no cuidado em saúde mental, criticava e observava os abusos do sistema manicomial brasileiro desde, pelo menos, a década de 1970^{10,11}. Dessa relação familiar, apontada pelo autor da lei como influência¹², observa-se uma contribuição na referência técnica e filosófica para a articulação da proposta balizada pela experiência italiana de Franco Basaglia, para o cuidado em liberdade. Ademais, o contexto social brasileiro das lutas antimanicomiais protagonizado pelos trabalhadores de saúde mental, havia pelo menos 30 anos, integrava progressivamente usuários e familiares consolidando uma práxis nacional coesa em torno de uma causa. Delgado narra que a formulação dessa legislatura se deu somente porque foi procurado pelo movimento antimanicomial e participou de uma sucessão de debates que o habilitaram.

O projeto inicia com uma premissa muito simples, porém contundente:

Fica proibida, em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico¹³.

Para setores pró-reforma, ligados à luta antimanicomial, entendia-se como uma superação necessária de um antigo modelo. Já para os setores mais conservadores, terrores que se denunciavam nas instituições das primeiras intervenções em manicômios eram apenas exemplo de excessos, principalmente justificados por suposta falta de investimentos ou extremos pontuais. Esses setores eram compostos por grupos médico-hospitalares e pelo senso comum. Nesse momento, a oposição foi traçada entre a aceitação ou não da transformação como caminho a seguir.

Antes da discussão do projeto na Câmara, este passou pelas comissões, entre os anos de 1989 e 1990, tendo seus aspectos constitucionais, legais e jurídicos avaliados na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC), com posição favorável do relator Harlan Gadelha. Na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), teve o mérito bastante apreciado, transmitido na manifestação de Carlos Mosconi, relator, pois, segundo este, após buscar informações e encontrar “respaldo em opiniões das mais abalizadas” concluiu que “poderá trazer à Psiquiatria Brasileira em geral e aos pacientes psiquiátricos” benefício, de forma que o tratamento “obedecerá critérios humanitários e científicos muito mais adequados, preservando-se ainda o direito que todos têm à cidadania”¹⁴. Após as comissões, aprovado, encaminha-se ao plenário, encontrando as primeiras contestações.

Primeiras discussões e alterações – 1990

Temos entre os opositores principais na Câmara dos Deputados de diversas legendas partidárias. Manifestam-se com posições

contrárias à proposta os deputados Jorge Viana (PMDB-BA), Ricardo Fiúza (PFL-PE), Bonifácio de Andrada (PDS-MG), Mozarildo Cavalcanti (PTB-RR), Luiz Roberto Ponte (PMDB-RS) e Amaral Netto (PDS-RJ). Politicamente, é difícil encontrar interseção entre o posicionamento dos deputados mencionados buscando-a apenas na legenda partidária. É importante observar, por exemplo, que, em 1989 o PMDB ainda poderia ser entendido como reorganização de quadros do antigo MDB da estrutura de governo construída nos anos de ditadura. Representava um sentido de oposição, mas de quadros politicamente viáveis após as perseguições e cassações de direitos políticos dos Atos Institucionais. Por outro lado, o PFL era composto em importante medida por antigos quadros da Arena, alinhada com o projeto político-institucional durante o período. O PTB, inclusive, era o partido da presidência em 1964, ao momento do golpe desferido contra seu presidente, João Goulart. Ainda assim, havia convergência de críticas advindas de ambas as partes. A temática da saúde mental, portanto, parece extrapolar barreiras parlamentares.

Nessa etapa, os principais argumentos ou manifestações críticas emergentes direcionam-se ao escopo geral do projeto e concepções que o influenciam. Em primeiro momento, porém, são expostas principalmente por meio das emendas propostas, que em dezembro de 1990 somavam oito. Sete são modificativas, direcionadas aos três primeiros artigos e preâmbulo. A última, aditiva, para o art. 1º. Um dos principais recursos para compreender as bases argumentativas das críticas é trazer, então, as emendas e o que propõem.

A 1ª, assinada por Viana, Fiúza e Bonifácio de Andrada, de natureza modificativa, visava ao art. 2º. Concretamente, seu objetivo era suprimir alguns trechos. Entre eles, o final que mencionava como uma das responsabilidades das gestões regionais a “progressiva extinção dos leitos de característica manicomial”¹⁵. O outro incluía entre os recursos não-manicomial – portanto, recursos que a

lei propunha utilização – a possibilidade de oferta de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Ou seja, há dois trechos que tratam de questões diferentes.

Ainda que a emenda seja aparentemente limitada, técnica, tratando-se apenas de um artigo, na prática, contrasta com concepções mais fundamentais e gerais que constroem o projeto. Apesar disso, a justificativa utilizada pelos deputados limita-se ao trecho menos essencial, suprimindo argumentos mais evidentemente contrastantes. A ideia que usa para justificar a emenda é que “em nenhum país do mundo temos bem sucedida a experiência da unidade psiquiátrica em hospital geral”¹⁵. Isso tem por consequência um desvio no teor, o que poderia tornar sua discordância menos acentuada, em aparência. Tal fato poderia influenciar no tom da discussão e das defesas em contrapartida; portanto, faz sentido perceber essa estratégia como algo planejado, não acidental, considerando sua utilidade.

Ainda a respeito da 1ª emenda modificativa, ponto importante é a imagem do paciente psiquiátrico comunicada: pessoa altamente incapaz, receptora e vetora provável de doenças, necessitando de controle para garantir sua segurança e de outros indivíduos que não compartilham de sua situação, como exposto no trecho

A segurança em hospital geral é mínima e, para o paciente psiquiátrico, é necessária segurança média, o que certamente causaria transtornos aos familiares e pacientes clínicos ou cirúrgicos. Levanta-se ainda a questão do paciente psiquiátrico atuar como agente assimilador e disseminador de infecção hospitalar, uma vez que ele, em não permanecendo no leito e tendo seu juízo crítico prejudicado pela própria doença, transitaria, por todos os setores do hospital, sem os cuidados técnicos necessários¹⁵⁽¹⁴⁰⁵⁸⁾.

É possível inferir que não queriam meramente realizar ajuste pontual, visto que tocam na natureza do projeto – mais evidenciado na emenda nº 2, para o art. 1º, dos mesmos

deputados. Nesta, o artigo mais direto e fundamental, que visava proibir a construção e a expansão de novos hospitais e leitos psiquiátricos públicos, seria transformado para apenas determinar o funcionamento terapêutico destes e visaria à normatização da assistência.

Na prática, tal alteração subverteria toda a ideia original e o próprio objetivo da lei. A justificativa evidencia esse propósito, de forma que os deputados argumentam que “a eliminação do hospital psiquiátrico como um instrumento terapêutico” redundaria “num retrocesso da assistência psiquiátrica” à época. Também utilizam-se do posicionamento escrito pelo psiquiatra Italiano Gianni Nardo que critica a Lei Basaglia e argumentam que gerou uma falta de assistência (por recusa dos pacientes) com riscos de “danos permanentes e cronificação” e transtorno para a comunidade que o recebia pelo “desconforto ambiental”¹⁶ e ameaça representada por esses indivíduos supostamente desamparados. Esse posicionamento ignora que a cronificação era elemento apontado como um grande risco do sistema manicomial em diversos materiais, documentários e denúncias expostas já desde os anos 1970 pelo movimento antimanicomial.

Cavalcanti inclui outras emendas modificativas. Na 3ª e na 4ª, a tentativa de alterar o cerne do projeto repete-se. No anterior, a justificativa pretende-se institucional, com ideia de que, na realidade, a competência para determinar o dimensionamento da rede hospitalar seria de órgãos técnico-normativos, não cabendo a esta lei. O posterior, com participação de Fiúza e Andrada, direciona-se ao próprio preâmbulo, e faria com que a lei dispusesse da regulamentação dos manicômios, não da extinção; logo, os serviços substitutivos seriam uma adição ao sistema, e a internação compulsória, meramente regulamentada¹⁵. Ou seja, há uma tentativa clara de desvirtuação ou abrandamento.

Ambas são justificadas críticas à ideia de um sistema de saúde mental que focasse em estratégias extra-hospitalares ou ambulatoriais, mesmo que de maneira mais branda

que nas emendas anteriores. São dois pontos principais: que a limitação dos leitos e sua substituição deveriam ocorrer ao passo que as alternativas tenham seus resultados positivos comprovados; e que a lei não pode se direcionar ao tema da extinção da ‘rede hospitalar especializada’ – algo que não se propõe a fazer, pois se direciona especificamente à rede pública. Vale observar que Cavalcanti conta em seu currículo com posições de direção em hospitais, como o Hospital Nossa Senhora de Fátima e o Hospital Coronel Mota, tendo sido Presidente do Conselho Regional de Medicina de Roraima¹⁷. Esses dados biográficos podem ser importantes para compreender seu lugar social nas redes hospitalares.

A 5ª, 6ª e 7ª emendas também foram propostas por Mozarildo. A 5ª possui muita consonância com a 1ª em teor, adicionando o fato de que ele critica, na justificativa, mais claramente a ideia de extinção de leitos psiquiátricos em hospitais. Segundo ele, constituiria ‘aberração assistencial’, afirmando a necessidade dos hospitais psiquiátricos e indicando argumento semelhante aos outros deputados no sentido de ‘mistura’ de ambientes e suposto perigo de ‘riscos adicionais’ de contaminação aos pacientes psiquiátricos, ressaltando, novamente, a condição de alienação mental grave¹⁵. Curioso esse posicionamento, dadas as frequentes denúncias nos relatos, reportagens e documentários sobre situações de extraordinária precariedade sanitária e de cuidados flagrados em manicômios, inclusive transmitidos por Mosconi, em posicionamento na CSSF.

Enquanto a 6ª é mais simples e estende o prazo para a comunicação às autoridades locais de internações compulsórias, a 7ª traz pontos mais delicados, propondo nova redação aos §§ 2º e 3º do art. 3º. Em princípio, pretende parecer mais abrangente, determinando que podem ser ouvidos a respeito da internação compulsória “todos aqueles que [a autoridade] achar conveniente”¹⁵. Porém, contrasta com a redação original, evidenciando o peso da contradição.

O questionamento e o novo olhar sobre a internação compulsória eram questões

importantes para os movimentos impulsionadores das demandas e para os conceitos norteadores da reforma, construídos por meio de propostas técnico-científicas e experiências práticas próprias dos trabalhadores da saúde mental, prévias à proposição da lei¹⁸, que permitiram importante maturidade conceitual na redação dos textos propositivos apresentados por Delgado. O mecanismo da internação compulsória, reconhecidamente, era utilizado em algumas situações para desumanizar o indivíduo antes mesmo da porta de entrada da instituição. Pouco importaria sua concordância com a sua hospitalização ou sequer suas demandas para cessação daquele tratamento. O confinamento era imposto, muitas vezes, produzindo não um progresso no tratamento, mas, sim, o lucro da empresa credenciada que receberia recursos. Aplicava-se a membros indesejáveis das famílias, marginalizados em situação de rua e toda sorte de pessoa socialmente incômoda. Em muitas instituições, era praticamente norma o não-retorno após a institucionalização que, na prática, tornava-se total.

Nesse contexto, o art. 7º justifica-se, tentando fazer com que a escuta do próprio indivíduo a quem se direciona a internação fosse necessária, também a de “médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente”, para “emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação”, construindo alguma garantia de que esse confinamento não fosse realizado senão justificadamente necessário – ou seja, preservando a ideia de que essa necessidade fosse uma possibilidade real, não excluindo por completo o mecanismo. Quando Mozarildo propõe emenda que transformaria a menção das pessoas que o Ministério Público viria a convocar para “todos aqueles que achar conveniente”¹⁵, é possível que esses elementos originalmente mencionados sejam entendidos em situações como menos que necessários ou convenientes. Na prática, propõe-se abrangente, mas resultaria praticamente na anulação desse objetivo.

Finalmente, a 8ª, aditiva e menos desarmônicas com a ideia original, ainda expõe

preocupação com a reforma. Cavalcanti, Luiz Roberto Ponte e Amaral Netto propõem adição de parágrafo determinando a gradatividade da transformação, evitando o dito “colapso para o atendimento”¹⁵. Foi a única aprovada.

A votação das emendas foi também um campo de discussão que acrescenta ao entendimento do debate. Neste momento, explicitam-se alguns argumentos mais abertos e acrescentam-se algumas figuras à questão. Surgem aqui as primeiras defesas abertas, com Geraldo Alckmin (PSDB-SP) e Eduardo Jorge (PT-SP). Contrariamente, aparecem Roberto Jefferson (PTB-RJ) e Sandra Cavalcanti (PFL-RJ).

Observa-se, novamente, com Geraldo Alckmin, a manifestação do relator como elemento de posicionamento. Concretamente, agiu também como possível defesa de um projeto contra emendas incompatíveis, revelada na situação na CSSF. Com a rejeição da 1ª a 7ª emenda, sob justificativa de que seriam contrárias ao próprio PL, é expressa também avaliação sobre a qualidade geral da lei, de maneira fortemente favorável e elogiosa, inclusive acrescentando que iria no caminho do que havia de mais moderno em tratamento à época¹⁶.

Tendo as emendas rejeitadas, o posicionamento de Mozarildo torna-se ainda mais explícito, agora com Roberto Jefferson. O primeiro reúne vários pontos apresentados por ele e outros colegas com as emendas, dizendo que, na verdade, “a única forma de se escoimar todas as aberrações ali contidas” seria mesmo elaborar um substitutivo, defendendo a necessidade de leitos psiquiátricos, a sua crença na inviabilidade do projeto, por terem havido outras experiências de “criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais [...] em vários países, com consequências desastrosas”¹⁶ – mesmo sem mencionar exemplos –, além de que apresentaria risco de saúde, contaminação e perigo social para os pacientes e comunidade – por conta da presença destes –, resgatando a crítica de Gianni Nardo. Conclui que, sem alterações profundas, possivelmente, a Câmara fosse, em breve, “considerada como responsável por um sem-número de

ocorrências desagradáveis, com repercussões sociais as mais sérias”¹⁶. Caso aprovado da maneira apresentada, defende, levaria ao colapso assistencial e desastre social. É significativa sua posição de que não vislumbrava “qualquer possibilidade de um acordo que eventualmente possa vir a ser proposto”¹⁶ a respeito da retirada das emendas, declarando que as manteria. Há, então, um subtexto de posicionamento e concepção embutidos nos discursos mais polidamente contrários. Na trajetória argumentativa desse deputado, há uma transição em direção à maior clareza nas críticas após parecer contrário ao recurso mais sutil – as emendas.

Roberto Jefferson, justificando a posição do seu partido, PTB, contra o projeto, diz ser problemático este basear-se na Lei Basaglia que, declara, fracassou, mas diz não se ater ao mérito e indica como o maior problema os possíveis conflitos de instância que geraria, por propor a limitação ou proibição de serviços que, alega, deveria ficar a cargo de outras esferas¹⁶. Dessa forma, mostra um embasamento para discordância calcado no sentido supostamente técnico, mas com fundo político e ideológico forte, ao qual supostamente não se atém.

Efetivamente, percebe-se o estigma, fortemente representado na ideia da incapacidade do ‘paciente psiquiátrico’ de cuidar de si ou, muitas vezes, de sequer procurar ou manter-se em um contexto terapêutico de maneira espontânea, apostando que, limitando as internações compulsórias e os leitos psiquiátricos ou nosocomiais, estariam desamparados e gerariam transtorno para o resto da população. O estigma do ‘louco incapaz’ fica ainda evidente em menções fora do contexto da discussão direta, por Sandra Cavalcanti, que sarcasticamente exagera a um estereótipo sobre o PL:

Sr. Presidente, para falar a verdade, a única coisa que me deixou um pouco mais tranquila na sessão de hoje foi a votação de um estapafúrdio projeto que manda abrir todos os manicômios do País. Foi uma medida muito acertada, porque agora não precisaremos mais internar aqueles

que estiverem fora do seu juízo. Eles poderão ficar livres, atuando – sabe Deus – em quantos escalões do Governo¹⁶.

Nesse primeiro momento, com Delgado, poucos outros deputados incluem-se no posicionamento mais abertamente favorável à ideia geral, ao menos discursivamente. Além de Alckmin e Mosconi, enquanto relatores, quem se manifesta é Eduardo Jorge, corregedor do autor, tentando desfazer aquilo que trata como maus entendimentos ou maus julgamentos. A questão da internação compulsória, esclarece, permanece uma possibilidade, tentando minimizar a polarização à ideia da exclusão desse mecanismo, e esclarece a não incongruência entre as normas que coloca e sua existência¹⁶. Faz parte da negociação política em constante andamento tentar suavizar a polarização, de forma que a concessão concreta, em inclusões ou supressões, torna a adesão da oposição mais viável, que contrariamente poderia ser mais intransigente.

Com o que foi mencionado, podemos entender parte da disputa político-ideológica em curso. Apesar do peso simbólico que carrega o momento de encaminhamento de votação do projeto e o seu consequente debate para aprovação ou rejeição, observa-se que o campo de disputa é muito mais amplo, principalmente considerando como encaminharam-se as emendas. Visivelmente, aqueles que possuem críticas mais fundamentais e discordâncias diametrais não se limitaram a criticar ou votar contra a proposta, mas tentaram seu enfraquecimento ou transformação – por vezes quase completa – na direção oposta. Chegaram a propor alterações tão profundas – apesar de textualmente breves ou tecnicamente simples – que alterariam a intenção última do PL, mesmo que descritas apenas como modificações ou sendo referidas em tom de aprimoramento. É uma questão tão concreta que recebem parecer contrário após terem mérito avaliado.

É compreensível, no âmbito parlamentar, ser considerado mais viável tentar alterar uma proposta por dentro ou aprová-la com a

supressão de ideias mais desagradáveis do que conquistar sua reprovação e enfrentar todo o caminho político de propor uma alternativa mais alinhada a outros interesses para ser aprovada no lugar.

Passado esse aspecto, a respeito do conjunto de deputados que se manifestam – seja favorável ou contrariamente –, constata-se a pluralidade de legendas partidárias. O eixo político, caso baseado em concepções mais tradicionais e tratados por ‘direita’ e ‘esquerda’, parece pouco determinante em apontar o posicionamento que um deputado específico possa ter. Vimos que partidos localizados mais à direita no espectro político brasileiro, como PDS e PFL, compartilhavam em linhas gerais das mesmas críticas manifestadas por partidos tradicionalmente considerados de centro ou esquerda, como PMDB e PTB. Estes últimos, inclusive, por vezes possuíam críticas mais acentuadas e abertas.

Vários elementos podem explicar tal situação. Um dos principais pode relacionar-se exatamente com a natureza do assunto abordado, saúde mental – tópico que apela diretamente a diversos preconceitos e estigmas culturais através da História, e a uma série de tabus e costumes velados na sociedade. Questionado a respeito da composição da Câmara em 2001 (ano da aprovação da lei) e 2003 (aprovação do Programa de Volta para Casa), Delgado responde algo que, em essência, refere-se a todo o processo de discussão:

[...] essa lei tem uma característica diferente das outras, essa lei não adianta o líder encaminhar, essa é uma lei que o mais modesto deputado tem sua opinião. Porque ele tem um parente, um amigo, um vizinho. Todos queriam dar opinião e quando ficavam quietos atrapalhavam mais por transmitir seu receio de forma humana, sincera, mas pelos corredores, talvez sem se darem conta, agiam conspirativamente¹².

Apesar desse aspecto importante, não se trata apenas de cultura e o do entendimento popular do assunto. Já se questionava

amplamente no período a insuficiência de antigas terminologias originária dos séculos XVIII e XIX, como ‘direita’ e ‘esquerda’, para determinar posicionamentos políticos e ideológicos, como menciona Bobbio¹⁹. Apesar deste concluir a respeito da permanência de sua utilidade, o debate era relevante e transmite a complexidade dos termos.

Isso não significa ausência de eixo de ligação dos posicionamentos. Talvez a justificativa mais plausível seja a apresentada por Delgado: é uma questão muito ligada a elementos não só terapêuticos, mas também de foro íntimo de vários dos indivíduos ali presentes, assim como ligada ao senso comum e à cultura social dessa questão. É na continuidade da discussão que a construção desse entendimento será buscada.

O retorno do Senado e discussões finais – 1999 a 2001

Como faz parte da transformação legislativa, diversas alterações foram geradas no decorrer. Ao momento da aprovação da Emenda nº 8, gerou-se o Substitutivo 3.657-B. O Substitutivo 3.657-C, no entanto, era uma reescritura total do projeto, retornando do Senado em 1999 para as comissões na Câmara, tendo continuidade da discussão em 2001. Houve substituição de todos os artigos; porém, mantinham-se, em grande medida, as ideias gerais do projeto, conservadas de maneira menos contundente.

De uma lei que determinava diretamente a limitação e a proibição de aumento de leitos psiquiátricos mantidos com dinheiro público, transformava-se em uma que tenta garantir os direitos das ‘pessoas com transtornos mentais’, havendo, inclusive, artigo que previa a possibilidade de aumento no número de leitos, com a construção de hospitais psiquiátricos ‘nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada’ – o que é contraditório em um dispositivo que visa redirecionar a ‘estrutura assistencial’, ou seja, focado também nas regiões que ainda

não possuíam. O resultado poderia ser adverso. Afinal, como propor um novo sistema de serviço em saúde se, justamente onde não se possui ainda, seria encaminhado o antigo em detrimento do novo? Não resultaria em construção, mas em reaplicação do que se pretendia superar.

Uma década transcorre até que volte a ser discutido na Câmara. Delgado permanecia em exercício, no terceiro mandato após esse primeiro momento. É um longo tempo nesse sentido, e carregado de uma série de transformações não só na proposta como na conjuntura, e até mesmo em expectativas. Há, também, nos posicionamentos, defesas e críticas ao projeto.

Logo que é colocado em pauta, o substitutivo conta com o estranhamento de alguns deputados, com pedido de adiamento sendo encaminhado pelas lideranças do governo, PMDB, PPB, PFL e PSDB. Inicialmente, a posição do PT, partido de Delgado, é defender o conteúdo original, com o relator, Mosconi, que se mostrava muito favorável em 1990 e foi restabelecido como relator em 1999 na CCJC. O que se propõe, pelo PT, é o aceite do adiamento sob a condição de reunião entre as principais lideranças para construir acordos e encontrar base comum entre a defesa do projeto original e o substitutivo do Senado²⁰. Nesse momento, então, delineiam-se os principais argumentos.

Voltando à pauta, na semana seguinte, surgem novamente defesas, principalmente com Mosconi, que visam conservar o projeto original, em detrimento do mais recente substitutivo; mas, simultaneamente, há acordos traçados. Os principais são em torno dos arts. 4º e 5º. No mesmo substitutivo, esses representam, simultaneamente, antagonismo na discussão.

Por um lado, o art. 4º defenderia a possibilidade de construção e expansão de leitos em hospitais psiquiátricos, contrastando com o intuito de reforma, e o art. 5º limitaria a possibilidade de internação a algumas condições, principalmente “os outros recursos [extra-hospitalares] se mostrarem insuficientes”²¹⁽¹⁶⁷¹²⁾, e apontando a busca da reinserção social. Deputados mais favoráveis à

preservação do aspecto hospitalar e, portanto, mais reacionários tendiam favoravelmente à manutenção do art. 4º, logo, contrários ao art. 5º. Congruentemente, o inverso também era relativamente verdadeiro para setores mais favoráveis à reforma.

Tendo por base esse entendimento, pode-se traçar uma oposição, e é em torno disso que se justifica a existência da negociação política. Ela envolvia a aceitação do substitutivo pelo PT e outros mais favoráveis à versão anterior, com a condição da votação em separado do art. 4º, desde que se retirassem os destaques supressivos para o art. 5º.

Parece haver articulação para manutenção da viabilidade do projeto, mesmo com concessões, que suavizaram a contundência das versões anteriores. É provável que seja exatamente por isso que as oposições à aprovação da matéria tenham se retraído e, nesse momento, estejam mais direcionadas a pontos específicos, como observaremos. É o que dá sentido à fala do deputado Rafael Guerra, que se mostra favorável à versão anterior e menciona que o projeto, na atual, poderia ser “mais avançado, mais radical” mas declara que o que se discute agora é o “acordo possível”²² para que avançasse, o qual deveria ser foco da construção. Após o acordo, já não há muita disputa entre o substitutivo ser aprovado ou não, sendo encaminhado para votação. O campo de tensionamentos transforma-se, e é traçado em torno de como se modelará o resultado.

Ou seja, há deputados de diferentes tendências votando favoravelmente ao substitutivo, o que indica negociação bem-sucedida, em uma situação que inclui Delgado. Mosconi manteve-se mais conservador, em defesa do original. O autor estava sendo mais complacente com o abrandamento do dispositivo, e apostando na viabilidade da nova construção. Assim sendo, votar a favor ou contra o substitutivo de maneira alguma implica automaticamente o posicionamento perante a reforma.

Há, paralelamente, alguns acontecimentos na década transcorrida que justificam um

pouco mais de abertura por parte das oposições ao projeto. Em 1999, faleceu na Casa de Repouso Guararapes o interno Damião Ximenes, comprovando-se posteriormente ter sido vitimado pelo espancamento e maus-tratos na instituição, à época credenciada do SUS. Tal caso levou o Brasil a sua primeira condenação na Organização dos Estados Americanos (OEA), em 2006. A condenação é posterior à aprovação da lei, mas possui grande importância todo o caso e o respectivo processo, pois trata-se da construção de um reconhecimento de organismo internacional e, também, pelo próprio Brasil de que tal exemplo era uma realidade entre várias análogas no País^{23,24}.

À medida que o processo evoluía até a condenação e a situação se tornara pública por meio da mídia, crescia a ideia da necessidade de aprovação de uma lei nesse sentido. Assim coube ao Estado acelerar o processo de aprovação da lei, a fim de evitar problemas diplomáticos, considerando que o Brasil era signatário da Convenção Americana de Direitos Humanos. Há, então, alguma urgência, mesmo que não tenha causado concessão total por parte dos setores mais reacionários.

Resgatando os argumentos apresentados para caracterizar o que seria resistência ao projeto, em 2001, podemos apontar que essas manifestações ficaram mais entre os deputados Inocêncio Oliveira (PFL-PE), Arnaldo Faria de Sá (PPB-SP), Damião Feliciano (PMDB-PB), Salomão Gurgel (PPS-RN), Regis Cavalcante (PPS-AL) e Rubens Bueno (PPS-PR), e direcionam-se principalmente aos arts. 5º e 10º. Ou seja, novamente, verificam-se posicionamentos convergentes de deputados de legendas teoricamente opostas, de tendências supostamente contrárias, como o caso do PFL, em sua herança Arenista, e o PPS, que seria pretensamente Socialista (Partido Popular Socialista).

Discursivamente, há semelhança entre esses posicionamentos que transparecem concordâncias interpartidárias no tema de oposição. A posição do médico como autoridade não meramente técnica é bastante significativa

junto da defesa da manutenção do hospital como foco de investimentos.

Nas defesas mais explícitas ao Hospital, aparecem Feliciano e Gurgel. São muito semelhantes em teor, e revelam que sobrevive argumentação de 11 anos antes, porém um pouco menos presente em quantidade, se considerada a proporção de deputados que manifestam-se favoravelmente. O primeiro, sendo, inclusive, um dos mais reacionários à reforma psiquiátrica nesse momento, defende a estrutura nosocomial como imprescindível, principalmente para contenção de pacientes. Para ele, críticas a respeito de maus-tratos e más condições seriam superadas com mais fiscalização e, ao contrário do que é proposto, com mais financiamento a essa estrutura – ignorando que, segundo as ideias que a embasam a proposta, é o próprio isolamento que cronifica. É importante apontar que, adicionalmente a todo esse posicionamento, ainda está presente menção elogiosa ao substitutivo do Senado, ao qual vota favoravelmente, deixando explícito que se deve, em muito, à retirada do trecho que determinaria a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos²².

Gurgel vai ainda um pouco mais fundo na questão, culpando a baixa qualidade do atendimento na quantidade de recursos repassados pelo SUS aos hospitais psiquiátricos, que considera pouco, propondo maior repasse. É curioso o entendimento dele de que a proposta fira a autoridade ou a necessidade do médico psiquiatra no tratamento de saúde mental, tanto ao declarar que os seus pares deputados podem não compreender com propriedade a questão, já que “quem cuida do cérebro humano é o médico psiquiatra”, como por, logo em seguida, aproveitar essa ideia para questionar o art. 10, acusando-o de colocar os psiquiatras em posição de suspeita, como se “fossem verdadeiros assassinos de pacientes nos hospitais”²². Para constar, o artigo propunha que a internação psiquiátrica involuntária deveria ser comunicada no prazo de 72 horas ao Ministério Público Regional, e o § 1º que o Ministério Público, “atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante

legal do paciente” poderia “designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental”²².

Tal consideração a respeito do art. 10 é um dos pontos mais complexos nesse momento de debate final, de forma que atravessa algumas ideias e juízos a respeito de seu conteúdo. A votação deste ou de seu § 1º tem motivos distintos advindos de deputados com posicionamentos até contrastantes. O que complexifica é que foram manifestadas contrariedades, mesmo por deputados que se mostravam a favor da ideia do projeto e discordantes do art. 4º, como Oliveira, que defende a reforma, mas é conservador quando se trata da posição do médico como figura de autoridade. Segundo ele, é contra, pois o parágrafo seria “enorme interferência sobre a atividade médica, sobre os psiquiatras”²². Essa discordância se aproxima a de deputados mais conservadores, como Regis Cavalcante, que inclusive tem críticas mais profundas ao dizer que a medida “criminaliza o ato médico”²², de forma que encaminha requerimento de destaque para o art. 10, não se limitando ao parágrafo mencionado.

Cabe destacar outra linha de argumentos contra o § 1º do art. 10. Alguns, como Rafael Guerra (PSDB-MG) e Fernando Coruja (PDT-SC), declaram serem contra por suposta inconstitucionalidade, por atribuir função ao Ministério Público. Apesar disso, o que se conclui é que, conectado à complexidade do tema da reforma, à discussão sobre como devem ser tratados os usuários dos serviços de saúde mental, existe uma preocupação e uma defesa da posição profissional do médico que, a certo nível, se pretende técnica, terapêutica, mas diz respeito também à manutenção de autoridade. Esse ponto específico pode ser tema de mais profunda investigação quanto da sua importância e transformação com a reforma.

Por fim, da discussão em 2001 na Câmara, o resultado foi a retirada do art. 4º, produto das articulações para aceitação do substitutivo do Senado, e, também, do art. 10 § 1º, segundo os argumentos expostos. Quanto a este último, não fica claro se está relacionado com o que foi concedido nas articulações. Em detrimento

disso, fica evidente que há uma construção contínua, até a votação final, culminando com sua exclusão. Como ajuste final, é realizada a reorganização dos artigos após as supressões, chegando à versão derradeira, que se tornou a Lei nº 10.216/2001.

Conclusões

A partir dessa reflexão histórica, evidenciam-se pontos sensíveis das conquistas político-administrativas no âmbito da Reforma Psiquiátrica e mapeiam-se os limites gerados pelas concessões dos atores. Essas compreensões do caráter limitado das transformações dos oponentes da matéria são representativas do conservadorismo e das estratégias de negociações do Estado brasileiro. Entretanto, de forma alguma, diminuem os avanços protagonizados pelo projeto e conceitos terapêuticos que orientam o movimento antimanicomial. Arcabouços científicos e sociais acumulados ao longo de décadas por profissionais e movimentos, prévios às discussões parlamentares²⁵.

Segundo os discursos do legislativo, a mudança não foi necessariamente que as alas mais reacionárias tenham sido convencidas e transformadas em mais favoráveis com as discussões. Para alguns deputados, o ponto mais significativo foi a inclusão de elementos alinhados ao seu posicionamento e retirada de outros contraditórios às suas intenções. Observa-se que o projeto ficou menos arrojado, tornando-se aceitável, por meio das mediações argumentativas dos parlamentares.

Essas constatações, possíveis a partir da análise sistemática dos discursos aqui realizada, revelam-nos a habilidade política por parte daqueles que a propuseram e defenderam, entendendo que havia reação forte o suficiente para tornar a intransigência perante esse debate inviabilizador da aprovação. Assim, considera-se que a complacência do proponente e parte dos defensores das concessões foram decisões estratégicas, tanto ao construir votação que fosse mais positiva dentro

do substitutivo do Senado quanto ao tentar garantir o possível, negando o art. 4º – que era mais avesso e inviável –, mesmo perdendo, em contrapartida, o art. 10 § 1º. Ainda sobre conjuntura da aprovação, infere-se que o caso Damião Ximenes tenha pressionado, de alguma forma, o Legislativo em função de sua repercussão internacional, gerando celeridade e possibilitando posicionamentos contundentes, como o de Fernando Coruja (PT-MG) que, ao fazer uma defesa do projeto, argumenta não haver mais viabilidade para emendas, e que deveria ser votado o projeto original ou substitutivo do Senado, realizando, no máximo, supressões no texto²².

Na lei, entre os elementos que propiciam retrocessos de conquistas, está a questão dos leitos psiquiátricos. Ela tem sucesso em propor o novo modelo de assistência e saúde, com foco no modelo extra-hospitalar, mas ancora-se na eficiência de uma gestão que zele e concorde com oposição ao regime asilar. Não há determinação explícita que impeça uma gestão discordante, de perfil análogo aos opositores ou mais reacionário, de reconstruir medidas do modelo antigo, que tentavam superar, se considerarmos apenas a letra da lei. Exemplo é a reinclusão de leitos psiquiátricos entre investimentos e a declaração de que o Ministério da Saúde lamenta a diminuição da oferta, subvertendo o que se considerava conquistas pelos movimentos que a consubstanciaram^{5,26}. Outro, é a situação atual de retomada/permanência das Internações Compulsórias como ferramenta de segregação e sobrevivência do sistema arcaico no Brasil pós-reforma, perpetuando controle sobre grupos excluídos²⁷, sobretudo em torno de pessoas em uso de crack e outras drogas^{28,29}.

Finalmente, aproximando os argumentos históricos e contemporâneos, observamos a permanência e a evolução de críticas semelhantes. A defesa do hospital psiquiátrico permanece, mas torna-se menos acentuada à medida que este, apesar de desprivilegiado, não está ameaçado. A preocupação com o controle sobre o ‘louco incapaz’ cede espaço à defesa da autoridade do médico sobre a internação

compulsória. Reunidos, constroem um quadro em que a reação se justifica em defesa da rede hospitalar, da autoridade da classe médica – com teor corporativista – e no descrédito da viabilidade do cuidado em liberdade.

A construção da saúde mental após a reforma, principalmente se considerados os dispositivos posteriores componentes da Raps, provaram sua eficácia muito além desse descrédito. Por outro lado, não impedem que os discursos avessos se façam orientadores de ações institucionais caso haja gestão pouco alinhada. A reforma, então, pela natureza da conjuntura política que a concretizou e pelo texto que a oficializa, necessita de atenção constante e trabalho profissional, técnico e terapêutico que permita continuidade.

A título de autocrítica, consideramos que apresentamos elementos recolhidos de um fluxo histórico complexo em que se consolidava o processo de redemocratização do País. Ao nos concentrarmos nos atores legislativos, identificamos tópicos de avanços da garantia de direitos e parte dos resíduos contrarreformistas contemporâneos que podem colaborar para reflexões estratégicas do campo de ciência e política. Entretanto, ao privilegiarmos o aspecto institucional, reduzimos o foco do contexto histórico que incluiria outros atores de uma rede extensiva e capilarizada. Entendemos, assim, que essa é apenas uma fração da complexa realidade das múltiplas forças agenciadas na construção contemporânea da Reforma Psiquiátrica. Compreender sua completude é tarefa pertinente a outros trabalhos que tanto nós como outros pesquisadores precisaremos seguir tecendo, por meio de novas abordagens e novos métodos.

Colaboradores

Prado Y (0000-0002-6706-5568)*, Severo F (0000-0003-4078-6768)*, Guerrero A (0000-0001-7240-1506)* contribuíram para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Amarante P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP; 1995.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Ferreira J. O tempo da experiência democrática. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
4. Luna FV, Klein HS. Transformações econômicas no período militar (1964-1985). In: Reis DA, Ridenti M, Motta RPS, organizadores. A ditadura que mudou o Brasil, v. 50. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. 22 Dez 2017.
6. Habermas J. Dialética e Hermenêutica. São Paulo: LP&M; 1987.
7. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
8. Severo FMDS, Prado Y, Guerrero AVP, et al. Memórias da Saúde Mental brasileira: Usos da história oral e tecnologias midiáticas para pesquisa em saúde. In: Anais Eletrônicos do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 Jul 27; [internet] Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p.1-2. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: http://saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=27399&id_atividade=3284&tipo=#topo.
9. Severo FMDS, Araújo CA, Guerrero AVP. Desconstrução da Política de Saúde Mental: uma revisão integrativa 2015-2018. In: Anais do 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; 2019 Set 23-30; [internet] João Pessoa. João Pessoa: UFPB; 2020. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://proceedings.science/8o-cbcschs/papers/desconstrucao-da-politica-de-saude-mental--uma-revisao-integrativa-2015-2018>.
10. Delgado PG. As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Tê Corá; 1992.
11. Em Nome da Razão. Direção: Helvécio Raton; 1979. (24min.)
12. Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista com Paulo Delgado. No prelo 2020.
13. Brasil. Congresso Nacional, Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 29 Set 1989. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD-29SET1989.pdf#page=>.
14. Brasil. Congresso Nacional, Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 27 Jun 1990. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD-27JUN1990.pdf#page=>.
15. Brasil. Congresso Nacional, Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 12 Dez 1990. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD-12DEZ1990.pdf>.
16. Brasil. Congresso Nacional, Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 15 Dez 1990. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD-15DEZ1990.pdf#page=>.
17. Brasil. Câmara dos Deputados. Biografia do deputado Mozarildo Cavalcanti. [internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2020. [acesso em 2020 fev 18]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/deputados/139313/biografia>.
18. Vieira MN, Marcolan JF. Fatores Político-ideológicos Associados a Escolha do Modelo de Assistência

- da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Rev. Min. Enferm.* [internet]. 2016 [acesso em 2020 jun 16]; 20(985):1-10. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907919>.
19. Bobbio N. Direita e esquerda: razões e significados de uma distinção política. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1995.
 20. Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 22 Março 2001. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD-22MAR2001.pdf#page=>.
 21. Brasil. Congresso Nacional, Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 20 Abr de 1999. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD20A-BR1999.pdf#page=>.
 22. Brasil. Congresso Nacional, Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 28 Março 2001. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD-28MAR2001.pdf#page=>.
 23. Delgado PGG. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arq. bras. psicol.* [internet]. [acesso em 2020 fev 18]. 2011; 63(2):114-121. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt.
 24. Almeida V. Caso Damião: 1ª condenação do Brasil na OEA completa 10 anos [internet]. *G1*. 2016 Ago 30 [acesso em 2020 fev 28]. Disponível em: <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2016/08/caso-damiao-1-condenacao-do-brasil-na-oea-completa-10-anos.html>.
 25. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 16]; 6(23):2067-2074. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Nota Técnica nº 11/2019. [internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2020 fev 18]. Disponível em <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>.
 27. Braga CP, D'Oliveira AFPL. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):33-44.
 28. Azevedo AO, Souza TP. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis* [internet]. 2017 [acesso em 2020 jun 16]; 27:491-510. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2017v27n3/491-510/>.
 29. Pontes AK, Meza APS, Bicalho PPG. Ciência e política das drogas: as controvérsias em torno das políticas públicas de internação compulsória. *Estud. psicol.* [internet]. 2015 [acesso em 2020 jun 16]; 15(4):1433-1450. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-834565>.

Recebido em 05/03/2020

Aprovado em 27/07/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Neither crioulo doido nor negra maluca*: for an aquilombamento**
of the Brazilian Psychiatric Reform*

Emiliano de Camargo David¹, Maria Cristina Gonçalves Vicentin¹

* Pejorative expressions that mean mentally ill black man and woman, respectively.

** The word *aquilombamento* derives from the term *quilombo*, a settlement of fugitive black slaves in Brazil. A number of those settlements continued to exist after the emancipation of slaves in 1888 and remain today as places that preserve unique features of African-Brazilian culture. Thus, *aquilombamento* is a new concept that means making something similar to a *quilombo*, so as to stress the empowerment of African-Brazilians and their culture.

DOI: 10.1590/0103-11042020E322

RESUMO Considerando que o manicômio enquanto instituição reproduz uma lógica de dominação racista que serviu (e ainda serve) para o encarceramento da população negra brasileira ao longo dos anos, este artigo discute a relação entre racismo e manicomialização. Para tanto, por meio de revisão de literatura, apresentam-se duas dimensões em que essa relação mais agudamente se expressa – o racismo científico brasileiro e a ideologia do branqueamento –, assim como o atrelamento entre raça negra e loucura no Brasil em três diferentes tempos de experiências asilares: século XIX, no Hospital Nacional de Alienados, com as experiências de Dr. Henrique Roxo; nas primeiras décadas do século XX, com Dr. Pacheco e Silva e a Liga Paulista de Higiene Mental no Hospital do Juquery; e no início do século XXI, nos anos 2000, com o Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo. Em diálogo com uma leitura decolonial da proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, aponta-se a urgente e necessária implementação de práticas antirracistas na Rede de Atenção Psicossocial enquanto tarefa antimanicomial contemporânea, o que se chama de aquilombamento.

PALAVRAS-CHAVE Racismo. Hospitais psiquiátricos. Saúde mental.

ABSTRACT *Considering mental institutions as reproductive of a logic of racist domination and that such logic was (and still is) used to justify the incarceration of the Brazilian black population, this article discusses the relation between racism and institutionalization. To that end, through a review of literature, we present two dimensions in which this relation is acutely expressed: Brazilian scientific racism, the ideology of whitening and the idea that the black race and madness are connected in three periods of mental asylum experiences: in the 19th century, in the National Hospital for the Mentally Ill, with Dr. Henrique Roxo's experiments; in the first decades of the 20th century, with Dr. Pacheco e Silva and the São Paulo State Mental Health League in the Juquery Hospital; and in the 2000s, with the São Paulo State Psychosocial Census of Mental Hospital Residents. In dialog with a decolonial reading of the Brazilian psychiatric reform, we point to an urgent and necessary implementation of anti-racist practices in the Psychosocial Care Network as a contemporary anti-institutional task, which we call aquilombamento**.*

KEYWORDS *Racism. Psychiatric Hospitals. Mental Health.*

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Núcleo de Pesquisa em Lógicas Institucionais e Coletivas – São Paulo (SP), Brasil. emilianocamargodavid@yahoo.com.br



Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, em dois dos seus principais manifestos, a ‘Carta de Bauru’¹ e a ‘Carta de Bauru – 30 anos’², sustenta que o racismo é uma configuração manicomial. Em 1987, usuários(as), trabalhadores(as), militantes, pesquisadores(as), estudantes, familiares, entre outros(as), já apontavam o combate à discriminação contra negros(as) como uma pauta antimanicomial:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra 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 à saúde, justiça e melhores condições de vida¹.

Em 2017, representantes das mesmas esferas se manifestaram defendendo a igualdade racial, posicionando-se contra o genocídio e a criminalização de jovens negros(as) e reconhecendo a urgência de articulação com o movimento social negro:

Não podemos deixar de frisar o avanço do conservadorismo e da criminalização dos movimentos sociais, defendemos a diversidade sexual e de gênero, as pautas feministas, a igualdade racial. Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioria penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas²⁽²⁾.

Ambos os documentos pautam a dimensão racial, apontando uma direção ético-política

que não separa as lutas antirracistas da luta antimanicomial. De fato, se entendemos que a lógica manicomial, ou a manicomialização, não se esgota no manicômio como estabelecimento asilar, mas está presente na sociedade, as relações entre luta antimanicomial e decolonialidade ficam mais evidentes. Como apontam Amarante³ e Yasui⁴, a Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo social complexo que coloca em jogo dimensões jurídico-políticas, epistemológicas, socioculturais, além das técnico-assistenciais.

Entendemos tal direção da Reforma como uma perspectiva decolonial. Se, na lógica manicomial, o manicômio se reproduz e permanece para além do asilo, na perspectiva decolonial, a colonialidade está além do colonialismo. Entendemos colonialidade, tal como formulada por Quijano⁵, como a “imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo”⁵⁽⁸⁴⁾, como

pedra angular de um padrão de poder que opera nas dimensões materiais e subjetivas da existência social cotidiana e da escala social, que se origina e se mundializa a partir da América⁵⁽⁸⁴⁾.

Nesse sentido, como lógica de poder, ela ultrapassa a experiência inaugural do ‘colonialismo’, enquanto processo sociopolítico-econômico de colonização e escravidão (infligido, do século XV ao XIX, nas Américas).

No entanto, mesmo na dimensão técnico-assistencial, a análise dos efeitos das discriminações raciais e do racismo assim como a assunção de condutas antirracistas pela Rede de Atenção Psicossocial⁶ (Raps) – que articula os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – seguem invisibilizadas ou inexistentes, fazendo com que políticas fundamentais para o cuidado em saúde/saúde mental da população negra não sejam incorporadas no dia a dia dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

É importante frisar que a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, instituída em 2001⁷ e a PNSIPN, instituída em 2010⁸, aproximam-se, e ambas buscam equidade, além da universalidade, avalizando que o cuidado em saúde se dá no dever de atender igualmente o direito de cada um, porém, reconhecendo suas especificidades e valorizando diferenças.

Este artigo baseia-se em dissertação de mestrado em Psicologia Social⁹ que buscou discutir as relações entre racismo e saúde mental na perspectiva dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), tendo como um dos eixos de revisão de literatura os processos de asilamento da população negra no País. Inicialmente, apresentamos a relação histórica entre loucura e raça no Brasil, com foco nos mecanismos de controle e segregação que incidiram sobre a população negra em três períodos: 1) o século XIX, com o surgimento das teorias racialistas e eugenistas, que balizavam as políticas de branqueamento no Brasil; 2) as primeiras décadas do século XX, particularmente na cidade de São Paulo, onde crianças negras eram institucionalizadas em nome do ‘mito da raça paulistana’; e 3) o início do século XXI, nos anos 2000, com a realização do Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo¹⁰ que, ao lado da leitura crítica de autores como Barros, Batista, Dellosi e Escuder sobre o Censo¹¹, trouxeram visibilidade à perspectiva racial. Na esteira da direção ético-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira e em uma perspectiva decolonial, propomos o ‘aquilombamento’ da reforma como assunção ativa de um agir antirracista.

Racismo científico e política de branqueamento no Brasil: propostas manicomiais eugênicas

A discriminação e a opressão de negros(as) no Brasil não se iniciaram com as postulações do racismo científico. Contudo, partiremos

desse ponto histórico, embora se saiba que, em outros períodos do Brasil colonial e imperial (sendo este compreendido de 1822 até o final do século XIX), o(a) negro(a) foi aviltado(a) de sua condição de sujeito, como aponta Souza¹²:

A sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça (noção ideológica), demarcou o seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco, e instituiu o paralelismo entre cor negra e posição social inferior¹²⁽¹⁹⁾.

A abolição da escravidão e a queda da monarquia, no final do século XIX, exigiram mudanças nas relações raciais no Brasil. Com o fim do escravismo, ao menos no papel, os negros(as) deixavam de ser peças, objetos. Todavia, surgia, paralelamente ao movimento abolicionista, novas correntes que negavam “a igualdade e a transformava em matéria de utopia”¹³⁽⁴²⁾. De 1870 em diante, produções teóricas começaram a ser elaboradas por diversos intelectuais, com o intuito de demonstrar uma suposta naturalização das disparidades sociais^{13,14} como falsa justificativa da manutenção de negros(as) em condição análoga à escravidão. A ideologia do branqueamento encontrou fertilidade na medicina eugênica do século XIX.

No Brasil, qualquer teoria que não balizasse diferenças naturais entre raças tinha pouco valor.

Aqui ocorreu uma releitura original. Ao mesmo tempo em que se absorveu a ideia de que as raças significavam realidades essenciais e ontológicas, negou-se a noção de que a mestiçagem levava sempre à degeneração¹⁴⁽⁴²⁾.

As teorias apostavam que a miscigenação embranqueceria a nação brasileira e que tal embranquecimento traria uma evolução racial: “Miscigena-se para ‘embranquecer’ jamais para ‘empretecer’”. Com esses princípios, com essas crenças, convive a sociedade brasileira até hoje”¹⁵⁽³⁾.

Aspecto importante nas relações raciais entre brancos e negros é o conceito de ‘ideologia

do branqueamento'. Incipiente na escravidão colonial, esse conceito teve seu fortalecimento cultural na edificação do abolicionismo brasileiro, tornando-se um dos eixos fundamentais do fim do regime de produção colonial, como ideário de um país miscigenado¹⁶.

O período de abolição da escravidão sofreu brutal interferência das políticas de incentivo à imigração europeia que pretendiam retirar os(as) negros(as) dos espaços de trabalho e de produção, substituindo-os(as) por imigrantes europeus. Na segunda metade do século XIX até os últimos anos do império, a busca de embranquecer o Brasil se fez política. Uma breve observação, aqui, faz-se necessária. Como uma tentativa de eliminação da raça negra, o branqueamento não se efetuou no Brasil, pois, atualmente, este é o país com o maior contingente de negros fora da África, perdendo somente para a Nigéria. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 2013, os(as) negros(as) representam 53,1% da população brasileira; em números absolutos, somam 107 milhões de habitantes¹⁷.

Na construção da noção de raça, as ciências biológicas tiveram importante papel, principalmente entre os anos 1870 e 1930, balizando as justificativas raciais de que o(a) negro(a) é inferior¹⁴. “Tendo por base uma ciência positivista e determinista, pretendia-se explicar com objetividade – a partir da frenologia [...] – uma suposta diferença entre os grupos humanos”¹⁴, assim, por meio de análises fenotípicas, a biologia passou a patologizar determinados grupos humanos, por meio das teorias raciais da época.

Pesquisando a história da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), nas décadas de 1920 e 1930, no Brasil, Costa¹⁸ discute as bases eugenistas da psiquiatria então emergente:

Os eugenistas serviram-se do organismo para reforçar as ideias eugênicas e reativar o racismo puro, recalcado na cultura brasileira, com finalidades político-ideológicas¹⁸⁽¹¹³⁾.

O mesmo autor aponta que, dando sequência às ideias de Nina Rodrigues, outros intelectuais

surgiram nessa década, como Batista Lacerda e Roquette Pinto, que defendiam a superioridade de “caracteres mentais, somáticos, psicológicos e culturais da raça branca”¹⁸⁽⁶⁶⁾. De acordo com Bento¹⁹, Nina Rodrigues (1862 – 1906) já defendia a tese de que o(a) negro(a) foi escravizado(a) por causa de sua inferioridade.

Segundo Schwarcz¹⁴, em meados de 1930, a medicina no Brasil estava em plena construção, e sua hegemonia era fortemente disputada por duas grandes escolas: a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina da Bahia.

O tema racial é ainda relevante, pois integra o arsenal teórico de ambas as escolas. Na Bahia, é a raça, ou melhor, o cruzamento racial que explica a criminalidade, a loucura, a degeneração. Já para os médicos cariocas, o simples convívio das diferentes raças que imigraram para o país, com suas diferentes constituições físicas, é que seria o maior responsável pelas doenças, a causa de seu surgimento e o obstáculo à ‘perfectibilidade’ biológica¹⁴⁽¹⁹¹⁾.

Costa¹⁸ aponta que os médicos Renato Kehl e Xavier de Oliveira protagonizavam as teorias racistas dentro da LBHM. O autor observa também que os demais psiquiatras condescendiam com suas asseverações racistas, afinal, ambos nunca foram questionados pelos demais integrantes da Liga; pelo contrário, suas proposições eram aceitas. São exemplos o III Congresso de Psiquiatria e o III Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, em que Xavier de Oliveira¹⁸ proferiu:

nº6: que só seja permitida a entrada no paiz de imigrantes da raça branca; nº7: que seja expressamente proibido para effeito de residência além de seis meses, a entrada, no paiz, de quaesquer elementos das raças negra e amarella¹⁸⁽¹¹¹⁾.

Renato Kehl¹⁸, por sua vez, declarava a respeito da mestiçagem:

Os dois elementos cruzados têm, cada um, seus caracteres psicofísicos estritamente próprios, estáveis, harmoniosos. Em vez de realizar uma média entre esses caracteres diferentes, a mestiçagem perturba seu desenvolvimento natural. Aqueles que afirmam, tanto entre brancos e negros, como entre brancos e índios, mongóis e outros. Os mestiços não podem ser comparados a uma raça pura; só a partir de uma visão falsa é que se pode admitir sua igualdade e superioridade¹⁸⁽¹¹¹⁾.

Costa¹⁸ considera que as interpretações das estatísticas psiquiátricas tinham fortes componentes racistas. As estatísticas eram o fundamento médico, todavia, esses dados não levaram em consideração determinantes sociais e históricos. O racismo admitido pela LBHM, nos anos 1930, pautava-se nos altos índices de doença mental e sua prevalência nos grupos ‘étnicos não brancos’ (linguagem da época). Também se ancorava no tipo de doença mental toxinfeciosa (como sífilis e alcoolismo), uma vez que o grupo populacional branco apresentava predominantemente doenças nomeadas constitucionais.

Segundo o autor, esses dados eram utilizados e interpretados como estigma racial, visto que

os psiquiatras tinham nas estatísticas um pretexto para confirmar o preconceito racial. Os indivíduos não brancos, sendo portadores hereditários de predisposição sífilítica, representavam um perigo para a constituição eugênica do Brasil¹⁸⁽¹¹²⁾.

Ancorados nessas estatísticas, doenças relacionadas com uma suposta predisposição genética das mulheres negras em contrair sífilis e com uma decadência moral/sexual eram atribuídas à herança psíquica de negros e mestiços. Essas são análises extremamente preconceituosas e racistas que ignoravam as condições sociais desumanas que homens negros e mulheres negras viveram ao longo dos anos, violências determinantes para a manifestação desses fenômenos.

Para Serra e Scarcelli²⁰, a ciência médica eugênica tinha, como principal intenção, a patologização de negros(as), indígenas e descendentes de asiáticos(as), além de afirmar uma suposta periculosidade das classes pobres e ratificar o ideário da branquitude.

No final dos anos 1930, a política de branqueamento, aos poucos, perdeu força, assim como o alienismo entra em declínio. Contudo, sua tarefa manicomial eugênica já havia produzido efeitos, assim como função simbólica, material e política, conforme aponta o próximo item.

População negra e manicomialização

Este item fará referência à manicomialização da população negra em três períodos distintos. O primeiro deles é o racismo científico das últimas décadas do século passado, mais especificamente, a obra de Dr. Henrique Roxo, que aproximou raça e loucura, tratando a comunidade negra da época como intelectualmente inferior e/ou degenerada²¹.

Sempre ciosos de resguardar a vastidão e a imprecisão dos limites definidores da doença mental, os psiquiatras partiram do princípio de que a loucura não escolhia raça, o que não os impediu de construir, sub-repticiamente, relações bastante próximas entre doença mental e as raças consideradas inferiores²¹⁽⁵⁾.

Engel²¹, ao analisar a obra do Dr. Henrique Roxo (1904), verificou que o médico se ancorava na comunidade científica do Rio de Janeiro para postular suas associações entre raça negra, inferioridade intelectual, loucura e degeneração. Tal associação “poderia ser utilizada como um instrumento importante para justificar e legitimar a implantação de mecanismos mais sutis de controle social”²¹⁽⁵⁾.

O Dr. Henrique Roxo analisou o ‘Quadro estatístico dos doentes internados no pavilhão de observação do Hospital Nacional de Alienados – HNA (1894-1903)’, reproduzido no *quadro 1*.

Quadro 1. Quadro estatístico dos doentes internados no pavilhão de observação do Hospital Nacional de Alienados (1894-1903)

Ano	População total	Branços	Pardos	Pretos
1894	418	217	91	110
1895	606	349	130	127
1896	623	389	128	106
1897	704	381	151	172
1898	707	396	179	152
1899	697	379	168	150
1900	615	356	132	127
1901	608	333	153	122
1902	614	328	159	127
1903	657	321	203	133

Fonte: Engel²¹⁽⁶⁾.

Para sua surpresa, com exceção de 1903, o número de pretos e pardos somados é inferior ao número de brancos, o que levou o médico a fazer observações/interpretações de que:

a taxa de negros internados era considerável e, neste sentido, argumenta que os brancos incluíam os estrangeiros e que os pretos eram quantitativamente inferiores aos brancos na cidade do Rio de Janeiro²¹⁽⁶⁾.

O médico constatava uma presença percentual maior de pretos e pardos internados, em comparação aos brancos, quando comparava com na população da cidade do Rio de Janeiro, embora não tenha feito um levantamento quantitativo rigoroso, comprovando uma falaciosa ideia de inferioridade e periculosidade.

Analisando o quadro [...] ele afirma, por exemplo, que a mania é mais rara nos negros do que a *lypemia* (melancolia delirante), argumentando ser a primeira 'uma manifestação dos cérebros de evolução normal' e, portanto, mais rara nos 'tipos da raça inferior', enquanto em relação à segunda 'temos observado ser própria dos cérebros menos inteligentes'. Afirma ainda que a imbecilidade não seria muito frequente nos pacientes negros, mas apressa-se a esclarecer estar se referindo às manifestações

mórbidas, uma vez que: 'As raias da imbecilidade atingem, em geral, todos os pretos'²¹⁽⁶⁾.

Com esses e outros argumentos, o psiquiatra conclui sua tese justificando não apenas as internações da população negra em manicômios, mas a suposta inferioridade dessa população, o que abonaria determinados tipos de relações sociais e de trabalho hierarquizadas racialmente, tornando-se um modo de controle social.

Nas primeiras décadas do século XX, ainda na região Sudeste, porém, na cidade de São Paulo, outro famoso médico psiquiatra praticava a manicomialização com princípios eugenistas, dessa vez, com crianças, sendo possível identificar que

o Juquery, nesse momento, servia de palco de uma psiquiatria experimental que buscava solucionar as dificuldades enfrentadas pelo crescimento da cidade de São Paulo²⁰⁽⁸⁶⁾.

Em nome e em busca do 'mito da raça paulistana', aperfeiçoado por uma ideologia de heróis bandeirantes, políticas eugenistas foram implementadas, buscando a normalização, a disciplina e o branqueamento. O médico psiquiatra Pacheco e Silva foi um dos grandes protagonistas desse processo, como mostram as autoras Serra e Scarcelli²⁰:

O argumento central em favor do tratamento de internação para os “menores anormais” era que a prevenção e as medidas educativas corretivas diminuiriam os gastos do Estado com a construção de novos presídios. E Pacheco e Silva tinha convicção dessa proposta, já que estimava que metade dos presidiários apresentavam anomalias neuropsíquicas que poderiam ter sido evitadas pela assistência precoce e o tratamento adequado²⁰⁽⁹³⁾.

Desse modo, o psiquiatra justificava a internação de crianças e indicava que isso deveria acontecer o mais cedo possível, assim, os riscos seriam menores para a sociedade. A internação das crianças em hospitais psiquiátricos, segundo o médico, permitiria a investigação da ‘personalidade delinquente’. Tratava-se de uma pesquisa que utilizaria a metodologia de ‘decomposição sintética da personalidade’, que comportaria a análise de fatores biográficos, genealógicos e sociológicos, que iriam compor essa ‘personalidade’, ‘deformando’ o indivíduo com o passar dos anos²⁰.

Pacheco e Silva, embora fosse jovem, era um influente médico, com importante entrada no cenário político da época. Suas apostas clínicas recebiam financiamento, o que permitiu a construção da Escola Pacheco e Silva, dentro do Hospital do Juquery, em 1929, para estudar os ‘menores anormais’ e ‘abandonados’, buscando a prevenção e a cura da delinquência²⁰.

Mais uma vez, a psiquiatria foi aplicada em busca de padrões normativos, propondo a ‘delinquência’ como

consequência das patologias específicas de cada menor, e o crime seria compreendido pelas disfunções ‘anormais’ do corpo, fosse por herança biológica, fosse pelas condições de vida, e não como reflexo de estruturas econômicas, sociais e políticas²⁰⁽⁹³⁾.

Percebemos que o aumento do contingente populacional nas cidades paulistas pressupunha, aos psiquiatras da LPHM [Liga Paulista de Higiene Mental], novas formas de ‘ordenar’ e

‘controlar’ a vida. Nesse sentido, amparados pelo caráter científico da higiene mental e da eugenia, ações profiláticas, preventivas e restritivas foram utilizadas de diversas formas com o intuito de ‘aperfeiçoar’ a genética populacional. Vimos como a ideia de uma raça ‘pura’, tão utilizada em países europeus, precisou ser revista e adaptada às condições brasileiras. Se somos um país de miscigenados, essa característica não poderia fadar o fracasso brasileiro. Para evitar o descontentamento dos ideais de uma raça superior, a mistura racial foi bem aceita e encarada com certo otimismo. Para os psiquiatras da LPHM, se houvesse a miscigenação, em algumas décadas, haveria o embranquecimento populacional²⁰⁽⁹⁴⁾.

É necessário frisar que esse processo eugênista com foco na infância ocorreu em razão da incumbência de médicos psiquiatras cumprirem um projeto de excelência racial para o Estado²⁰, no qual negros(as) não iriam fazer parte do ‘mito da raça paulistana’.

Outro período a ser abordado é o das décadas de 1960 a 1980, marcado pela vigência do regime de ditadura militar no Brasil. As informações referentes ao quantitativo de negros(as) em manicômios nesses anos são praticamente inexistentes ou pouco confiáveis. Por exemplo, no censo de 1970, a pergunta sobre raça/cor foi suprimida, sendo que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi impedido de coletar dados que levassem em consideração raça/cor como marcador social da diferença²².

A herança manicomial racista dos anos antecedentes somada às difíceis condições vigentes no Brasil, impostas pela ditadura militar desde 1964, fizeram com que a população negra compusesse maioria nos hospitais psiquiátricos. Sem os dados estatísticos da época, optamos por não desenvolver análises sobre esse período, todavia, sugerimos que os registros fotográficos do período podem sustentar a afirmação de que a manicomialização teve/tem cor no Brasil do regime militar. Daniela Arbex²³, em seu livro ‘Holocausto brasileiro’,

publicado em 2013, apresenta uma gama de imagens que permite essa compreensão.

Brum²⁴, ao prefaciar o livro de Arbex, aponta que, entre os internos, “cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder”, lógica manicomial que não foi (totalmente) abandonada com a virada do século, conforme veremos nos próximos parágrafos.

Por fim, chega-se aos anos 2000, mais especificamente, a partir de 30 de novembro de 2007, data adotada como linha-base para Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo¹⁰.

O censo citado “identificou que 6.349 pessoas moram em 56 dos 58 hospitais psiquiátricos existentes no estado”¹⁰. Quando os autores analisaram os números,

constataram que, enquanto 27,4% da população do estado de São Paulo se autodeclara preta e parda, entre os moradores dos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, esse percentual é de 38,36%^{11(1.237)}.

Barros et al.¹¹ consideram que os números apontados pelo censo permitem constatar uma presença maior de moradores(as) negros(as) em hospitais psiquiátricos do que quando comparado com a população geral no estado de São Paulo. Os autores sugerem que é importante pensar sobre o

impacto dos processos ininterruptos de preconceito, exclusão, abandono e apartamento social na saúde mental; sobre populações vulneráveis e saúde mental e/ou sobre os ‘efeitos psicossociais do racismo’¹¹⁽¹²³⁹⁾.

A pesquisa não se limitou ao número de moradores nos hospitais psiquiátricos; dessa forma, foram também analisados aspectos como a situação conjugal dos moradores internados e os dados de escolaridade. Em ambos os aspectos, a condição da população negra chama a atenção:

o estado civil informado é predominantemente solteiro tanto para homens (média de 84,7% para pretos e pardos) quanto para mulheres (média de 74% para pretas e pardas) [...] na população total do censo, o percentual é de 82,1%¹¹⁽¹²⁴⁰⁾.

A lógica da organização das instituições totais é arquitetada para que não ocorram encontros, os pátios são separados, os horários de banho e sol são separados, a vida segue o ritmo institucional, os desejos ficam submetidos à censura dos vigias. Essa lógica, sustentada nos princípios eugênicos e profiláticos do final do século XIX e princípio do século XX no Brasil, silencia a expressão das formas particulares de existência¹¹⁽¹²⁴⁰⁾.

Segundo os autores, os dados sobre escolaridade são espantosos, chegando a somar 70% de “analfabetos”¹¹; destes, 9% sabem apenas escrever o próprio nome.

Essa realidade mostra-se mais perversa em relação aos pretos e pardos, pois esse extrato da população moradora totaliza 64,8% de analfabetos entre os seus 2.435 não cidadãos¹¹⁽¹²⁴¹⁾.

A barreira do analfabetismo aprofunda os mecanismos de exclusão social dessa população porque a impede de exercer o ato mínimo de sobrevivência, que é ler e compreender o mundo. Por meio da leitura e da escrita, é possível ampliar repertórios pessoais, ajuizar valores e eventos, participar da vida política e civil, organizar-se como cidadão de direitos. A escolaridade de mulheres e homens brancos distribui-se entre os diferentes níveis de escolaridade. Dentre os pretos e pardos, prevalecem os não alfabetizados. O analfabetismo expressa mais um dos direitos negados a essas pessoas, e aprofunda os mecanismos de exclusão social, dificultando sua participação na vida política e civil¹¹⁽¹²⁴¹⁾.

Quando são investigados os motivos de permanência nos hospitais psiquiátricos, o

estudo demonstra a ‘precariedade social’, aqui entendida como a inexistência de uma morada fora do hospital e/ou a impossibilidade de renda. Considera-se que cerca de 65,3% das pessoas estão internadas em hospitais psiquiátricos por causa da precariedade social somada ao transtorno mental ou às doenças clínicas, sendo que 8,2% das pessoas (totalizando 519) estão internadas exclusivamente pela precariedade social.

Essa realidade, quando analisada com o recorte raça/cor, deflagra diferentes contextos para brancos(as) e negros(as):

11,4% dos moradores pretos, 9,3% dos brancos e 8,0% dos homens pardos. Dentre as mulheres esse percentual é de 8,2% entre as pretas, 6,3% entre as brancas e 4,7% entre as moradoras declaradas pardas¹¹⁽¹²⁴¹⁾.

Ao compreendermos população negra como a somatória de pretos(as) e pardos(as), os dados apontam que, dos internados por ‘precariedade social’, 19,4% são homens negros, enquanto 9,3% são homens brancos; e, entre as mulheres, o dado não é diferente, pois 12,9% são mulheres negras, enquanto 6,3% são mulheres brancas. Em ambos os gêneros, o número de negros e negras internados por ‘precariedade social’ é mais do que o dobro quando comparado aos brancos e brancas.

A população negra sofre historicamente processos ininterruptos de abandono e apartamento social. O lugar por excelência do abandono e exclusão social é o manicômio, assim como outras instituições totais. Os dados consolidados comprovaram que à população negra cabe a injusta posição de prioritária no ranking da exclusão social nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo¹¹⁽¹²⁴⁰⁾.

Finalizamos este item com a compreensão de que a relação entre loucura e população negra exige que escutemos as vozes daqueles(as) que foram e estão sendo manicomializados, ou seja, os(as) negros(as). Para

estes(as), a escansão racial existente nos manicômios nunca passou despercebida, ‘em branco’, como não passou para Lima Barreto²⁵, nos seus relatos (autobiográficos), assim como nos livros *Diário do hospício* e *O cemitério dos vivos*, pois evidenciam a realidade racial dos hospitais psiquiátricos. Nas palavras dele:

Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e, contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento. É uma luz negra sobre as coisas, na posição de que, sob essa luz, o nosso olhar pudesse ver alguma coisa²⁵⁽²¹¹⁾.

Aquilombar a Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma exigência antimanicomial

A vinculação entre população negra e loucura é secular no Brasil. Porém, reconhecer os efeitos desse atrelamento, em seus distintos contextos sociais e políticos ao longo dos anos, ofereceu-nos elementos para produzir um *ethos* compromissado com o aquilombamento e com a necessária desconstrução do crioulo doido²⁶ e da negra maluca. Essa manicomialização teve, no decorrer do tempo, diferentes formas que vão do abono das crises socioeconômicas das primeiras décadas do regime republicano, em razão da abolição da escravatura, à famigerada busca antiabolicionista; à ‘arianização’; ao combate de vícios como o álcool e o tabaco; ao incentivo de ‘bons hábitos, atividade física e intelectual’; à política do branqueamento e às práticas de controle de imigração dos considerados ‘inaptos’; à proibição de casamento entre os ditos ‘anormais’; à esterilização dos ‘degenerados’, atualizando-se no genocídio da população pobre, preta e periférica; assim

como à guerra contra as drogas e ao combate em relação ao crack^{11,14,20,26-28}. Independentemente de sua forma e ação, o escopo central dessas práticas, ao longo dos anos, tem sido o controle social a partir da interseccionalidade raça/cor, classe social e gênero. Assim, consideramos que, no Brasil, não haverá Reforma Psiquiátrica plena enquanto a Luta Antimanicomial não compuser a luta antirracista interseccionada a essas outras lutas.

Se o racismo é estrutural, “decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo ‘normal’ com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social”²⁹⁽³⁸⁾, e, muitas vezes, institucionalizado, na medida em que expressa o “fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura e origem racial ou étnica”³⁰⁽²⁾; trata-se de traçar estratégias e propostas para que a dimensão racial ganhe centralidade no debate da saúde mental brasileira.

Estudo recente³¹ aponta que: “problematizar o manicômio e suas expressões, abordando as relações de raça, gênero e classe, é ultrapassar os próprios muros que compõem a formação social brasileira”³¹⁽¹⁴⁾, para isso, “racializar os corpos e a própria história faz parte dos novos rumos da Luta Antimanicomial”³¹⁽¹⁴⁾. Nessa esteira, anuímos à provocação de Santos:

levando em conta estarmos num mundo feito para os brancos, sob o signo do genocídio e o sentimento de ‘inexistência’, nossa decisão da produção da saúde mental do negro está só começando³²⁽²⁵⁷⁾.

Assim, surgem, recentemente, importantes trabalhos como os de Passos³¹; Oliveira, Duarte e Pitta³³ e David, Silva, Silva e Lucas³⁴.

De fato, se já temos, hoje, no campo das políticas de saúde, especialmente nos marcos legais (ou na dimensão jurídico-política), disposições para não “ignorar as relações raciais e o gravíssimo problema de saúde mental da maioria da população brasileira, que é o

preconceito racial”³²⁽²⁴⁴⁾, é fundamental ampliarmos os estudos e as ações de cuidado que abordem o preconceito racial e seu impacto na saúde mental da população brasileira³². Nessa direção, Santos³² afirma que o Estado não determina apenas quem deve morrer e quem deve viver, mas também “os que devem ter saúde mental, e os que podem viver atormentados em seu sofrimento produzido pelas condições sociais”²⁹⁽²⁴⁷⁾, e acrescenta que

é o Estado racista também que determina sob quais condições tratamos da saúde mental da população brasileira, que tipo de investimento, com quais psicologias e quais abordagens²⁹⁽²⁴⁷⁾.

Atentar-se aos saberes utilizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira ao longo dos anos de Luta Antimanicomial é olhar para o que subsidia e autoriza o fazer das equipes de saúde mental, em especial, na esfera da saúde pública³⁵. Adotar uma perspectiva decolonial na Reforma Psiquiátrica Brasileira irá ampliar e fortalecer o saber/fazer de saúde, utilizados no campo psicossocial da saúde mental, como sugere a campanha ‘O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra’³⁶, que objetiva a

inclusão de práticas culturais afro-brasileiras, [...] entre outras manifestações ancestrais e contemporâneas de artes negras, nos programas de promoção da saúde³⁶⁽²⁷⁾.

Abdias Nascimento³⁷ aponta o quilombismo como uma práxis de libertação da opressão e assunção da própria história pelo povo afro-brasileiro que se inspira no quilombo como um modelo de organização dinâmica, em exercício desde o século XV, enquanto formulação política de garantia de humanidade e comunidade em suas dimensões subjetivas e sócio-histórica.

Inspirados no autor, chamamos de aquilombamento uma direção ético-política antirracista que exige um alargamento de todas as bases vigentes na reforma psiquiátrica,

especialmente quanto às relações entre saúde mental e racismo, e um agir em saúde que contribua para a promoção da equidade racial e para a desinstitucionalização do racismo. Essa atitude ético-política exige análise crítica permanente dos efeitos do racismo nos processos de trabalho nos serviços de saúde/saúde mental e um radical projeto de atenção aos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial.

Nesse projeto, é necessário escapar da cilada eurocêntrica que baliza (de modo patriarcal) nossa Reforma Psiquiátrica, tomando como principais (ou únicos) referenciais os modelos italianos e franceses de desinstitucionalização, e incorporar as experiências e saberes afro-ameríndios, a exemplo do que ocorre na Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro), que compõe o SUS em uma perspectiva de saber-fazer afrodiaspórica. Trata-se de (re)tomar criticamente as epistemologias e práticas utilizadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, abrindo espaço para outros modos de saber, pensar e cuidar, considerando a singularidade de cada usuário/sujeito atendido em seus distintos territórios, respeitando os direitos humanos, garantindo direitos sociais,

atendendo ao princípio de equidade racial tanto nas condições de vida da população quanto no impacto no perfil de saúde, e, acima de tudo, levando em conta o papel do racismo na história do País, que ganha maior evidência no atual momento político-social.

Esse é um projeto mais urgente no atual momento na medida em que “nos últimos tempos, temos assistido ao avanço de forças conservadoras – força política ancorada no fundamentalismo conservador e ultraliberal na economia”³⁸⁽³⁻⁴⁾, exigindo a organização de gestores(as), trabalhadores(as) e sociedade civil na luta pela sustentação e ampliação de recursos para as políticas públicas sociais e na garantia dos direitos sociais, atentando para iniquidades raciais.

Colaboradores

David EC (0000-0002-2571-3133)* contribuiu para a revisão de literatura e para a elaboração do manuscrito. Vicentin MCG (0000-0003-1718-6721)* contribuiu para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Bauru. Manifesto de Bauru. In: II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental: por uma sociedade sem manicômios. [internet]. Bauru; 1987. [acesso em 2020 fev 17]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>.
2. Bauru. Carta de Bauru – 30 anos. In: Encontro de Bauru: 30 anos por uma sociedade sem manicômios. [internet] Bauru, SP. 8-9 dez 2017. [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>.
3. Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
4. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
5. Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 26 Dez 2011. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental: 1990-2002. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Uma política do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
9. David EC. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil [dissertação] [internet]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, PUC; 2018. 168 p. [acesso em 2019 nov 1]. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21029>.
10. Barros S, Bichaff R, organizadores. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. [internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2008. [acesso em 2015 nov 1]. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo_psicossocialSP.pdf.
11. Barros S, Batista LE, Dellosi ME, et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. Saúde Soc. 2014 [acesso em 2020 out 14]; 23(4):1235-1247. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401235.
12. Souza NS. Tornar-se negro, ou, as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
13. Schwarcz LM. Racismo no Brasil. São Paulo: Publifolha; 2001.
14. Schwarcz LM. O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.
15. Deus ZA. A questão racial no Brasil. [internet] Laboratório de Políticas Públicas/UERJ – Observatório Latino-Americano de Políticas Educacionais. Programa Políticas da Cor na Educação Brasileira; 2000. [acesso em 2018 maio 27]. Disponível em: <http://www.lppuerj.net/olped/documentos/ppcor/0090.pdf>.
16. Carone I, Bento MAS, organizadores. Psicologia social do racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores. [internet] 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. [acesso em 2019 jan 27]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>.
18. Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
19. Bento MAS. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Carone I, Bento MAS, organizadores. Psicologia social do racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
20. Serra LN, Scarcelli IR. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 26]; 17(1):85-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n1/v17n1a07.pdf>.
21. Engel MG. As fronteiras da 'anormalidade': psiquiatria e controle social. Hist. cienc. Saúde-Manguinho [internet]. 1999 [acesso em 2019 jan 17]; 5(3):547-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100001.
22. Memórias da Ditadura. CNV e negros. [internet] [São Paulo]. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: <http://memoriasdaditadura.org.br/cnv-e-negros/>.
23. Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
24. Brum E. Os loucos somos nós. (Prefácio). In: Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013. p. 13-17.
25. Barreto L. O cemitério dos vivos. São Paulo: Cosac Naify; 2010.
26. Nascimento EL. O sortilégio da cor: identidade raça e gênero no Brasil. São Paulo: Summus; 2003.
27. Hart C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
28. Small D. A guerra às drogas facilita a criminalização de pobres e negros. [internet]. 2016. [acesso em 2017 fev 21]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/deborah-small-guerra-as-drogas-facilita-criminalizacao-de-pobres-e-negros/>.
29. Almeida SL. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
30. Department for International Development DFID. Combate ao racismo institucional. Brasília, DF: CRI; 2007.
31. Passos RG. "Holocausto ou Navio Negroiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Argum. [internet], 2018 [acesso em 2020 jul 22]; 10(3):10-22. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>.
32. Santos AO. Saúde Mental da população negra: Uma perspectiva não institucional. Revista da ABPN [internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 18]; 10(24):241-259. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/>.
33. Oliveira IM, Duarte MJO, Pitta AMF. Racismo, sofrimento e saúde mental: um debate necessário. In: Oliveira W, Pitta A, Amarante P, organizadores. Direitos humanos & saúde mental. São Paulo: Hucitec; 2017.
34. David ECD, Silva JA, Silva VP, et al. Racismo, branquitude e prática antirracista: questões iniciais para a atenção psicossocial. In: Núcleo de Relações Raciais: percursos, histórias e movimentos [internet]. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul; 2019. [acesso em 2020 jul 22]. Disponível em: https://www.crprs.org.br/conteudo/publicacoes/ebook_NRR_final.pdf.
35. Amarante P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental [internet] jan.-abr. 2009 [acesso em 2019 jul 12]; 1(1). Disponível em: <http://>

stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107.

36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra (Material da campanha). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.

37. Nascimento A. O quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista. 3. ed. rev. São Paulo: Perspectiva; Rio de Janeiro: Ipeafro; 2017.

38. Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [internet] 2017 [acesso em 2019 ago 22]; 33(supl1). Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00090516.pdf>.

Recebido em 02/03/2020

Aprovado em 10/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa de mestrado base deste artigo foi financiada com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira

Care for crisis in contemporaneity: challenges in the Brazilian Psychiatric Reform

Volnei Antonio Dassoler¹, Analice de Lima Palombini¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E323

RESUMO Neste ensaio, são abordados os modos de viver e de acolher a experiência de crise no âmbito da saúde mental brasileira, considerando que esse acontecimento se impõe como um dos desafios estratégicos da fase atual da atenção psicossocial. Essa demanda heterogênea evidencia os efeitos coletivos e individuais decorrentes das transformações da vida contemporânea no mundo ocidental, cenário que, no contexto brasileiro, envolve, com frequência, crescentes situações associadas a rupturas e violências. Além disso, o acolhimento à crise e a clínica da urgência ainda se apresentam fortemente marcados pelo discurso psiquiátrico, que mantém legitimidade exclusiva nesse âmbito ao fornecer uma interpretação para a crise como evidência de uma psicopatologia. Em contrapartida, propõe-se uma noção de crise referida a um momento específico da existência, o qual condensa e atualiza uma série de afetos e impasses próprios à heterogeneidade que faz parte da vida. Nesse sentido, recupera-se a dimensão simbólica que intervém nesse acontecimento, privilegiando-a como recurso de subjetivação e tratamento para as modalidades de cuidado que se contrapõem à lógica discursiva psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE Atenção psicossocial. Intervenção na crise. Acolhimento. Saúde mental.

ABSTRACT *In this essay, we address the ways of approaching and embracing the experience of crisis within the scope of Brazilian mental health, considering that this event is one of the strategic challenges to the current phase of psychosocial care. This heterogeneous demand stems from the suffering produced by the collective and individual effects due to the changes of contemporary life in the Western world, considering that the Brazilian scenario increasingly involves situations associated with ruptures and violence. Due to such characteristics, the embracement of crisis and urgent clinical assistance are still strongly marked by the psychiatric discourse, which is acknowledged and demanded as having exclusive legitimacy in such scenario, interpreting crisis as an evidence of psychopathology. We, however, propose a notion of crisis that refers to a specific moment in existence and that condenses and updates a series of affections and impasses related to the heterogeneity of factors that are part of life. In this sense, we regain the symbolic dimension that intervenes in that event and privilege it as a resource for accessing the subject and the different modalities of care that oppose the psychiatric discursive logic.*

KEYWORDS *Psychosocial care. Crisis intervention. User embracement. Mental health.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. dassoler@terra.com.br

Introdução

Dentre os vários desafios que concernem ao curso atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), os modos de cuidado diante da experiência subjetiva de crise e o seu correlato clínico de urgência se sobressaem. A necessidade de um marco legal e político que respaldasse um modelo substitutivo à lógica manicomial, comprometido com a crítica às capturas discursivas e ao mecanismo de exclusão a que a loucura esteve submetida desde a modernidade, fez com que o interesse inicial do movimento se dirigisse, prioritariamente, aos usuários com transtornos mentais graves e com histórico de longos períodos de internação em instituições asilares e excludentes.

Hoje em dia, apesar de alguns retrocessos, não restam dúvidas quanto às conquistas alcançadas nesse processo de transformação que veio com a substituição do modelo manicomial para o modelo de atenção psicossocial, formalizado pela Lei nº 10.216/2001¹. Orientada pelo cuidado em liberdade, pela garantia dos direitos humanos e civis, pela afirmação da participação do usuário em seu projeto terapêutico e pela implosão da noção da loucura como expressão de doença mental, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por meio de um conjunto de dispositivos espalhados pelo País, em especial, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Esse processo, de características multifacetadas, teve inspiração no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), desenhando diretrizes e princípios para a nascente atenção psicossocial, com serviços organizados em rede, de caráter territorial e interdisciplinar. Como é sabido, no cenário dinâmico das políticas públicas, os impasses se renovam, deslocam-se e introduzem novos desafios. Assim, em um primeiro momento, a reforma esteve comprometida com a problematização da visão dominante sobre a loucura e com o estabelecimento de um acordo político e jurídico que intervisse objetivamente na formulação dos

modos de tratamento. Em suma, o objetivo da reforma não se restringia unicamente à reorganização dos fluxos e dos serviços, mas visava, radicalmente, interrogar o domínio do pensamento psiquiátrico e as consequências subjetivas e culturais dessa forma de compreensão da loucura. Com efeito, os esforços iniciais foram direcionados à população com transtornos graves que estava submetida ao domínio da lógica psiquiátrica que lhe atribuía características de periculosidade, incapacidade civil e inevitável exclusão social.

Na sequência, o movimento reformista se ocupou com as questões do campo problemático das drogas, que emergiram fortemente no final dos anos 1990 no Brasil. Atento às diretrizes psicossociais, implementaram-se novos arranjos organizacionais, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD), e estratégias de cuidado ampliado, como redução de danos e consultório na rua, que permitiram o protagonismo do usuário – mesmo em situação de vulnerabilidade – no seu projeto terapêutico. Outra demanda que recebeu atenção por parte das políticas públicas envolveu os transtornos graves no desenvolvimento da infância e adolescência. Nesse caso, reconheceu-se que o segmento apresenta especificidades que não são contempladas na mesma medida da referência ao universo adulto. Essa variação exige, por parte das equipes, um intenso trabalho intersetorial, sendo uma das justificativas para a proposição de um modelo assistencial dirigido a esta população: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi).

Como se pode concluir, a atenção psicossocial é um terreno dinâmico, atravessado pela atualidade e permeável às influências advindas do campo social e político, em um jogo permanente de forças e tensões. De fato, entendemos que o acolhimento à crise é um tema que, até recentemente, teve sua importância secundarizada no conjunto das ações do novo modelo de cuidado. Atualmente, o

tema emerge como pauta urgente requisitando especificação, investimento e delimitação quanto à responsabilidade de cada componente da rede de atenção em relação ao acolhimento à crise para usuários com transtornos graves e para aqueles que atravessam alguma experiência aguda de sofrimento psíquico sem um histórico pregresso de sofrimento psíquico.

A designação de pessoa com transtorno mental aparece referida na Lei nº 10.216, que trata da proteção e dos direitos desse indivíduo e do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Pouco tempo depois, a Portaria nº 336/2002², que estabelece os Caps e suas modalidades, já aparece incorporando os complementos 'grave/severo e persistente'. De maneira geral, essa designação específica um segmento de usuários cujas características e necessidades de maior complexidade irão requerer suporte psicossocial mais abrangente. Tal quadro está associado a duração dos problemas, intensidade do sofrimento, extensão das dificuldades e incapacidades nas relações interpessoais, nas competências sociais; e, por fim, inclui o diagnóstico psiquiátrico³.

Cotidianamente, o acolhimento do usuário em crise é uma prática que pode acontecer tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com possibilidade de encaminhamento às unidades especializadas, quanto, diretamente, nos serviços de urgência geral e/ou psiquiátricas localizados em instituições hospitalares. Em tese, esses dois planos de cuidado funcionam por meio da identificação e da tradução do sofrimento subjetivo em doença/transtorno, herdeiros da compreensão biomédica do sofrimento mental. Essa realidade favorece a inscrição do código psiquiátrico como campo de significação à crise, com ênfase, quase exclusiva, ao seu viés negativo. Nesse sentido, as abordagens tradicionais tendem a separá-la do conjunto da vida do sujeito, priorizando medidas clínicas de contenção medicamentosa, nova versão do poder psiquiátrico que compôs o processo histórico de constituição

da psiquiatria como ciência médica⁴. Nessa lógica, a retomada da palavra e o caráter terapêutico da produção narrativa são pouco valorizados, fato que decorre, entre outros motivos, pela redução da complexidade dessa vivência à nuança de perigo, perda de controle e evidência aguda de uma psicopatologia⁵. Essa face atualizada da psiquiatria avançou o novo século no País, penetrando o contexto da saúde mental. Assim, gradativamente, as práticas baseadas na palavra teriam perdido espaço e valor em favor da prescrição generalizada de medicação⁶. A popularização da psicofarmacologia é respaldada pelo seu efeito imediato e por ser, de alguma maneira, acessível à população, circunstâncias que resultam no descrédito dos dispositivos clínicos regidos pela escuta e pela palavra.

Com este ensaio, queremos ressaltar a presença cada vez mais constante nos serviços de saúde da atenção básica, de manifestações de crise associadas a fenômenos de violência, incluindo acontecimentos de potencialidade traumática, de natureza sexual e doméstica, de ideações e tentativas de suicídio, além da agudização de quadros depressivos e de ansiedade. Cabe ressaltar que parte significativa dessa população não apresenta histórico pregresso de acesso à rede por esse motivo. Além disso, quando necessário, encontra dificuldades de identificar, nos atuais equipamentos da Raps, a quais serviços deve e pode recorrer com a garantia de acolhimento. Esse cenário torna os temas da crise e da urgência relevantes na atualização das políticas públicas de saúde mental, pelo reconhecimento das dificuldades e dos mal-entendidos acerca da responsabilidade dos serviços e do manejo clínico que requerem. Nesse sentido, o ensaio problematiza o lugar que a crise e a urgência ocupam no ideário reformista e no cotidiano da Raps e o modo como as situamos em relação ao avanço do processo de medicalização da sociedade com o consequente esvaziamento do registro simbólico como recurso de tratamento.

Para tanto, em nosso ensaio, faremos um percurso teórico-clínico que inclui uma análise crítica acerca das especificidades da experiência aguda do sofrimento psíquico no campo da atenção psicossocial, com base em conceitos oriundos da psicanálise freudo-lacanianana. A apresentação de vinhetas clínicas aparece, no texto, como um elemento adicional de respaldo a nossa argumentação que nos ajuda a introduzir e sugerir alguns princípios básicos pertinentes à intervenção à crise.

O esvaziamento e a precarização do registro simbólico na contemporaneidade e suas consequências na saúde mental

Segundo o dicionário eletrônico Houaiss⁷, o substantivo crise deriva do latim *crisis*, que sugere algo relativo a um momento de decisão e de mudança, e do grego *Krisi*, que atribui sentido para uma ação ou para a faculdade de distinguir, decidir, separar e julgar. Por extensão, conclui-se que o conceito de crise comporta, paradoxalmente, a qualidade de risco e perigo e, simultaneamente, faz referência a uma oportunidade que se coloca ao sujeito, com potência de transformação. De modo geral, no entanto, a dimensão do sofrimento e de risco se sobrepõe pela intensidade de angústia que a acompanha. O aspecto de transformação que lhe é vinculado nem sempre consegue ser reconhecido e, quando isso ocorre, costuma ser em um momento posterior à experiência aguda, como parte de um novo processo que desvela e decompõe as diversas dimensões da subjetividade que participaram da sua emergência

A disseminação da palavra crise, a partir do final do século XX e início do XXI, testemunha uma difusão sem precedentes do seu uso na história humana, aparecendo associada a contextos diversos como saúde,

política, economia, ecologia, religião. Em um panorama mais amplo, não restam dúvidas de que vivemos um período histórico e social que descreve mutações de toda ordem em torno de paradigmas centrais do nosso tempo, submetendo a perspectiva subjetiva ao exame das circunstâncias históricas. O significativo ‘crise’ ganha centralidade nas narrativas que se produzem no atual estágio da modernidade – temporalidade histórico-social afetada pelas consequências do processo de globalização, como a introdução maciça de novas tecnologias de informação e de comunicação, a transformação das relações de trabalho e de convívio e a ascensão do discurso científico, e pela constatação de que vivemos em um ambiente novo, sem precedentes para as atividades da vida individual, o qual pode ser caracterizado como um ‘viveiro de incertezas’⁸. Com efeito, os laços inter-humanos – que teciam uma rede de proteção e segurança para a qual era digno o investimento de tempo e esforço – transformaram-se em modos frágeis e temporários de cuidado em um ambiente de incertezas no espaço social. A vida se converteu, fundamentalmente, em um projeto individual orientado por escolhas cada vez mais distantes do interesse em participar e interferir na vida pública.

Por óbvio, sempre houve situações de crises subjetivas que emergem na dialética de continuidades e descontinuidades com o laço social. A civilização repousa, sob certa medida, na supressão de um tanto de pulsão e na renúncia de uma parcela do sentimento de onipotência e das inclinações agressivas^{9,10}. Nessa hipótese, o sujeito não se constitui como entidade autônoma nem porta essência, afetado pela incidência do inconsciente e da linguagem que o institui como dividido. Efeito disso, tampouco é um sujeito a-histórico, retirado da natureza, marcado que é pelo pertencimento a uma ordem social e cultural.

Essa equação marca os fundamentos do pensamento e da prática analítica: perde-se um tanto de liberdade para obter um lugar de pertencimento e de proteção social, processo

que resulta no mal-estar como ‘invariante histórico’ e ‘elemento estrutural’¹¹ que, constitutivo do humano, na condição de ser falante, ‘se inscreve sempre no campo da subjetividade’¹². A irredutibilidade dessa condição não significa que se vive uma espécie de crise permanente. Contudo, em alguns momentos e por incontáveis circunstâncias, o sujeito se percebe despojado do enquadre imaginário que lhe dá um contorno de estabilidade à existência, efeito da precarização dos recursos simbólicos que sustentam a dimensão ficcional da vida, entendida como realidade psíquica. Acontecimentos com efeito disruptivo, como a exposição à violência ou o desencontro amoroso, podem ser suficientes para que a crise se apresente ao sujeito.

No atual campo da saúde, o mal-estar tende a ser capturado, privilegiadamente, a partir do referencial médico e de todas as disciplinas que gravitam em torno do discurso da ciência. Amparado na leitura extensa que Foucault faz do tema da medicina e de seus efeitos civilizatórios, Birman¹³ entende que não existe possibilidade de pensar a modernidade sem a inclusão dessa categoria como marca constitutiva. Nessa nova ordem social, cria-se uma sociedade normativa que fará da medicina uma espécie de modelo antropológico cujo saber opera como fonte de regularização e normalização da vida. A migração do pensamento médico para a saúde mental o tornou dominante nas formações das ciências humanas e da saúde, determinando ativamente concepções e orientando intervenções e procedimentos técnicos. Uma das consequências dessa conjuntura é a desvalorização das práticas de cunho simbólico que se colocam em operação a partir da fala, como a psicanálise. Essa posição desautoriza o sujeito a buscar em sua história de vida os apoios e balizamentos necessários à travessia da existência, mesmo em situações de crise. Para fazer frente a isso, somos instigados a encontrar brechas que restabeleçam viabilidade e dignidade às modalidades de cuidado pertinentes ao campo psicossocial, amparadas no capital simbólico de que a psicanálise é tributária.

O cuidado à crise e à urgência no projeto brasileiro da atenção psicossocial

De acordo com a Resolução nº 1.451/95, o Conselho Federal de Medicina definiu como Urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde, de causa diversa, ocorrida em qualquer local e motivada por qualquer circunstância, cujo portador requer assistência médica imediata com vistas a reduzir eventual risco potencial de morte. A Emergência, por sua vez, seria a constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato pela constatação da gravidade do quadro em observação¹⁴. Sem avançar em maiores tipificações, ambas têm em comum a pressa no cumprimento de protocolos e de procedimentos.

Nessa conjuntura, a emergência, desde o ponto de vista psiquiátrico, caracterizar-se-ia como a manifestação de um distúrbio de pensamento, emoção ou comportamento, a partir da qual o atendimento médico se faz necessário para reduzir maiores comprometimentos à saúde psíquica, física e social e eliminar possíveis riscos à vida da pessoa ou à de terceiros¹⁵. Com efeito, esse diagnóstico compreende a alteração psicológica aguda (pânico, crise de angústia, depressão) e possível quadro de desorganização comportamental (surto psicótico) que põem em risco eventual o paciente e seu entorno¹⁶. Essa contextualização tipifica o conjunto de ocorrências envolvendo pessoas com histórico de transtorno psiquiátrico grave e contínuo e, também, aquelas em episódio agudo sem sofrimento persistente.

A partir desse cenário, como podemos caracterizar a passagem da noção de crise e de urgência médica para sua especificação no âmbito da atenção psicossocial levando em conta seus princípios, a complexidade desse fenômeno e a construção de práticas articuladas com as possibilidades do dia a dia dos

profissionais, dos recursos e dos serviços de saúde? A abordagem preconizada pela clínica médica encontra limitações ao ser confrontada pela afirmação da subjetividade como interface imprescindível da saúde mental¹⁷. Dessa forma, quando reconhecida, a noção de subjetividade redimensiona tanto a concepção e o diagnóstico de crise quanto o objetivo e a direção clínica a serem estabelecidos.

Em um primeiro tempo, a abordagem inicial à crise, seja no domínio médico, seja no campo ampliado da saúde mental, congrega uma perspectiva terapêutica comum: a necessidade de uma ação imediata, motivada pela constatação de sofrimento agudo que excede às condições psíquicas e sociais que o sujeito tem à sua disposição. É preciso intervir, sem demora. Entretanto, em um segundo tempo, parte desse mesmo acolhimento, impõe-se uma diferença crucial no manejo do tempo enquanto estratégia clínica. Nesse momento, as intervenções se colocam em direções opostas. Se, para o campo médico e psiquiátrico, a pressa é um índice que orienta as avaliações e as decisões, na saúde mental, o alargamento do tempo surge como premissa clínica fundamental de tratamento. Nesse último caso, a pausa se oferece como diretriz necessária ao advento do sujeito e das condições de elaboração psíquica daquilo que está suposto como pano de fundo da crise.

Com efeito, nesse caso, a torção no manejo do tempo introduz uma pausa onde havia pressa, conduta que abre espaço à narrativa e à subjetividade. Fica claro que a pausa, segundo tempo do acolhimento, configura-se como manobra terapêutica por meio da introdução da palavra e com o propósito de recuperar e revalidar a eficácia do repertório simbólico¹⁸.

É neste ponto que a discussão sobre a eficácia simbólica entra em cena, tensionando o domínio das categorias diagnósticas psicopatológicas e o recurso psicofarmacológico como elementos organizadores de um saber que se pretende hegemônico na interpretação e no tratamento do sofrimento psíquico. Isso significa reconhecer que a insígnia diagnóstica, que advém do campo psiquiátrico legitimado

pelo discurso da ciência, não pode ser a única representante nas formas de acolher e tratar nesse âmbito.

A problematização sobre os modos de abordagem à crise é imprescindível no atual estágio da RPB, para que ela não se resuma à mera conversão psicopatológica, conduta que desimplicaria os demais profissionais/atores quanto à competência e à responsabilidade de sustentar práticas ampliadas e condizentes com as diretrizes da atenção psicossocial – nesse contexto, a própria equipe é afetada em seus paradigmas, princípios e intervenções¹⁹. Assim, tão importante quanto um trabalho com o sujeito, é o trabalho com a equipe, visando à problematização ética e clínica dos discursos hegemônicos e à incorporação de novos campos de conhecimento e de práticas a partir dos recursos de que o serviço dispõe.

Em termos gerais, até recentemente, o debate sobre as particularidades da intervenção na crise não era expressivo na saúde mental e, quando ocorria, fazia-se em torno dos quadros considerados graves. Apesar do nível crescente de interesse suscitado muitas vezes pelos casos manifestos de crise, é surpreendente não encontrar muitos estudos e pesquisas em relação ao que chamamos de clínica da urgência²⁰. Paradoxalmente, o atendimento à crise é considerado nevrálgico para a sustentação do processo reformista, na medida em que haveria dificuldades em sustentar avanços sem se ocupar da garantia desse cuidado nos diferentes pontos da rede, de acordo com a avaliação da gravidade da situação²¹. Admite-se que os setores responsáveis pelo atendimento à crise continuam sendo os menos permeáveis às transformações realizadas nas políticas públicas de saúde mental desde a década de 1980. Nesse sentido, o seu funcionamento conserva o modelo operacional padronizado dos tradicionais Serviços de Emergências Psiquiátricas (SEP), cujo enquadre opera pela exclusão da condição de responsabilidade do sujeito, caracterizando-se por serem essencialmente especializados, hierarquizados e dissociados dos demais serviços em rede²².

Assim, a formulação de respostas à crise é uma condição para o prosseguimento das mudanças e da manutenção do ideário reformista²³. Respostas à crise funcionam como analisadores dos processos implementados pela Reforma, uma vez que as dificuldades enfrentadas por muitos serviços indicam a permanência dominante da referência psiquiátrica nessa seara. O tema da crise também foi destaque no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em Brasília no ano de 2010:

A consolidação da reforma psiquiátrica exige a priorização, por parte dos gestores dos níveis federal, estadual e municipal, da atenção à crise no âmbito da rede substitutiva em saúde mental, considerando sua importância fundamental na implementação de processo efetivo que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado²⁴⁽⁷⁴⁾.

Temos, portanto, o registro da atualidade política e clínica dessa discussão. Cabe a ressalva de que a preocupação acima referida faz alusão às situações de crise no contexto dos usuários de transtornos graves que, até a década de 1980, tinham nas emergências dos manicômios o principal acesso ao circuito tradicional de internação²⁵. Contudo, e uma vez mais, queremos reafirmar a existência de outra parcela da população que não corresponde à descrição acima, mas que se encontra propensa a vivenciar fenômenos agudos de sofrimento psíquico. Trata-se de um segmento que busca tratamento por força de algum acontecimento imprevisto ou, por outro lado, decorrente do agravamento de uma situação prévia que evoluiu para um nível insustentável.

O atendimento à crise sem relação com o contexto da loucura não é algo novo, no sentido de supor sua inexistência no passado. O que suscita interesse renovado diz respeito às proporções que essa demanda tem adquirido no cotidiano institucional da rede de saúde formal. Não seria demasiado dizer que os

usuários que buscam tratamento situam-se cada vez menos como doentes mentais e cada vez mais como pessoas em crise. Isso traria novos desafios para a saúde mental, tanto para a instituição psiquiátrica, que surgiu em torno da doença mental e não foi organizada em torno da crise, quanto, sugerimos nós, para os serviços que fazem parte da realidade psicossocial brasileira²⁶. Dito de outra forma, a esquizofrenia, a paranoia e a psicose seguem aparecendo, assim como as modalidades da neurose grave. Entretanto, cada vez mais a prática cotidiana aponta o incremento de uma demanda que se manifesta como insuportável ao sujeito comum e o impulsiona na busca de atendimento.

Da crise à urgência: apontamentos clínicos

A crise pode ser entendida como uma experiência de afetos, memórias, medos, angústias e anseios condensados em um determinado momento da existência, acompanhada de intenso sofrimento que ameaça a preservação das condições e das funções psíquicas. O termo é geralmente utilizado no campo da saúde mental para se referir a

[...] um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio e costumam ser determinantes das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental²⁷⁽⁹⁶⁾.

Em determinadas circunstâncias, o sujeito não consegue responder às demandas da vida com os próprios recursos psíquicos, com a rede de apoio e com o suporte das suas crenças e convicções. Nessa condição de fragilidade, a dimensão do sentido vacila e pode deixar de operar. Aos poucos, o sujeito se percebe em uma posição alheia àquilo que compõe sua existência, abrindo margem para o desejo de

romper com o laço social. Nesse ponto, a crise pode assumir a prerrogativa de urgência, pela possibilidade efetiva de ruptura com o laço social por meio de condutas de autoagressão (suicídio), de violência dirigida a outros, de isolamento social extremo por meio do abandono de atividades cotidianas como trabalho e estudo. Como consequência, produz-se uma interferência radical na relação com o campo social, exigindo²⁸ uma intervenção que não pode ser adiada por colocar em jogo os limites de significação e de elaboração. Tal circunstância pressiona o sujeito e traz a possibilidade de que a solução se faça pela via do ato, o que deixa evidente que a crise comporta um viés que convoca o laço social.

São casos associados à problemática suicida e ao contexto de trauma. Esses marcadores denotam o caráter de urgência que algumas situações podem alcançar, consequência do fato do sujeito deixar de contar “com um discurso que opere para entender e lidar com o sofrimento”²⁹⁽³⁶⁾. Defrontado com o limite do Outro da linguagem, enquanto função de escora para fazer laço social, o sujeito vai encontrar dificuldades de representar-se e de manter alguma liberdade diante da manifestação do Outro do gozo mortífero. Nesses casos, a crise é vivida como insuportável, evidenciada pela perda de sentido, efeito de um excesso pulsional que faz vacilar o sistema de representação ao ultrapassar as condições disponíveis daquilo que é possível ao sujeito significar³⁰.

No caso de sujeitos sem histórico de sofrimento grave, estas situações podem ser traduzidas como efeito da desestabilização das referências simbólicas e imaginárias que ofereciam alguma proteção de sentido. Em seu lugar, produzem-se a incerteza e a insegurança, consequências da precarização dos esquemas interpretativos prévios, o que leva a um tipo de demanda marcada pela temporalidade da urgência. Em contrapartida, é desde o próprio registro simbólico que devemos buscar as condições para intervir na crise e na urgência, posição discursiva que se faz a partir da inclusão e da mediação de

um semelhante, que pode ser assumido pelos profissionais da rede de saúde. Do ponto de vista clínico, esse caráter radical de alteridade assume uma função terapêutica ao oferecer e alternar as perspectivas de semelhança e de diferença como lugares ativos, vivos e compartilhados, que implicam e engajam o sujeito em seu sofrimento. Em outras palavras, esse outro, enquanto semelhante encarnado pelos profissionais da saúde, intervém pela mediação da linguagem, recuperando as possibilidades de significação e abrindo brechas para que outras formas de expressão possam emergir naquilo que é vivido como crise. Com efeito, a identificação e a atribuição do caráter de urgência a uma determinada experiência de sofrimento incluem fatores do próprio sujeito, do contexto em que ele vive e do serviço que é demandado. Dito de outra forma, o parâmetro que descreve a passagem da crise para a urgência não está dado nem objetivamente nem previamente, estando atrelado ao limite subjetivo, aos suportes sociais a que ele pode ter acesso e às noções de crise e de urgência com que cada serviço opera.

Essas situações-limite descrevem um estado de desamparo discursivo e caracterizam a chegada dos sujeitos ao acolhimento, vislumbrando, no serviço e na equipe, condições imaginárias e simbólicas possíveis para a retomada de um lugar de fala e de elaboração que pode recolocá-lo em outra relação com o que lhe produz urgência. Nessa linha de raciocínio, entende-se que a consulta de urgência em saúde mental é aquela que se realiza sem agendamento prévio, sendo qualificada como tal por quem procura o atendimento (usuário ou acompanhante), por considerar que o padecimento requer atenção imediata, vinculado ou não à concordância dos profissionais³¹. É a partir da chegada e do acolhimento que a dimensão clínica se abre, orientada pela ética de tratar o real pelo simbólico. Contudo, nem sempre essa é uma tarefa fácil de cumprir, seja porque o sujeito está premido pela angústia a ponto de não conseguir formular com clareza uma

demanda, seja porque recusa o atendimento. Assim, para produzir pausa por meio da mediação simbólica, será necessário introduzir, deslocar e intervir no ritmo da urgência.

As possibilidades de cuidado à crise supõem que a dimensão de escuta tenha estatuto de ato, quer dizer, seja uma intervenção que coloque a borda onde havia desamparo e ofereça uma localização ao sujeito que lhe possibilite formalizar algum tipo de elaboração sobre seu sofrimento onde antes havia uma suspensão temporária das condições de subjetivação. Se a urgência se caracteriza quando o tempo falta, é desde aí que o simbólico se apresenta como pausa, recurso terapêutico estratégico visando à apropriação da angústia e sua transformação em sintoma pela produção narrativa de contornos simbólicos ao real.

Atualidade e especificidade da atenção à crise na atenção psicossocial

Em geral, o campo da saúde não costuma ser a primeira escolha de um sujeito em sofrimento psíquico, mesmo em uma condição de crise. Normalmente, as pessoas transitam por vias que lhes são culturalmente familiares e facilmente acessíveis, ainda que antagônicas em suas éticas. É durante esse itinerário que os equipamentos de saúde podem ser acionados pelo usuário, sem que ele mantenha uma hierarquia rígida e definitiva entre as estratégias. Para o sujeito em sofrimento, não há contradição no fato de seu tratamento em saúde mental ser composto, simultaneamente, por intervenções de várias abordagens, desde aquelas com estatuto científico até as associadas a práticas leigas.

A aproximação entre crise e urgência é um desdobramento que ocorre regularmente, na medida em que a identificação de risco é comum e determinante para a passagem de uma para outra. Essa compreensão não é unânime no contexto brasileiro, campo pleno

de contradições. Delineiam-se disputas técnicas e políticas que também se evidenciam na diversidade de concepções e modos de acolher à crise nos diferentes pontos da Raps, como UBS, Caps, Estratégias Saúde da Família (ESF), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

Coerente com esse direcionamento, podemos perguntar: por que parece que, para muitas equipes da atenção básica, a demanda de cuidado à crise é necessariamente mais bem atendida em um ambiente hospitalar e quais são os motivos e critérios determinantes para que o encaminhamento seja feito a um serviço especializado ou ao psiquiatra? O limite operacional do serviço e dos profissionais? A inexistência de recursos apropriados como medicação? A necessidade de uma escuta especializada? A constatação de risco e de perigo associados à demanda? Uma necessidade de tempo que não se encontra disponível, sem o qual o acolhimento não se sustenta?

Essas perguntas são fundamentais e precisam ser recolocadas às equipes multiprofissionais, seja no âmbito especializado, seja na atenção primária. É provável que, hoje, muitas das condutas estabelecidas encontrem-se naturalizadas de tal maneira que o atendimento inicial se resume a um encontro protocolar, desconsiderando – de forma premeditada ou não – a singularidade do sujeito e de sua história. O fato é que muito da hegemonia psiquiátrica que ainda resta na atenção psicossocial é concedida pelas equipes, incautas de outros modos de acolher à crise ou inseguras em introduzir e intervir a partir de um outro paradigma. Além disso, o caráter difuso que caracteriza estruturalmente essa demanda é, muitas vezes, interpretado de forma ambivalente, e o sofrimento pode ficar marcado, ou pelo descrédito, ou pela identificação à angústia e ao desamparo do usuário, com inevitável efeito iatrogênico. Particularmente, essa situação favorece a ampliação do discurso biomédico, em especial, por meio da prescrição de ansiolíticos e de antidepressivos, de tal maneira que a rede básica de saúde é um dos

principais responsáveis pelo aumento significativo de prescrições desses medicamentos em nosso país³².

Nesse cenário, identificamos um vácuo na Raps em relação a dispositivos clínico-institucionais capazes de contemplar um segmento populacional que pode, de forma contingente, atravessar uma situação de crise. Especificamente, com relação ao Caps, dispositivo central na política de saúde mental, embora o acolhimento à crise esteja previsto entre as suas funções terapêuticas, o cuidado é restrito aos usuários já vinculados ao serviço ou, se destinado a novos, alcança apenas aqueles que têm a descrição do sofrimento previsto em uma definição específica. Portanto, a necessária delimitação do público-alvo para cada modalidade de Caps inclui muitos, mas deixa de fora outros tantos. Este é o ponto para o qual gostaríamos de chamar a atenção: a existência de usuários que se encontram à deriva na Raps. São casos que não conseguem ser acolhidos nos Caps nem contemplados adequadamente na atenção básica.

A mãe de um jovem que havia morrido no incêndio na Boate Kiss foi levada por outro filho para o serviço de atenção psicossocial. Foi acolhida por uma profissional que avaliou a existência de um risco grave de suicídio. Preocupada, a psicóloga chamou a equipe para transmitir o recado da mulher de que não deveríamos nos sentir culpados pelo ato. Um novo colega se dispôs a conversar; e, quando chega à sala, ela se dirige a ele e diz que estava perdendo tempo, que seu ato já estava decidido, que não tinha nada para lhe falar, que já havia contado tudo para todo mundo: *“Mas você não contou para mim, eu gostaria de saber”*, interveio o profissional. Demonstrando surpresa, a mulher baixa o tom de voz e começa a contar sua história. Ao final, faz-se a combinação de um contato por telefone no dia seguinte. Ela não se opôs, e foi o que fizeram, por alguns dias, antes de finalizar o acompanhamento a pedido dela.

Uma jovem de 18 anos foi levada pelos pais ao pronto atendimento após uma tentativa de suicídio feita a partir de cortes nos pulsos.

Ela deixou mensagens à família e aos amigos, desculpando-se pela decisão que teria sido motivada pelo término inesperado de um relacionamento amoroso. Foi medicada e diagnosticada com transtorno depressivo grave sem sintomas psicóticos e recebeu atestado para afastar-se do trabalho por quatro meses e procurar terapia. Após isso, foi encaminhada a quatro serviços diferentes, nos quais realizou novas entrevistas, em que se pediu que contasse novamente o que havia ocorrido para, enfim, na última consulta, receber a informação de que deveria aguardar em uma lista de espera.

Um jovem foi levado pela família para consultar na UBS porque, após uma briga na escola, começou a dizer que iria se matar. Na entrevista de acolhimento, queixou-se de que depois do que houve não se sentia bem na turma, apesar de reconhecer que ele mesmo provocou a briga. Ainda assim, dizia que, se o pai não tivesse vendido a arma, se mataria. A profissional que escutou o jovem conversou com a família e fez algumas orientações. O jovem veio uma vez mais na mesma semana e disse que ainda estava chateado, mas que havia passado a ideia de morrer.

Após a descoberta de uma traição, uma mulher ameaçou o marido de que iria se matar. Assustado, este tentou levá-la para atendimento na UBS, mas a esposa se recusou a ir ou a procurar psiquiatra ou psicólogo, e seguiu com as ameaças. O marido procurou informações na internet sobre como lidar com esses casos e chegou à conclusão da importância de falar com ela sobre o assunto e não a deixar sozinha. Entre culpado e preocupado, estabeleceu uma vigilância quase sem interrupção e uma insistência em falar sobre suicídio, fato que incrementou ainda mais a tensão entre ambos. Angustiado, procurou o serviço de atenção psicossocial e expôs a situação. De certa forma, percebeu que aderiu demasiada e acriticamente ao protocolo. Retornou uma vez mais, dizendo que seguia preocupado, mas que entendeu que a situação é complicada e que irão precisar de tempo para resolver a situação.

Após o incêndio na Boate Kiss, em Santa

Maria, um dos jovens sobreviventes encerrou-se em seu quarto, no escuro, de onde só saía para pequenos afazeres, mantendo o mínimo de contato com alguns poucos amigos. Preocupados, estes sugeriram levá-lo para atendimento psiquiátrico e psicológico, sugestão que foi recusada. Diante disso, os colegas procuraram o serviço de acolhimento, criado para o cuidado às pessoas afetadas pelo incêndio, e, durante três semanas, foram acompanhados conjuntamente por dois profissionais, os quais se ocuparam com as angústias relativas ao amigo e também com aquelas que concerniam a cada um. Nenhum deles solicitou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Os fragmentos clínicos acima atestam uma vivência do sofrimento que deixa evidente a condição de desamparo subjetivo e discursivo que lança os sujeitos em um percurso errante. São momentos em que a fantasia, ou seja, a realidade psíquica parece ter sido suplantada pelo vazio ou pelo excesso – figurações da vivência do real, registro laciano para descrever a experiência de desamparo do sujeito quando lhe falta o sentido e ele se vê diminuído das condições de significação. Nesse sentido, o dispositivo de acolhimento visa “fazer passar o singular de cada urgência ao plano da fala”³³⁽¹⁰⁰⁾. Trata-se, desde o primeiro momento, de tomar o acolhimento em um horizonte clínico, quer dizer, atribuir-lhe estatuto clínico, operação cujos efeitos incidem sobre a experiência subjetiva da urgência com vistas à sua singularização.

Os casos descritos acima portam traços que os singularizam em sua expressão, na forma como foram vividos e, também, na maneira como estabeleceram as respostas e as saídas, tanto em termos do que o serviço de saúde poderia propor quanto aquilo que caberia ao próprio sujeito. Acolher o sujeito em crise e estabelecer diretrizes na atenção psicossocial significam afirmar, fundamentalmente, que o próprio acolhimento é um dispositivo que porta função clínica por meio da oferta de um vínculo transferencial particular. O fato é que receber um sujeito em crise é uma intervenção que não pode ser submetida ao cumprimento protocolar voltado ao

encaminhamento ou à avaliação psiquiátrica. Muitas vezes, orientadas pela pressa, as condutas precipitam conclusões que deixam de fora da hipótese diagnóstica e do projeto terapêutico elementos importantes da história do sujeito. Nesse sentido, o acolhimento tanto é o momento inicial, que pode ou não estabelecer confiança na rede de saúde criando vínculo, quanto é uma intervenção que produz, no seu próprio ato, efeitos terapêuticos importantes, em especial, nos casos de crise e urgência. Diante disso, condições subjetivas graves correm o risco de serem minimizadas, e situações menos complexas podem ser elevadas a graves e urgentes.

Uma premissa inicial nessa clínica passa por não responder à urgência do sujeito com a urgência do Outro, quer dizer, não intervir acuado pela demanda. Responder desde esse lugar favorece a instauração de condutas terapêuticas identificadas pela égide da massificação e da medicalização. A lógica desse acolhimento requer apostar em um tempo subjetivo que não se desencadeia se quem acolhe está apegado à sua própria angústia ou acomodado no lugar de sujeito suposto saber³⁴. Ciente da singularidade de cada caso, trata-se de criar condições institucionais propícias a uma abertura discursiva que retire o sujeito do instante da perplexidade (instante de ver) e o coloque em causa, abrindo um tempo (cronológico e lógico) de compreender que possibilite sua circulação pelas determinações e indeterminações que se articulam nessa experiência subjetiva.

Por fim, consideramos que o cuidado à crise e à urgência dentro dos pontos de atenção que compõem a Raps poderia se beneficiar com a apropriação de alguns parâmetros como balizadores desse trabalho clínico sem, com isso, desconsiderar as possibilidades do sujeito e dos próprios serviços:

1. No campo da atenção à crise, as intervenções solicitam um dispêndio de tempo e energia diferenciado em comparação com as demandas convencionais, exigindo das equipes uma maior flexibilidade na construção de respostas;

2. A crise é uma demanda que requer o acolhimento imediato, embora nem toda crise se qualifique como urgência;
3. A qualificação de urgência é uma prerrogativa que cabe, fundamentalmente, ao usuário e descreve uma experiência de caráter insuportável;
4. A pausa é um ato clínico que se introduz como estratégia clínica ante a temporalidade da pressa;
5. A pausa abre as condições para a fala, como aposta terapêutica no recurso simbólico com vista à retomada do fio narrativo;
6. A crise não equivale obrigatoriamente a um diagnóstico de transtorno, de forma que medicar pode ser uma parte do trabalho, mas não a sua síntese;
7. O acolhimento é um dispositivo eminentemente clínico e não se confunde com triagem nem é voltado a um encaminhamento;
8. Muitos usuários apresentam autonomia em relação à necessidade de circulação na rede de atenção. Para esses casos, os serviços devem se manter como referência para serem acessados por iniciativa do sujeito.

Considerações finais

O repertório simbólico e material concebido pela humanidade para fazer frente às fontes de sofrimento descritas acima testemunha aberturas possíveis à vida, a despeito das privações de toda ordem a que podemos estar submetidos. Em termos freudianos, se, por um lado, constata-se a impossibilidade radical de superação do estado de desamparo por meio de qualquer mecanismo, por outro, as construções culturais humanas surgem como soluções para tratar o mal-estar, mesmo que

não seja possível a sua superação em definitivo.

A problematização da experiência de crise e da clínica da urgência em saúde mental não é uma tarefa fácil de ser assumida, seja por interrogar a hegemonia da psiquiatria nesse campo, seja porque tal hegemonia se alimenta da retirada voluntária e precipitada dos profissionais de outras áreas que, assustados, consideram-se tecnicamente deficitários na comparação com a eficácia atribuída ao poder psiquiátrico e seus recursos, entre os quais, em especial, o efeito concreto da medicação.

A questão de propor outra ética clínica para o acolhimento à crise e à urgência no campo da saúde mental, distinta das coordenadas do domínio biomédico, presume ter à disposição outro código e outro recurso de intervenção clínica que sejam reconhecidos e compartilhados pela pluralidade de atores que compõem esse universo e nele circulam. Nesse sentido, o campo psicanalítico dispõe de um conjunto conceitual que pode contribuir para a composição e para a invenção de práticas de cuidado singulares, bem ao estilo clínico e político do projeto psicossocial brasileiro.

Segundo essa perspectiva, ao promover a escuta como recurso privilegiado na intervenção à crise, torna-se possível deslocar e problematizar a centralidade das práticas biomédicas perante os fenômenos subjetivos da atualização do desamparo. Não se trata de dispensar o saber biomédico ou suas modalidades clínicas que convivem com o cotidiano da atenção psicossocial e com ele colaboram, mas de recuperar e situar, no dia a dia dos serviços, a capacidade de elaboração simbólica da escuta e o contorno singular da ética que a sustenta.

Colaboradores

Dassoler VA (0000-0002-4581-7415)* e Palombini AL (0000-0002-8332-8292)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [internet]. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001 [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III [internet]. Diário Oficial da União. 9 Fev 2002 [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf.
3. Ribeiro JM. A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as políticas de saúde mental direcionadas para portadores de enfermidades mentais severas. Documento Técnico da ANS: RJ; 2003.
4. Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
5. Costa MS. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arq bras psicol.* 2007; 59(1):94-108.
6. Dunker C. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo; 2015.
7. Houaiss A. Villar MS Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
8. Bauman Z. Tempos líquidos. Rio de Janeiro: Zahar; 2007.
9. Freud S. Ed. Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna [1908]. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
10. Freud S. Ed. Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Mal-estar na cultura. [1908]. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
11. Voltolini R. O psicanalista e a pólis. *Estilos clínicos.* 2018; 23(1):47-61.
12. Birman J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
13. Birman J. Medicalização e sociedade: efeitos de cultura, efeitos de sujeito. In: Armando GG, Menezes LS, Vieira P, organizadoras. *Medicação ou Medicalização.* São Paulo: Primavera Editorial; 2014.
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95 de 10 de março de 1995. São Paulo: CFM. [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>.
15. Barros REM, Tung Teng C, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [internet]. 2010 [acesso em 2020 jul 27]; 32(supl2):S71-S77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>.
16. Sanchez E. Urgências psiquiátricas. [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/urgencia%20psiquiatrica.htm> 2001.
17. Rechtand M, Leal E. Notas sobre a emergência psiquiátrica. In: *Cadernos do IPUB.* Rio de Janeiro: IPUB-UFRJ, v. 7, n. 17, 2000. p. 92-100.
18. Campolongo D. Tiempos de la urgência em las instituciones In: Sotelo I, organizador. *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista.* Buenos Aires: JVE Editores; 2005.
19. Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. *Archi-*

- vos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau; 2004.
20. Diaz AG. Atenção à crise em saúde mental: clínica, planejamento e gestão. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.
21. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(12):4590-4592.
22. Maron G, organizador. Urgência sem emergência. 2. ed. Rio de Janeiro: Subversos; 2012.
23. Souza P. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: Nilo K, Morais MAB, Guimarães MBL, et al., organizadores. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2008. p. 111-127.
24. Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, DF; 2010.
25. Barros REM, Tung Teng C, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [internet]. 2010 [acesso em 2020 jul 27]; 32(supl2):S71-S77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>.
26. Alkimin WD, organizador Carlo Viganò: Novas Conferências. Belo Horizonte: Scriptum Livros; 2010.
27. Costa MS. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arq. bras. psicol.* 2007; 59(1):94-108.
28. Maron G. Urgência sem emergência. 2. ed. Rio de Janeiro: Subversos; 2012.
29. Maron G. Psicanálise e crise: urgência, sintoma e solução. In: Machado O, Grova T, organizadores. Psicanálise na favela. Projeto Digai-maré: a clínica dos grupos. Rio de Janeiro: Assoc. Digai-maré; 2008. p. 36-43.
30. Knobloch F. O tempo do traumático. São Paulo: EDUC; 1998.
31. Sotelo I. DATUS: Dispositivo analítico para tratamento de urgências subjetivas. Buenos Aires: Grama Ediciones; 2015.
32. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
33. Berta S. Localização da urgência subjetiva em psicanálise. *A peste.* 2015; 7(1):95-105.
34. Bassols M. Dispositivo analítico para tratamento de urgências subjetivas In: DATUS: Prólogo de DATUS. Buenos Aires: Grama Ediciones; 2015. [acesso em 2020 jul 14]. Disponível em: <https://www.gramaediciones.com.ar/productos/datus-dispositivo-analitico-para-el-tratamiento-de-urgencias-subjetivas-ines-sotelo/>.

Recebido em 28/02/2020

Aprovado em 21/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Os sentidos da cozinha de Centros de Atenção Psicossocial e a inserção do nutricionista no cuidado em saúde mental

The senses of the kitchen of Psychosocial Care Centers and nutritionists performance in mental health care

Leticia Almeida¹, Cristiane Marques Seixas¹, Francisco Romão Ferreira¹, Fabiana Bom Kraemer¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E324

RESUMO Como produto das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dispositivos para pensar a reinserção de pacientes psiquiátricos na sociedade em 2001. A inserção do nutricionista nesse contexto ganhou espaço consonante a sua crescente atuação no Sistema Único de Saúde. Este artigo objetivou analisar os sentidos da cozinha em três Caps do Rio de Janeiro, a formação e a atuação dos nutricionistas. Optou-se pela modalidade de ensaio analítico, adotando como ponto de partida pressupostos teóricos da clínica ampliada, que entendem cuidado como uma experiência de troca entre sujeitos e responsabilização mútua, e do campo alimentar-nutricional como problema complexo. Nesse sentido, a discussão foi sistematizada em dois momentos: Entre panelas, tensões, saberes e sabores: a cozinha como espaço terapêutico; e Caps: desafios para formação e atuação do nutricionista. A análise toma a cozinha como espaço social e discute a permanência de uma atuação do nutricionista no cuidado em saúde mental moldada pelo modelo biomédico, construindo uma prática descontextualizada. Conclusivamente, o ensaio não buscou respostas ou afirmações verdadeiras, mas fez emergir a percepção de um problema que possibilita refletir sobre a prática dos nutricionistas nos Caps, contribuindo para a consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde mental. Alimentação coletiva. Nutricionistas.

ABSTRACT *As a product of the Psychiatric and Health Reforms, the Psychosocial Care Centers (Caps) emerged, as devices to think about the reinsertion of psychiatric patients in society in 2001. The insertion of the nutritionist in this context gained space, in line with their growing performance in the Unified Health System. This article aims to analyze the senses of the kitchen in three Caps in Rio de Janeiro, the training and the performance of nutritionists. We opted for the analytical testing modality, adopting the theoretical assumptions of amplified clinic as a starting point, which understand care as an experience of exchange between subjects and mutual accountability, and of the food-nutritional field as a complex problem. This way, the discussion was systematized in two moments: Among pans, tensions, knowledge and flavors: the kitchen as a therapeutic space; and Caps: challenges for professional qualification and performance of nutritionists. The analysis looks at the kitchen as a social space and discusses the continuity of nutritionists performance in mental health care shaped by the biomedical model, generating a decontextualized practice. In conclusion, the essay did not seek answers or true statements, but it did raise the perception of a problem that makes it possible to reflect on the practice of nutritionists in Caps, contributing to the consolidation of the proposals of the Brazilian Psychiatric Reform.*

KEYWORDS *Mental health services. Collective feeding. Nutritionists.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. leticia_nutricionista@hotmail.com.br



Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu no início da década de 1970, estimulada pelo movimento da Reforma Sanitária, tendo como eixo central uma nova organização do cuidado e uma rearticulação das práticas de saúde com ênfase especial à desinstitucionalização da doença mental¹. A Reforma Sanitária que a precedeu possibilitou o redimensionamento do conceito de saúde, antes restrito ao diagnóstico médico feito por especialistas, que passou a ser pautado pela garantia da vida². Amarante³⁽²⁾ defende que, em uma dimensão cultural do processo de Reforma Psiquiátrica, o objetivo maior não foi a “[...] transformação do modelo assistencial [...], mas a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência”. A percepção dos usuários como sujeitos de direitos e a defesa da vida passaram a ser premissas fundamentais do cuidado ao paciente³.

Com o objetivo de viabilizar a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) surgiram no final da década de 1980 e são, até o momento, territórios considerados estratégicos para reestruturar o cuidado aos pacientes psiquiátricos com transtorno mental grave e persistente.

A noção de território reconhecida pelos Caps vai muito além de um espaço de delimitação geográfica e/ou uma região administrativa. Para além de meros espaços físicos, os Caps estão em articulação recíproca com a sociedade e possuem papel essencial sobre a vida deste ou daquele indivíduo e do corpo social que compõem o cotidiano do território. Segundo Freire⁴, o louco deixou de assumir o papel de objeto e passou a ocupar o lugar de sujeito, com escolhas, responsabilização, no sentido da implicação desse sujeito na tomada de decisões e na (re)construção da própria vida. Se antes essas ações se limitavam ao espaço físico de uma instituição, os hospitais psiquiátricos, com a Reforma Psiquiátrica, passaram a acontecer nos espaços que a vida oferece de circulação e sociabilidade.

Os Caps surgiram, à época, como dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica e expandiram-se a partir da aprovação, em abril de 2001, da Lei nº 10.216⁵ que fundamenta a atual Política Nacional de Saúde Mental em sua proposta de consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária e territorial. Trata-se de um modelo cujo paradigma é a garantia da livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo o cuidado baseado nos recursos que a comunidade oferece, em que se valoriza o protagonismo do sujeito.

A questão da loucura deixa então de ser domínio exclusivo da psiquiatria e passa a alcançar os espaços da cidade, das instituições e da vida dos cidadãos e daqueles que por elas passaram em algum momento da vida, demandando a constituição de uma nova rede de cuidado em saúde mental. É nesse contexto ampliado que o nutricionista se insere, ainda que pouco se discuta sobre essa inserção. Esse profissional ganhou espaço no campo da saúde com a própria criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, sobretudo, com a inserção na Constituição Brasileira de 1988⁶ da alimentação como um direito humano. Contudo, apesar da ampliação do campo de atuação profissional, não se observa um correlato desdobramento na formação que busque contemplar as necessidades oriundas da interface entre os campos da alimentação e nutrição e da saúde mental.

As políticas públicas provenientes do processo de Reforma Psiquiátrica garantem o direito à alimentação dos usuários dos Caps, entretanto, esses mesmos documentos pouco dizem sobre as questões relativas ao ato de alimentar e ser alimentado. Trata-se aqui de diferenciar os aspectos relativos ao nutrir – entendido como a ingestão dos nutrientes necessários à manutenção da vida – e o comer em sua dimensão biopsicossocial que vai além do ato mecânico de ingerir um alimento⁷.

Dessa maneira optou-se por uma modalidade textual de ensaio analítico, com ênfase na

argumentação e interpretação, para analisar os sentidos da cozinha dos Caps na prática clínica nutricional e a formação e a atuação do nutricionista em saúde mental a partir de uma perspectiva de clínica ampliada.

Para tanto, o ensaio analítico toma como 'lugar de olhar' a vivência de um nutricionista em três Caps localizados na região metropolitana do município do Rio de Janeiro, sendo um Caps adulto, um Caps AD (álcool e drogas) e um Capsi (infantojuvenil). Tratou-se de um recorte no percurso de pesquisa acadêmica que teve como objeto de estudo a atuação do nutricionista no campo da saúde mental; em que as observações com inspiração etnográfica foram registradas em diário de campo, e as situações trazidas para pensar os sentidos que cercam o ato de se alimentar aparecem como fragmentos dessa experiência, sendo analisadas a partir de pressupostos teóricos da clínica ampliada⁸ e no entendimento do campo alimentar-nutricional como espaço social complexo. Nos Caps, a garantia do direito humano à alimentação aparece legitimada na Portaria nº 336⁹, ao incluir o fornecimento de refeição entre as atividades que deverão ser desenvolvidas pela assistência de um Caps. Assim, pacientes assistidos em 1 turno (4 horas) deverão receber uma refeição diária, os assistidos em 2 turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias, e pacientes que permanecerem no serviço por 24 horas contínuas receberão 4 refeições diárias.

A alimentação é entendida no cumprimento do direito previsto e garantido tanto nos documentos oficiais que norteiam a atuação profissional do nutricionista quanto nos documentos que regularizam os Caps. O não cumprimento desse direito poderia levar ao descredenciamento do serviço e seu fechamento. O gestor, com a equipe, necessita assegurar esse direito, para que suas ações não demonstrem negligência no cuidado. Todavia, há uma diferença no processo de alimentação do corpo biológico e o fenômeno da alimentação em sua dimensão simbólica, com os sentidos que a comida pode assumir em termos culturais,

afetivos, religiosos e institucionais. Assegurar os nutrientes necessários para a manutenção do corpo é diferente de oferecer alimentação com dignidade e respeito ao direito a uma alimentação adequada.

Interpretar a alimentação pela ótica do direito pode apresentar limites, no entanto, precisamos levar em consideração que alimentar-se é um ato essencial à vida, reforçando o que prega um dos principais objetivos do cuidado ao paciente acometido por transtornos psiquiátricos. Apesar do ato de comer e da comida estarem repletos de significados sociais e subjetivos, não podemos negar que também nos alimentamos por uma necessidade vital¹⁰. Os espaços nos quais as pessoas se alimentam também são ambientes de sociabilidade, familiaridade, trocas simbólicas, hierarquias e relações sociais.

Se nos espaços domésticos, na vida cotidiana e no mundo do trabalho a cozinha é sempre um lugar diferente, onde se falam coisas que geralmente não são ditas em outros locais, nos Caps, a lógica não é outra. A cozinha é um lugar de intimidade e troca de ideias, um ambiente que permite uma certa informalidade e a possibilidade de criação de vínculos. Segundo Leonardo Boff,

[...] há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas, surgido há milhões de anos no processo evolutivo quando emergiram os mamíferos, dentro de cuja espécie nos inscrevemos: o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver -se, de afetar e de sentir-se afetado. Um computador e um robô não têm condições de cuidar do meio ambiente, de chorar sobre as desgraças dos outros e de rejubilar-se com a alegria do amigo. Um computador não tem coração. Só nós humanos podemos sentar-nos à mesa com o amigo frustrado, colocar-lhe a mão no ombro, tomar com ele um copo de cerveja e trazer-lhe consolação e esperança. Construímos o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo

para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros¹¹⁽⁵⁰⁾.

A mesa que está presente nesses espaços, além de fazer parte do mobiliário, é um lugar simbólico de troca, de compartilhamento de ideias e de informações. Ela é utilizada por usuários e profissionais, juntos ou separados, e configura um lugar de respeito mútuo. No espaço da cozinha, seja pela garantia e cumprimento do direito à alimentação, seja pelo direito de dividir a mesma mesa, pode-se agregar valores, assim como estreitar os vínculos entre usuários e profissionais. A cozinha dos Caps pode aparecer nesse cenário como peça fundamental, sendo considerada um espaço privilegiado de escuta e, portanto, um espaço terapêutico ao ser pensada a partir do conceito de clínica ampliada⁸. Um ambiente que contribui para a aproximação entre profissional e usuários, além de integrar a família e a comunidade e propiciar a valorização da escuta.

Entre painelas, tensões, saberes e sabores: a cozinha como espaço terapêutico

O conceito de clínica ampliada⁸ é uma das principais contribuições construídas nos desdobramentos das reformas sanitária e psiquiátrica, pois ele propõe a ampliação das bases conceituais que passam a avançar para além da racionalidade clínica da biomedicina. Além de incluir as dimensões social e subjetiva nas práticas, a clínica ampliada visa a atuação interdisciplinar, em que a relação clínica contempla uma experiência de troca não hierárquica entre sujeitos que permite reconstruir as relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sociofamiliar.

Outrossim, Demétrio¹² aponta que tal modelo segue na contramão de uma cultura técnica e de verticalização das relações, sendo a ampliação da clínica nutricional necessária

por promover uma expansão do olhar técnico-nutricional, ampliação da escuta, tornando-a mais sensível, além de reavaliar as demandas e expectativas. Nesse sentido, as cozinhas nos Caps tornam-se potenciais espaços para construção de vínculo e confiança no tempo, visto que é um espaço que nos dá uma visão de informalidade, no qual os laços podem se estreitar, as minúcias podem ser observadas e a prática clínica pode acontecer sem o enquadre tradicional com seus equipamentos de avaliação, formulários, receituários e, sobretudo, sem a barreira da soberania do saber biomédico.

Em uma concepção biomédica, a cozinha não seria um espaço terapêutico *strictu sensu*, mas somente um lugar a mais onde as pessoas, os profissionais e os usuários iriam para nutrir seus corpos. Uma cozinha pode ser considerada um local que vai além de um somatório de utensílios característicos e emblemáticos, pode ser entendida como um espaço de comensalidade, não sendo reduzida a um simples lugar de distribuição de refeições. Esse ambiente, por seu potencial de trocas, convívio, estreitamento de vínculos e afetos, é o espaço (informal) em que os pacientes e familiares podem falar abertamente de suas angústias e aflições, no intervalo de um café, sem a barreira que uma mesa de consultório pode ocasionar.

O espaço da cozinha nos Caps pode ser considerado um ambiente no qual questões relacionadas com a clínica psicossocial podem ser abordadas, como, por exemplo, assuntos relativos a tentativas de suicídio; relatos de esgarçamento dos laços familiares ou relatos que remetem à experiência com o uso de drogas. Para o profissional de saúde mental, independentemente da especialidade, esses relatos não são banais. Esse espaço permite ao usuário uma sensação de acolhimento e coloca o ambiente da cozinha como protagonista no processo de cuidado. Ela, portanto, também é um espaço terapêutico, na medida em que não constitui uma circunstância individual de tratamento, mas um local em que se estabelecem laços sociais e que convoca o sujeito a se dispor ao outro por propiciar condições

favoráveis para promoção de saúde em seu sentido mais amplo. Para além da cozinha, há a comida.

A comensalidade engloba todos esses elementos, visto que ela incorpora a dimensão cultural e social por meio do compartilhamento da mesa; do comer junto, atuando de maneira simbólica, que ultrapassam as barreiras biológicas. Além disso, esse conceito compreende que ‘o que se come, onde, como e com quem se come’ não são fenômenos isolados do sujeito e da sociedade, revelando as hierarquias sociais orquestradas pela comida lançada boca adentro⁷¹³. O preparo das refeições nos Caps estudados é realizado em uma cozinha central administrada por uma empresa prestadora de serviços de alimentação, a mesma que presta serviços para rede hospitalar municipal do Rio de Janeiro. A escolha da empresa é feita mediante processo licitatório, e a estrutura do cardápio e tudo o que se relaciona com o preparo das refeições são estabelecidos em termo de referência, como, por exemplo, o tamanho da porção das preparações, a incidência dos diversos tipos de cortes de carnes (patinho, miolo de alcatra, filé de peito de frango, coxa de frango, filé de merluza entre outros), a consistência da refeição (dieta normal, pastosa, líquida, semilíquida), a suplementação alimentar, ou seja, uma cota adicional de alimentos destinada a prevenir ou corrigir carências nutricionais.

Apesar de este ensaio se debruçar no universo dos Caps, falar dessa cozinha é, sem dúvida, falar dos serviços de refeições fornecidos para os demais Caps espalhados pelo país. A consistência das refeições, por vezes, é criticada pelos usuários, em uma nítida crítica ao que é imposto pelos termos de referência entre governo e empresas prestadoras de serviços de alimentação, que consideram que a refeição se destina à população idosa egressa dos hospitais psiquiátricos e que é, em geral, desprovida de dentes e de escolhas.

No Caps adulto, o espaço físico da cozinha é composto de dois ambientes: um que acomoda um fogão, utilizado tanto em momentos pontuais como para aquecer a água para fazer o café

da equipe de trabalho ou para preparar almoço para a equipe em momentos festivos ou de comemoração; e outro ambiente composto por mesas com bancos fixos para que os pacientes realizem suas refeições. Nessa cozinha, existe uma autorização prévia para os pacientes realizarem as refeições que são oferecidas no serviço, a qual é dada pelo profissional técnico de referência¹⁴ que é responsável por monitorar o usuário, o contato com a família, além de acompanhar e avaliar as metas traçadas no projeto terapêutico do paciente; assim, muitas vezes, suas atribuições podem se estender para demandas burocráticas, assistenciais e gerenciais, que ultrapassam o campo da clínica. Para Silva¹⁵, inserir o profissional de referência para atender às práxis e aos princípios éticos da Reforma Psiquiátrica permite mudanças no modo de trabalho e reinvenção no modo de agir e cuidar do outro. Nem todos os pacientes realizam as refeições no Caps, apenas quando esta é uma demanda do próprio paciente ou quando o profissional avalia que a alimentação poderá influenciar positivamente no tratamento.

No Caps AD, assim como no Caps adulto, a autorização para os pacientes realizarem as refeições na unidade vem por meio de um combinado com seu técnico de referência. Já os usuários que ocupam os leitos de acolhimento à crise têm o direito previamente assegurado de realizar as refeições no Caps, tais como o café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, e ainda partilham desse espaço ao longo do dia, em horários diferenciados do momento de fazer a refeição.

Nos momentos de comemoração, a cozinha do Caps AD é utilizada para almoços festivos da equipe. No cotidiano, apenas alguns membros da equipe almoçam nesse refeitório, e outros saem para almoçar fora do serviço em restaurantes da região. Os que comem no refeitório são os que levam marmita ou compram quentinhas. Nesse Caps, não existe nenhum funcionário público, sendo todos contratados por Organizações Sociais, ou seja, pessoa jurídica de interesse social e de utilidade pública,

associação civil e sem fins lucrativos. Dessa maneira, o benefício relacionado com a alimentação é disponibilizado por meio de vale alimentação ou refeição.

O almoço e o jantar são entregues pela empresa prestadora de serviços em quentinhas e dispostas acompanhadas de talheres, sobremesa e refresco sobre jogos americanos, à mesa, pela copeira. O café da manhã e o lanche da tarde são servidos individualmente, e apenas o café com leite é porcionado no momento da refeição. As quentinhas são identificadas pelo nome de cada usuário que fará a refeição no Caps; e, em caso de sobra, os que desejarem podem repetir a refeição. As sobras só acontecem caso algum usuário não queira se alimentar naquele momento, pois as quantidades disponibilizadas são predefinidas contratualmente, não podendo solicitar quantidade extra de refeições.

A cozinha do Caps AD está envolta por tensões, e a dimensão da comensalidade se manifesta também pelos conflitos apresentados ali que procuram ser mediados pelos profissionais, demandando a presença destes no momento das refeições. Observa-se que se reunir durante a refeição é também um meio de comunicação e fortalece o grupo contribuindo para sua coesão¹⁶. Os profissionais que ali estão nos fazem pensar que não compartilham da convivialidade do grupo, uma vez que a causa principal da sua presença é o desacordo dos usuários às regras da instituição. Compartilhar a comida é também compartilhar sensações¹⁶ e permite aos usuários do Caps AD expressar sua identidade.

Algumas experiências em torno da mesa evidenciam o quanto o momento das refeições mobiliza os usuários a apresentar suas opiniões e extrapola o comer em seu sentido restrito, nutricional. A comida une os usuários nesse espaço marcado pela loucura.

O uso dos talheres (garfo ou colher) exemplifica uma dessas experiências. É habitual a comida estar acompanhada de talheres e de copos de plástico, já que não é incomum assistir ao uso dos talheres como armas – de

tal modo que a discussão sobre a inclusão de talheres de metais e o uso de facas pelos usuários no âmbito do debate impulsionado pela Reforma Psiquiátrica e a proposta de reinserção do paciente na comunidade por meio dos Caps fragmentam opiniões e, muitas vezes, sequer são considerados passíveis de debate.

Se pensarmos que a comensalidade considera o ‘como comer’, a autonomia do paciente fica comprometida na impossibilidade de escolha do talher para fazer a refeição, assim como comer em ‘quentinhas’ ou ainda comer um iogurte sem auxílio do talher. As situações vivenciadas na cozinha do Caps colocam em debate a ritualização das refeições e a corporificação de seus elementos convertidos em meios de distinção social¹⁷ entre o adulto ‘normal’, que faz uso de talheres de metal, e o louco, com seu garfo ou colher de plástico para que não sejam usados como armas, exemplificando o processo civilizador do homem ocidental.

Outro tema em torno da mesa que reúne o grupo de usuários diz respeito à consistência da comida. A instituição, tendo como referência o modelo asilar, em que a maioria dos ‘internos’ é composta por população idosa e com poucos dentes, prioriza uma refeição de consistência branda, ou seja, aquela composta por preparações bem cozidas e que facilitam a mastigação e a digestão. No entanto, discussões e queixas são constantes, visto que os usuários dos Caps são pessoas mais jovens e com demanda de escolha ‘do que comer’. A carne geralmente é palco de desentendimento. Se ela deve ser servida em cubos ou em bifes. Uns argumentam que os pacientes podem sofrer engasgos com risco de morte. Outros, que a carne em bifes propicia o uso de garfos e facas com supervisão da equipe eliminando o uso das colheres.

Essas vivências apontam para a complexidade do ato de se alimentar no contexto dos Caps. Podemos resgatar no louco o estigma de periculosidade e descontrole sobre seus impulsos¹⁸ distanciando-o das ‘boas maneiras’ de compartilhar uma refeição projetada para afastar a violência e distanciar o ser humano

do comportamento animal, irracional. Pode-se compreender que o momento das refeições é um mosaico de relações e interações¹⁹, com uma linha tênue entre a descontração e o conflito, podendo, ao mesmo tempo, protagonizar momentos de acolhimento e de tensões.

No espaço da cozinha dos Caps, existem diferentes códigos e convivem diferentes lógicas que nem sempre são harmônicas. Na perspectiva do gestor, do profissional de saúde ou do usuário, uma faca não é simplesmente uma faca; isoladamente não faz sentido. O que seria um ato corriqueiro em outro espaço, como distribuir talheres para a refeição, no Caps, assume diferentes sentidos e nos permite compreender os significados do momento vivido.

A constante integração das pessoas, umas com as outras, com o meio social que as cerca se apoia nas crenças e valores de cada um e de todos, de tal modo que, na prática cotidiana do ato de comer, são desvelados sentidos dispersos na cultura e naturalizados na rotina. Os debates acerca da consistência dos alimentos ou do uso de talheres específicos, aqui interpretados como símbolos que comunicam, mostram valores instalados na cultura, interiorizados pelas experiências singulares, (re)construindo significados com o outro. Não se trata de meras opiniões, mas de significados estabelecidos sobre o usuário da saúde mental a partir dessas interações. Trata-se de um sistema de símbolos incorporados em uma interação recíproca, que se materializam em comportamentos e compreendem as representações atribuídas ao grupo sociocultural.

Assim como Geertz²⁰⁽¹⁶⁾ exemplifica que os “[...] tiques nervosos, as piscadelas, as falsas piscadelas, as imitações, os ensaios das imitações são percebidos e interpretados [...]” e são dependentes do contexto e de outras variáveis, no espaço da cozinha, os símbolos são expressos na informalidade da mesa como ideias, e são dependentes das estruturas de pensamento e da cultura.

No espaço da cozinha, outras interações estão presentes, e a importância da figura do copeiro (aquele que serve a comida ao usuário

do Caps) no controle sobre a alimentação vai sendo construída na dinâmica social. Na maioria das vezes, eles são os que efetivam as regras definidas pelo nutricionista. Este, por sua vez, tem a conduta nutricional embasada em evidências científicas e em parâmetros especificados, por exemplo, em guias alimentares e diretrizes estabelecidas por sociedades profissionais, determinando, assim, a quantidade de comida e o número de refeições, entre outras formas de decidir quanto e como o outro irá se alimentar naquele lugar. O copeiro, em muitas situações, é a personificação do limite, da escolha e até mesmo do cumprimento de ordens dadas pelo profissional de nível superior.

Se um símbolo resulta da associação de um objeto com outro gerando significados com diferentes sentidos para diversos atores, é nessa interação, nos quais os sujeitos estão imersos, que o copeiro passa a ser percebido como o elemento que controla a dieta, que decide se o usuário irá comer ou não um alimento, como o pão ou o café. A partir dessas experiências, é ao copeiro que o usuário solicita autorização para comer um determinado alimento – e o profissional pode ser ainda adjetivado de ‘bonzinho’ ou não por ocupar um lugar de fornecer um item tão importante na cultura brasileira: o café.

Caps: desafios para formação e atuação do nutricionista

Para contextualizar a constituição da profissão, vale salientar que o primeiro curso de graduação para formação de profissionais dietistas foi criado em 1902, na Universidade de Toronto – Canadá²¹. O pioneirismo das dietistas se deu nas antigas universidades europeias, em paralelo ao surgimento das ciências da nutrição. A formação era realizada por médicos especialistas, que treinavam as enfermeiras nas cozinhas dos hospitais no preparo de dietas especiais²².

L’abbate²³ defende que os cursos de Nutrição foram criados no Brasil como processo de modernização da economia brasileira do

Estado Novo, durante a presidência de Getúlio Vargas, porém podemos dizer que as origens da Nutrição no País divergem. No dia 24 de outubro de 1939, foi criado o primeiro curso de Nutrição no Brasil, na Faculdade de Saúde Pública do estado de São Paulo. Esse curso teria duração de um ano, dividido em quatro períodos²⁴. Em 1949, no dia 31 de agosto, nasceu a Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN), no Rio de Janeiro, capital da República naquela época, passando a se chamar posteriormente de Federação Brasileira das Associações de Nutricionistas (Febran), tendo como base de atuação os nutricionistas, técnicos e estudantes de nutrição. Atualmente, a instituição é conhecida como a Associação Brasileira de Nutrição (Asbran), que possui caráter técnico, científico, cultural e social e é composta por filiados às Associações de Nutrição dos estados brasileiros²⁵.

Quase 20 anos depois, no dia 4 de setembro de 1959, o deputado Josué de Castro apresentou na Câmara Federal o projeto de Lei nº 904/59, que dispunha sobre o ensino superior em nutrição, regulando o exercício da profissão e outras providências. Este foi encaminhado à Comissão de Justiça da Câmara para apreciação do diretor de ensino superior, sendo aprovado²⁵. Nas décadas de 1960 e 1970, houve um aumento do número de cursos de nutrição no País, totalizando sete em todo o Brasil, todos vinculados a instituições públicas, ofertando cerca de 570 vagas anuais²⁶.

Nesse mesmo período, iniciou-se o processo de reconfiguração da formação do profissional nutricionista, até então centralizado em dois tipos de profissional: um voltado para a elaboração e orientação dietética dentro dos serviços de atenção à saúde; e outro para a administração dos Serviços de Alimentação da Previdência Social (Saps). Esses serviços, criados em 1940, marcaram a melhora da qualidade nutricional da alimentação dos trabalhadores, apesar de terem avançado pouco na compreensão de que uma cozinha não estaria apenas a serviço da produção de refeições carreadoras de nutrientes. Iniciou-se, então, o processo de institucionalização do campo da

nutrição em saúde pública, particularmente no interior dos países latino-americanos²⁷.

Vasconcelos²⁷ ainda defende que a emergência desse campo científico, denominado de nutrição e saúde pública, nutrição social ou nutrição e saúde coletiva, foi produto do processo histórico de especialização e divisão do trabalho/saber no interior da complexa e multidisciplinar ciência da nutrição, constituída entre as décadas de 1930 e 1940.

Cabe destacar que o Saps apresenta especial importância, pois consideramos plausível assumir que o núcleo da alimentação coletiva está intimamente relacionado com a instituição, uma vez que algumas de suas atividades eram a produção e distribuição de refeições, somadas à formação de profissionais para executar essa tarefa. Esse núcleo de práticas e saberes tem como *locus* de atuação as 'cozinhas' denominadas, no campo da alimentação e nutrição, no Brasil, de unidades de alimentação e nutrição. Assim, esse espaço de atuação do nutricionista, quando inserido em unidades de saúde mental, demanda profissionais qualificados em ambas as áreas de atuação dessa categoria, de acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)²⁸, a saber: nutrição em alimentação coletiva e nutrição em saúde coletiva.

Como área de prática profissional, a nutrição em alimentação coletiva tem desempenhado um papel importante no desenvolvimento da área de alimentação e nutrição no Brasil desde a criação do Saps, incluindo a articulação com programas de previdência estatal (por exemplo, Programa de Alimentação do Trabalhador), e como grande área de atuação do nutricionista²⁹. Já a nutrição em saúde coletiva, segundo Vasconcelos e Calado²⁶, ocupa o quarto lugar na concentração de nutricionistas no País, consolidando e ampliando as áreas de atuação desses profissionais no campo das políticas públicas. Além disso, o campo da saúde coletiva é um ambiente propício para a interação com o campo da saúde mental que se desenvolveu fortemente na década de 1970 e início da década de 1980.

A despeito da área de atuação profissional,

Neves et al.³⁰⁽⁸⁾ alertam para o cuidado que precisa se ter na formação do nutricionista de forma que essa seja:

Marcada por oportunidades de aprendizagem em sociedade, nas quais o aluno possa desenvolver um espírito de pesquisa, de ideias críticas e inovadoras, tendo clara sua identidade profissional como membros de equipes multidisciplinares.

Dadas as características interdisciplinares do cuidado ao paciente com transtornos mentais, espera-se que o nutricionista atuante nos Caps priorize os aspectos subjetivos envolvidos na alimentação, olhando o indivíduo na sua totalidade, e não aquele dividido em órgãos e sistemas. No entanto, em grande parte, as demandas direcionadas a esse profissional obedecem ao modelo antigo de atenção, fragmentando o indivíduo de acordo com as especialidades.

Os nutricionistas têm sua identidade profissional centrada na dietética e, muitas vezes, apropriam-se das recomendações nutricionais sem conferir importância à complexa natureza da alimentação e cultura. Ao estabelecer uma prescrição dietética individualizada²⁹, colocam-se como responsáveis pelo controle da alimentação do outro. As práticas cotidianas vinculadas à noção de território também constituem desafios nas concepções dos profissionais que muitas vezes reproduzem uma atenção para saúde voltada para o controle do outro³⁰. Não é incomum, por exemplo, escutar um nutricionista dizer a um usuário do Caps “*Como você engordou!*”, indicando que essa pode ser mais uma forma de se posicionar como profissional de nutrição da unidade do que uma real necessidade de emagrecimento do paciente.

Ao dirigirmos nossa atenção ao serviço de nutrição no Caps, observamos que as demandas ao profissional estão relacionadas com o modelo de atuação, na sua identidade e cultura profissionais. O nutricionista,

ao procurar responder ‘adequadamente’ aos problemas relativos à alimentação e à saúde no cotidiano das pessoas, como comer ‘melhor’ para diminuir a obesidade ou controlar a hipertensão, entre tantos outros exemplos, possibilita a legitimação de suas práticas naquela sociedade.

Nos Caps, isso significa que, predominantemente, as solicitações de intervenção do nutricionista na alimentação são estritamente ‘nutricionais’ independentemente de ‘onde’ e ‘como’ se come. Constatamos solicitações de dietas para fins especiais, assim como o compromisso para ‘vigiar’ a quantidade de comida que será servida para os usuários. Também não é incomum o nutricionista conviver com inúmeros questionamentos pessoais sobre a melhor forma de se alimentar, qual a melhor dieta para ganhar peso, o melhor queijo para recheiar os pães, como fazer uma dieta sem glúten para emagrecer, quais alimentos causam alergias alimentares ou qual suplemento alimentar é mais indicado para determinada situação, entre tantos outros. Ao nutricionista, são demandadas ações que envolvem especificamente questões clínicas, biologicistas, que tenham como foco os aspectos nutricionais do indivíduo, apagando toda subjetividade implicada no ato de se alimentar.

Nas reuniões de equipe multiprofissional, questões referentes à alimentação são debatidas ao final, e a demanda não é diferente do observado no modelo hegemônico. Os assuntos tratados sob uma perspectiva biomédica estão relacionados com a conduta nutricional para hipertensos, diabéticos, obesos, inclusive sobre a possibilidade de encaminhamento do paciente para cirurgia bariátrica. Espera-se uma intervenção prescritiva do nutricionista associado a uma terapêutica em saúde relativa a:

[...] um valor ideal, ou seja, daquela que busca restabelecer o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, depreende-se uma concepção dicotômica do evento saúde-doença [...] ³¹⁽¹³⁴⁸⁾.

O poder disciplinar produzido pela biomedicina atua na alimentação construindo uma estrutura valorativa em que se deve obedecer a regras nutricionais para manter um estado normal²⁹. Dessa forma, sob esta perspectiva, discute-se a responsabilidade da instituição sobre os pacientes acolhidos, não devendo ser permitido 'burlar as regras'. Assim, devem ser repreendidas práticas como ir à padaria para comprar salgados ou esconder nos armários alimentos ultraprocessados, considerados danosos à saúde, como macarrão instantâneo, refrigerantes e biscoitos recheados.

Observa-se, no Caps, que há uma transposição do modelo hegemônico de atuação clínica do nutricionista para a instituição, independentemente dos objetivos desta e das características da população nela atendida, construindo uma prática descontextualizada. Para Kraemer et al.,

[...] do conjunto de representações, conhecimentos e práticas aprendidas e compartilhadas pelos indivíduos de um grupo social. Um ideal que ignora o sujeito, seu desejo, sua história de vida, seus prazeres cotidianos, afetos, compulsões e fobias, reduzindo-o a um ser que ingere calorias e nutrientes, esquecendo que a comida é símbolo de pertencimento familiar, cultural, social e existencial³¹⁽¹³⁴⁹⁾.

Considerações finais

Os profissionais da saúde mental, da nutrição, da gestão, da assistência social e da enfermagem, tidas aqui como funções e categorias profissionais distintas e autônomas, com formações específicas e visões de mundo nem sempre convergentes, encontram na mesa não apenas um lugar de diálogo, mas também um lugar de tensões e possibilidades terapêuticas, desde que estejam atentos e abertos para este olhar que respeita as diferenças e busca soluções negociadas para os problemas de cada território. Se cada um

desses profissionais se fecha em seu campo de saber específico, não há diálogo possível; e quem perde é o usuário, pois, no Caps, a lógica das ciências médicas que coloca o corpo biológico como centro do tratamento não faz sentido: ela é capturada por outros sentidos – e só um olhar atento e informado pelas ciências sociais é capaz de produzir algum diálogo.

Cabe ainda interrogar o papel interventor da nutrição que se apoia no entendimento de que o Estado deverá garantir direitos mínimos aos cidadãos como renda mínima, saúde, habitação, educação, alimentação, entre outros. O profissional aí atua como fiscalizador, garantindo o cumprimento das medidas determinadas pelo Estado, por meio de leis, portarias, normas regulamentadoras, e assim por diante.

Esses desdobramentos do papel interventor do profissional nutricionista se evidenciam corriqueiramente nos espaços da saúde mental, em que a comida, por ser elemento de necessidade vital, muitas vezes é facilmente utilizada para manipular grupos de acordo com interesses de outros grupos que detêm o alimento. Muitas vezes, no campo da saúde mental, isso vai de encontro à valorização das escolhas individuais, visto que as instituições fornecem cardápios predefinidos, com horários preestabelecidos, reforçando um modelo engessado de cotidiano. Apesar de a alimentação ser considerada um evento biopsicossocial, é necessário também entrar no jogo, pois essa é mais uma forma de trazer à tona a comida para o debate, na tentativa de propor outros caminhos de cuidado.

Essas percepções do campo nos chamaram a atenção por haver um número significativo de novos profissionais, recém-formados em nutrição, que começam a ocupar esses espaços institucionais, sem uma formação que dê conta da complexidade da questão e sem dar os instrumentos necessários para que esse profissional recém-chegado no território perceba as nuances, os jogos de poder e os limites de cada formação. Nossa pesquisa, portanto, não

apresenta uma resposta pronta, pelo contrário, ela amplia a percepção do problema e nos ajuda a refletir sobre o trabalho realizado pelo nutricionista nos Caps, subsidiando novas reflexões e novas práticas que favoreçam a consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Por fim, parece-nos importante ressaltar a necessidade de adequação dos serviços de alimentação coletiva como espaços de promoção da saúde, configurando um campo fértil para o desenvolvimento de uma perspectiva que integre múltiplos saberes, incluindo, aí, profissionais, usuários e familiares no manejo das problemáticas referidas ao campo da atenção psicossocial.

Colaboradores

Almeida L (0000-0003-0210-8093)* contribuiu para o planejamento, revisão bibliográfica, concepção do texto e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Seixas CM (0000-0003-2630-9746)* contribuiu para o planejamento, revisão bibliográfica, concepção de texto e participou da versão final do manuscrito. Ferreira FR (0000-0003-4504-3621)* contribuiu para o planejamento, concepção do texto e revisão crítica do conteúdo. Kraemer FB (0000-0002-3305-3358)* contribuiu para a concepção do texto, revisão crítica do conteúdo e participou da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Opas; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. A Construção do SUS – Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, DF: MS; 2006.
3. Amarante PDC. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental. 2009; 1(1):1-7
4. Freire FHMA, Ugá MAD, Amarante P. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: Amarante P. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: NAU; 2005.
5. Brasil. Lei 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. Diário Oficial da União. 7 Abr 2001.
6. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
7. Carvalho MCVS, Luz M, Prado SD. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(1):155-163.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização [internet]. 2003. [acesso em 2018 mar 21]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/humanizausas>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/comple-xidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União. 20 Fev 2002.
10. Canesqui AM, Garcia RWD. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. (Coleção Antropologia e Saúde).
11. Boff L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
12. Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, et. al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutri-cionista-paciente: contribuições para reflexão. Rev. Nutr. 2011; 24(5):743-763
13. Boutaud JJ. Comensalidade. Compartilhar a mesa. In: Montandon A. O livro da hospitalidade. São Pau-lo: Senac; 2011.
14. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Ações Programáticas Estratégicas de Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS; 2004.
15. Silva EA, Costa II. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimen-to psíquico. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 2010; 13(4):635-647.
16. Ishige N. El hombre comensal. Correio Unesco. 1987; 15(7):18-21.
17. Elias N. O processo civilizador. Uma história dos cos-tumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994. (V. I).
18. Goffmann E. Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, 1891. Tradução: Mathias Lambert, 2004; 2007.
19. Castro HC, Maciel ME. Entre laços, afetos e subje-tividades: a comensalidade em uma Cozinha Comu-nitária. In: Anais da 30ª Reunião Brasileira de An-tropologia; 2016 ago 3-6; João Pessoa. João Pessoa: Associação brasileira de Antropologia; 2016.
20. Geertz C. A Interpretação das Culturas. Rio de Ja-neiro: Guanabara Koogan; 1989.
21. Conselho Regional de Nutricionistas 4ª Região. Con-selho: o início [internet]. [acesso em 2018 ago 18]. Dis-ponível em: www.crn4.gov.br.
22. Toloza DC. Nutricionista: um histórico da profissão até os dias atuais. [monografia]. Brasília, DF: Univer-sidade de Brasília. Centro de Excelência em Turis-mo; 2003. 68 f.
23. L'abbate S. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: I. Período de 1940 a 1964. Rev. Nutr.1988; 1(2):87-138.
24. Conselho Federal de Nutricionistas. A História do Nutricionista no Brasil [internet]. [acesso em 2014 maio 16]. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/repositorioa/Comunicacao/Material_institucional/160.pdf.
25. Associação Brasileira de Nutrição. Início [internet]. 2014. [acesso em 2015 maio 28] Disponível em: <http://www.asbran.org.br/index.php>.
26. Vasconcelos FAG, Calado CLA. Profissão nutricio-nista: 70 anos de história no Brasil. Rev. Nutr. 2011; 24(4):605-617.
27. Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma aná-lise histórica. Rev. Nutr. 2002; 15(2):127-138.
28. Conselho Federal de Nutricionistas. CFN. Resolução nº 600 de 25 de fevereiro de 2018 [internet]. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricao-nista e suas atribuições, indica parâmetros numéri-cos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Abr 2018. [acesso em 24 fev 2020]. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm.

29. Campos FM, Prado SD, Kraemer FB, et al. Scenario of research on Food Service in Brazil. *Rev. Nutr* [internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 20]; 30(1):1-12. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732017000100001.
30. Neves J, Zanolourensi CB, Domene SMA, et al. Eighty years of undergraduate education in nutrition in Brazil: An analysis of the 2009-2018 period. *Rev. Nutr* [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 20]; (32):e180158. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732019000100303.
31. Kraemer FB, Prado SD, Ferreira FR, et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis*. 2014; 24(4):1337-1359.

Recebido em 29/02/2020

Aprovado em 28/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj). Processo nº 202.734/2017

Bibliometria das publicações da revista ‘Saúde em Debate’: uma fotografia da saúde mental

Bibliometrics of the publications of the journal ‘Saúde em Debate’: a photograph of Mental Health

Tiago Oliveira de Souza¹, Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral¹, Fernanda Teles Morais do Nascimento¹, Gizele da Conceição Soares Martins¹, Hércules Rigoni Bossato¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E325

RESUMO O estudo objetivou realizar uma análise bibliométrica dos artigos publicados na revista ‘Saúde em Debate’, sobre a temática da saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no período de 2012 a 2019. Foi realizada uma busca no acervo on-line da revista em outubro de 2019. Inicialmente, os artigos foram exportados para o *software* Zotero Standalone 5.0[®], sendo selecionados para análise textual e bibliométrica 66 textos. Em seguida, esses textos foram transferidos para o LibreOffice Writer e, posteriormente, analisados no IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Observou-se que a maior parte das publicações ocorreu no estado de São Paulo (18,2%), nos anos de 2014 (24,2%) e 2017 (25,8%), e utilizavam abordagem qualitativa (40,9%). Na classificação hierárquica descendente, o conteúdo analisado foi dividido em sete classes que deram origem à quatro categorias temáticas. A vastidão desse conteúdo textual exposta na análise de similitude e nas categorias temáticas emergidas denota a complexidade do campo de cuidados em saúde mental e aponta para a necessidade de engajamento da sociedade, dos profissionais de saúde e de pesquisadores, para superação de desafios que se ancoram em condutas ainda controversas diante dos avanços alcançados.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Atenção à saúde. Política de saúde. Reforma dos serviços de saúde. Bibliometria.

ABSTRACT *The study aimed to carry out a bibliometric analysis of the articles published in the journal ‘Saúde em Debate’, on the theme of mental health, in the context of the Brazilian Psychiatric Reform, in the period from 2012 to 2019. The search was carried out in the journal’s online collection in October 2019. Initially, the articles were exported to the Zotero Standalone 5.0[®] software, and 66 texts were selected for textual and bibliometric analysis. Those texts were then transferred to LibreOffice Writer and later analyzed on IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). It was observed that most publications occurred in the state of São Paulo (18.2%), in 2014 (24.2%) and 2017 (25.8%) and used a qualitative approach (40.9%). In the descending hierarchical classification, the analyzed content was divided into seven classes that gave rise to four thematic categories. The vast textual content exposed in the similitude analysis and in the thematic categories that emerged denote the complexity of the field of mental health care and point to the need for the engagement of society, health professionals and researchers to overcome challenges anchored in conduct that are still controversial, in view of the advances achieved.*

KEYWORDS *Mental health. Health care. Health policy. Health care reform. Bibliometrics.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Área de Enfermagem em Saúde Coletiva (Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira) – Macaé (RJ), Brasil.
tiagotos@gmail.com



Introdução

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se como um movimento de luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental. Historicamente, teve seu início com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), em 1987, e com a consequente criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, sendo impulsionada por meio do movimento de reforma sanitária no Brasil. A década de 1990 foi de suma importância para alavancar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tanto pela realização de eventos quanto pela elaboração e vigência de portarias do Ministério da Saúde^{1,2}.

No que tange aos eventos, em âmbito nacional, é válido destacar: as conferências nacionais de saúde mental; encontros de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental em prol da luta antimanicomial. Com relação ao aporte legislativo, houve portarias importantes que possibilitaram a criação de serviços de base territorial e de cunho substitutivo aos manicômios, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), o Serviço Residencial Terapêutico, Leitos reservados em Hospital Geral, Estratégia Saúde da Família, entre outros^{3,4}.

O contexto internacional teve grande influência na Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente o da Itália, por meio das experiências de Franco Basaglia. À época, no ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde era favorável a essa reorientação do modelo assistencial, uma vez que a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) publicou a Declaração de Caracas, na qual havia um compromisso dos países da América Latina em substituir o manicômio – modelo hospitalocêntrico – para uma assistência com o foco no usuário, na sua família e na comunidade à qual ele pertence^{1,3}.

Logo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é uma proposta de base territorial, fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na descentralização, universalidade do acesso, equidade, resolutividade e na participação popular. Assim, compreende-se que, ao

deslocar o paradigma de assistência centrado no hospital para o território, deslocou-se também a proposta assistencial.

Nessa perspectiva, a busca pela cura da doença já estava ultrapassada; e o objetivo era promover autonomia por intermédio de produção de vida nos espaços sociais. Para tanto, o campo da saúde mental é intersetorial, ou seja, não se limita a serviços de saúde, mas busca a produção de vida com interlocução entre os setores de arte e cultura, social, jurídico-político, lazer, educação. Desse modo, a complexidade do cuidado em saúde mental se dá por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial (Raps), e os recursos e serviços que irão compor a Raps variam de acordo com a especificidade e disponibilidade de cada território, bem como do engajamento dos profissionais^{3,5}.

No que concerne ao movimento de Reforma Psiquiátrica, o foco passou a ser a reabilitação psicossocial tendo em vista atender aos seguintes conceitos: a desospitalização, a desinstitucionalização, a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa com transtornos mentais^{3,6}.

Os serviços que compõem as Raps e seus trabalhadores devem estar alinhados a esses conceitos para que haja um trabalho efetivo na promoção da saúde e qualidade de vida do usuário. Devem, assim, atuar nos serviços da Raps, de modo interdisciplinar, pautado no paradigma da atenção biopsicossocial.

No que diz respeito à assistência, esta deve considerar as limitações e as potências que provêm do território, ter um caráter transversal e incluir a família, quando possível. A participação ativa do usuário é fundamental, na construção coletiva do seu tratamento, mediante um projeto terapêutico singular⁶. Os profissionais da equipe interdisciplinar devem priorizar tecnologias relacionais do cuidado, como: o vínculo, o acolhimento, a corresponsabilização, o desenvolvimento de competências para contemplar as multidimensões e complexidades da pessoa com transtornos mentais – biopsicossocial, espiritual, econômica e cultural^{3,4}.

Nessa conjuntura, visou-se minimizar os efeitos prejudiciais da exclusão por meio do respeito às singularidades e limitações, cujas metas deveriam ser a diminuição da dependência pelo profissional – sem desassistência – por intermédio do desenvolvimento da autonomia social^{3,4}.

Esse panorama, contextualizado mediante marcos históricos, é importante uma vez que a política de saúde mental passou, nos últimos dois anos, por retrocessos que culminaram com a Nota Técnica 11/2019. Esse documento prevê a reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos bem como mantém a comunidade terapêutica como parte dos serviços financiados pelo SUS, entre outras providências que ferem os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica⁷.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira mantém-se com uma proposta de resistência marcada pela participação popular, por meio de familiares, profissionais e movimentos sociais, artísticos, científicos e culturais.

Nesse cenário, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), desde a sua criação, em 1976, luta pela democratização da saúde e pelos direitos sociais. Tem na revista 'Saúde em Debate', incluída na base da Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil) no ano de 2012, um canal relevante para divulgação e democratização de conhecimento científico para o campo da saúde coletiva/pública brasileira. Por isso, o objetivo deste trabalho foi realizar uma análise bibliométrica dos artigos publicados na revista 'Saúde em Debate' sobre a temática da saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no período de 2012 a 2019.

Material e métodos

Delineamento

Trata-se de um estudo bibliométrico da produção científica da revista 'Saúde em Debate' sobre a temática da saúde mental e da Reforma

Psiquiátrica Brasileira. Por meio do uso de técnicas estatísticas, foi realizada análise de um corpo da literatura, buscando conexões importantes entre os textos publicados e na perspectiva de apontar o desenvolvimento temporal/histórico dos temas abordados⁸. As variáveis mensuradas foram descritas quantitativamente, por meio de análise lexicográfica, classificação de contextos semânticos (método de Reinert) e análise de similitude⁹.

A bibliometria no presente estudo seguiu as seguintes etapas: busca e seleção de estudos, tabulação e padronização dos textos, extração de dados, avaliação dos estudos, análise e síntese dos resultados. A explicação de cada uma dessas etapas é descrita a seguir.

Busca e seleção dos estudos

Foram identificados artigos/publicações por busca bibliográfica, no próprio acervo on-line da revista, indexado na SciELO, no período de outubro de 2019. A construção da estratégia de busca utilizou os seguintes descritores/termos: ((*) AND ("Saúde Mental")) OR ("Reforma Psiquiátrica") AND *journal_title*: ("Saúde em Debate"). Essa estratégia de busca eletrônica ampla teve por finalidade levantar todos os artigos publicados na revista; por isso, foram incluídos os artigos publicados em inglês, espanhol e português, sem delimitar data de publicação, e que apresentassem título e resumo compatíveis com o objeto do estudo.

Os artigos encontrados foram exportados para um gerenciador bibliográfico, o *software* livre Zotero Standalone 5.0[®]. Nele, realizaram-se a organização das referências e a exclusão das duplicidades. A partir de então, contabilizaram-se 66 textos para análise textual e bibliométrica.

Tabulação e revisão dos textos

Em seguida, esses textos foram transferidos para um programa de edição de texto (LibreOffice Writer). Nesse *software*, foi construído o *corpus* (conjunto de textos)

– composto pelos títulos e resumos dos artigos, que, posteriormente, foram analisados no *software* livre IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Esse último programa possibilita o processamento de dados qualitativos (documentos, entrevista, textos etc.), dando um viés quantitativo para eles¹⁰.

Todo o *corpus* foi revisado, para uniformização de siglas e junção de palavras compostas (por exemplo, saúde_mental e rede_de_atenção_psicossocial) e separado em linhas de comando (**** *artigo_01 *ano_2019) para codificação e compreensão pelo programa. A partir disso, foram realizadas as seguintes análises com esse conjunto de 66 títulos e resumos: estatística textuais básica (lexicografia), Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e análise de similitude^{9,10}.

Além disso, os artigos foram classificados quanto ao ano de publicação, tipo de estudo, Unidade da Federação (UF) do estudo, número total de autores, autores mais citados (incluindo primeiro autor mais citado) e filiação do primeiro autor. Apresentados em tabela com frequência absoluta e relativa.

Análise e síntese dos resultados

Na análise estatística textual, realizada com auxílio do IRaMuTeQ, cada unidade de texto (cada título e resumo) é separado em Segmentos de Texto (ST); e, a partir deles, são produzidas sínteses descritivas do conjunto de textos, o *corpus*, bem como os demais tipos de análise. Nessa etapa, foram identificadas a quantidade de palavras, a lematização, além de formas ativas e suplementares na pesquisa de vocábulo⁹.

Na CHD, o *corpus* é processado e dividido em classes interpretadas pelo IRaMuTeQ e nomeadas pelo pesquisador. Essas classes são formadas por meio da associação entre a ocorrência das palavras nos ST, utilizando, para isso, o teste qui-quadrado (χ^2). No presente

estudo, foram consideradas apenas as palavras com força de associação com suas respectivas classes, cujo nível de significância foi inferior a 1% (p-valor < 0,01).

Em sequência à criação dessas classes (sete classes), foram elaborados gráficos de similitude das ligações entre palavras selecionadas e as demais palavras da classe. As palavras foram escolhidas a partir do maior valor no teste qui-quadrado e em função das frequências e relação entre as demais palavras. Assim, foram identificadas as interações entre as palavras ('Reforma Psiquiátrica', 'Território', 'Familiar' e 'Apresentar') e o conjunto de palavras da classe correspondente. Esse tipo de análise é recorrente em pesquisas sobre representações sociais e se baseia na teoria dos grafos. Ademais, auxilia na identificação dos principais assuntos presentes na produção da revista, por meio dos temas comuns contidos nos resumos¹¹.

Aspectos éticos

O estudo utilizou, exclusivamente, dados bibliográficos publicados, coletados em bases de dados de domínio público e irrestrito. Por isso, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, está isento da necessidade de parecer de Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

Foram destacados os resultados alcançados por meio da análise estatística textual e bibliométrica partindo dos métodos empregados, com a finalidade de caracterizar as publicações, identificar conexões relevantes da produção científica, classificar estatisticamente os contextos encontrados nos resumos analisados e apresentar como os termos e as palavras estão relacionadas nos diversos estudos.

Os elementos que surgem desses resultados são discutidos e avaliados a partir dos achados relevantes e originais da própria pesquisa e em

comparação com literatura pertinente (outros textos científicos), na perspectiva de interpretar a produção científica da revista 'Saúde em Debate', no campo da saúde mental.

Caracterização das publicações e análise lexicográfica

Observa-se maior ocorrência de publicações sobre a temática em estudo nos anos de 2014 (24,2%) e 2017 (25,8%), com 40,9% dos estudos com abordagem qualitativa, sendo que a UF

onde a maioria dos estudos foi realizada foi em São Paulo, seguida pela UF de Rio Grande do Sul. Os locais de estudo parecem relacionar-se com filiação acadêmica do primeiro autor, pois as mais frequentes foram a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal de Pelotas. Grande parcela desses artigos tem apenas dois autores (42,4%), por outro lado, as porcentagens de artigos com três (22,7%) e cinco (18,2%) autores também são elevadas. Artigos com um ou mais de cinco autores correspondem a 4,5% dos 66 artigos analisados (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das características das publicações da revista 'Saúde em Debate', incluídas na análise bibliométrica, 2012 a 2019

Variáveis	n	%
Ano da publicação		
2012	5	7,6
2013	4	6,1
2014	16	24,2
2015	6	9,1
2016	8	12,1
2017	17	25,8
2018	5	7,6
2019	5	7,6
Total	66	100,0
Tipo de estudo		
Abordagem qualitativa	27	40,9
Ensaio teórico	8	12,1
Relato de experiência	7	10,6
Estudo transversal	6	9,1
Revisão	5	7,6
Abordagem quantitativa	4	6,1
Pesquisa etnográfico	3	4,5
Outros	6	9,1
UF* do estudo		
São Paulo	12	18,2
Rio Grande do Sul	6	9,1
Minas Gerais	4	6,1
Paraíba	4	6,1
Rio de Janeiro	4	6,1
Ceará	2	3,0
Pernambuco	2	3,0
Santa Catarina	2	3,0
Não informado	18	27,3
Outros	12	18,2

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	n	%
Número de autores		
1 autor	3	4,5
2 autores	28	42,4
3 autores	15	22,7
4 autores	5	7,6
5 autores	12	18,2
mais de 5 autores	3	4,5
Autores mais citados		
Kantorski LP	4	6,1
Furtado JP	3	4,5
Amarante PDC	2	3,0
Andrade APM	2	3,0
Cardano M	2	3,0
Delgado PGG	2	3,0
Fiorati RC	2	3,0
Gondim APS	2	3,0
Hirdes A	2	3,0
Labbate S	2	3,0
Martinhago F	2	3,0
Miranda L	2	3,0
Oliveira EM	2	3,0
Surjus LTLS	2	3,0
Trevisan ER	2	3,0
Outros	33	50,0
1º autor mais citado		
Kantorski Luciane P	2	3,0
Furtado Juarez P	2	3,0
Hirdes Alice	2	3,0
Outros	60	90,9
Filiação do 1º autor		
USP ⁽¹⁾	9	13,6
UFPeI ⁽²⁾	5	7,6
Fiocruz ⁽³⁾	3	4,5
UFTM ⁽⁴⁾	3	4,5
UFRJ ⁽⁵⁾	3	4,5
UFPB ⁽⁶⁾	3	4,5
UFMG ⁽⁷⁾	3	4,5
UFBA ⁽⁸⁾	2	3,0
Unifesp ⁽⁹⁾	2	3,0
Unicamp ⁽¹⁰⁾	2	3,0
Outros	31	47,0

Notas: (1) Universidade de São Paulo; (2) Universidade Federal de Pelotas; (3) Fundação Oswaldo Cruz; (4) Universidade Federal do Triângulo Mineiro; (5) Universidade Federal do Rio de Janeiro; (6) Universidade Federal da Paraíba; (7) Universidade Federal de Minas Gerais; (8) Universidade Federal da Bahia; (9) Universidade Federal de São Paulo; (10) Universidade Estadual de Campinas.

*UF – Unidade da Federação.

A análise evidenciou que grande parte do resultado da busca do estudo teve origem em produção de pesquisa de abordagem qualitativa. No Brasil, estudos de abordagens relacionais fazem mais sentido ao SUS a fim de reverberar os ASPECTOS da prática assistencial vigente, conforme apontam considerações colocadas pela psicologia social¹².

Minayo¹³ afirma que essa abordagem qualitativa em saúde mental, entre outras coisas, possibilita que o pesquisador entre em contato com a história, as representações, as percepções e as opiniões dos sujeitos – e, consequentemente, na valorização da sua figura e do seu significado na produção dos resultados; trazendo à luz novas narrativas e desvelando processos sociais desse grupo.

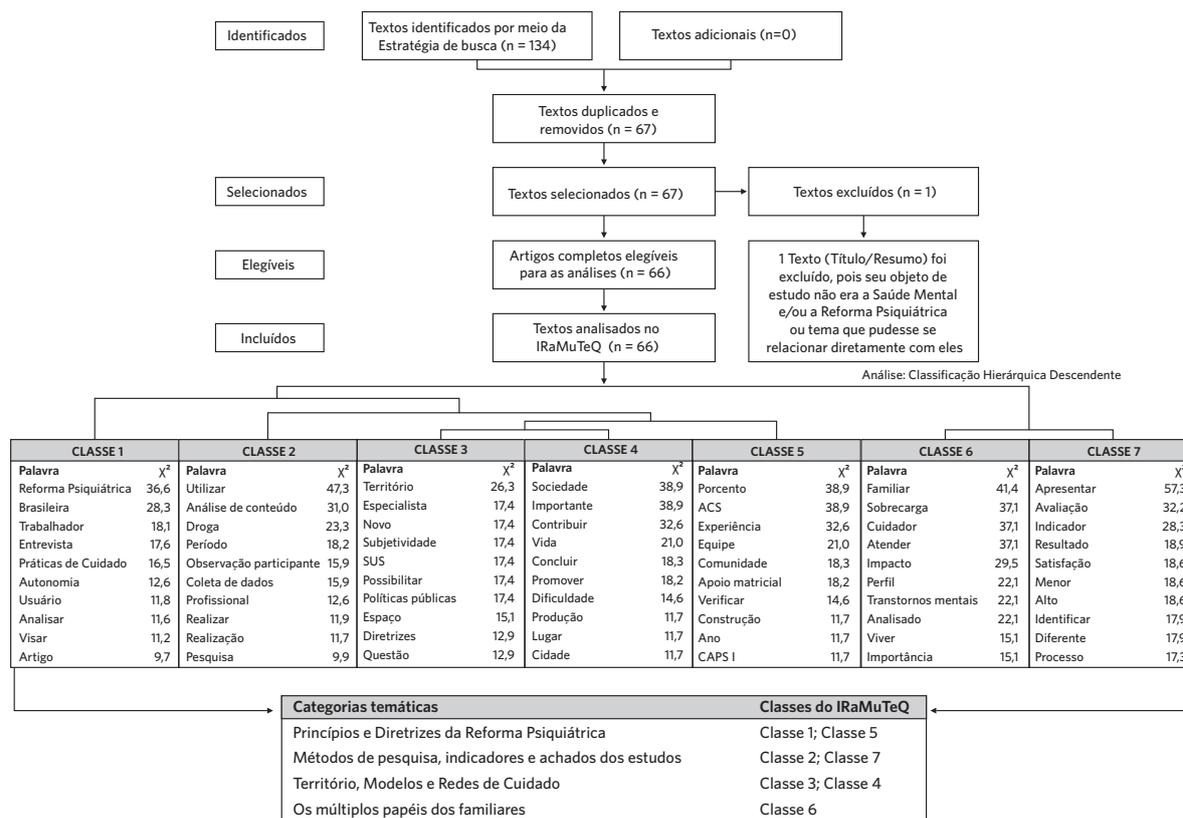
O *corpus* composto por 66 títulos e resumos dos artigos selecionados foi separado em 203 ST, com aproveitamento de 93,1% do *corpus*

(total de textos analisados). Foram contabilizadas 6.935 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.027 palavras distintas (número de formas), e 1.320 com uma única ocorrência (número de hápax).

Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

A partir da CHD, método de Reinert, o IRaMuTeQ identificou a raiz semântica das palavras no contexto e dividiu o conteúdo analisado em sete classes: classe 1, com 29 ST (15,3%); classe 2, com 22 ST (11,6%); classe 3, com 36 ST (19,1%); classe 4, com 22 ST (11,6%), classe 5, com 23 ST (12,2%); classe 6, com 23 ST (12,2%); classe 7, com 34 ST (18,0%). Assim, foi possível inferir as ideias transmitidas por essas classes, que, consequentemente, foram agrupadas e categorizadas, conforme a *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma de seleção e inclusão dos textos utilizados na análise. Revista 'Saúde em Debate', 2012-2019



A primeira categoria, composta pelas classes 1 e 5, foi denominada ‘Princípios e Diretrizes da Reforma Psiquiátrica’. Ela remonta à reorientação do modelo assistencial, apresenta crítica ao modelo hospitalocêntrico e ao processo de implantação da Raps.

[...] reforça a necessidade de resgate da autonomia, da reinserção social, do trabalho com valor social e dos direitos de cidadania, a partir de uma atenção especializada e individualizada. As redes sociais de apoio, a intersetorialidade e a articulação das Redes de Atenção Psicossocial devem ser a base da transformação para que essas questões se concretizem na prática assistencial. (artigo_01).

[...] o Caps foi o local em que os usuários se sentiram mais bem cuidados. Foi observada a coexistência de práticas de cuidado que corroboram os princípios da reforma psiquiátrica e outras que ainda reproduzem a lógica manicomial. (artigo_33).

Ancorada no Movimento Mundial de Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo fundamentado no paradigma da reabilitação psicossocial. Tal reforma elucida práticas em serviços de base territorial e comunitária que são pautados pelo princípio da desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico, almejando-se o rompimento da lógica manicomial na atenção à saúde.

Embora a reforma tenha avançado em um modelo assistencial de base territorial e comunitária, ela, enquanto movimento, ainda enfrenta desafios nas práticas institucionais influenciadas pela indústria farmacêutica e pela adoção de condutas profissionais ligadas às velhas práticas e modelos de políticas neoliberais. Em síntese, a reforma é atravessada por desafios nos campos social, político, econômico e cultural.

Um espaço importante para o acompanhamento e tratamento em base territorial e comunitária no Brasil refere-se aos Caps, que são

instituições destinadas a acolher os usuários em sofrimento psíquico, estimular sua integração

social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, além de oferecer atendimento médico e psicológico¹⁴⁽⁹⁾.

Ainda assim, há evidências sobre o aumento dos números de encaminhamentos dos usuários do Caps para avaliação e internações em hospitais psiquiátricos conduzidos pelos profissionais desse serviço substitutivo. Tal constatação acompanha o propósito sobre desmantelamento da rede substitutiva ditada pelo cenário político e ideológico do Brasil contemporâneo¹⁵.

Entretanto, em outro estudo quantitativo sobre a alta no Caps, observou-se que este possui “um percentual elevado de altas clínicas, garantindo o retorno dos usuários à vida cotidiana, especialmente entre os sujeitos com transtornos mentais graves e persistentes”¹⁶⁽¹⁾, evidenciando a importância do Caps para o resgate da cidadania, acompanhamento e tratamento dos usuários do serviço de saúde mental.

Torna-se necessário, portanto, considerar que o Caps é atravessado por diversos desafios ligados ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo um deles a promoção da cidadania do sujeito, mediada tanto pela promoção da cidadania do usuário quanto pela manutenção da autonomia diante das diversas propostas terapêuticas.

Além desse contexto, é importante apontar outros desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que tange a infraestrutura dos serviços, equipamentos e tecnologias, apoio institucional, capacitação e comprometimento da gestão nos processos de educação permanente em saúde¹⁷.

Em decorrência desses e de outros fatores, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira encontra-se em um processo lentificado, o que se agrava pela lógica neoliberal que também afeta o campo das políticas de saúde mental. Tal conjuntura atual preconiza o desmonte das políticas sociais custeadas pelo Estado. Isso reduz investimentos no SUS e precariza a assistência ao usuário do sistema e os serviços¹⁸.

Segundo Ventura et al.¹⁹, apesar das

transformações ocorridas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda existem lacunas quanto ao exercício dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, destacando que, entre outras coisas, é necessário desenvolver pesquisas e intervenções que facilitem às pessoas com transtornos mentais se apropriarem dos seus direitos. Nesse sentido, Maluf e Andrade²⁰ ressaltam que estudos que analisam as contradições entre políticas públicas com as experiências sociais são essenciais para elucidar uma avaliação qualitativa no campo das políticas públicas.

Denominada 'Métodos de pesquisa, indicadores e achados dos estudos', a segunda categoria foi composta pelas classes 2 e 7. Quando se avaliam textos técnicos, no IRaMuTeQ, como é o caso de resumos de artigos científicos, são recorrentes palavras e expressões próprias desse tipo de publicação. Nesse caso evidenciou-se a ocorrência dos principais métodos utilizados, instrumentos, ferramenta, técnicas de análise de dados e características metodológicas dos estudos em saúde mental, como pode ser observado nos trechos dos artigos a seguir:

Se utilizou um instrumento contendo variáveis sociodemográficas. (artigo_01).

Se trata de relato de experiência. (artigo_05).

O artigo apresenta indicadores para avaliação da inserção de pessoas com deficiência intelectual na rede de atenção psicossocial. (artigo_14).

Se identificaram dois indicadores qualitativos de satisfação, sendo estes: a não internação psiquiátrica ou menor necessidade desta; sentimento ou sensação de bem-estar. (artigo_27).

Para análise, foi utilizada a análise de conteúdo. (artigo_30).

Para a realização da coleta de dados, foi utilizada a técnica do grupo focal, seguida de análise de conteúdo. (artigo_39).

O conceito amplo de território, bem como a vida em sociedade e a luta por uma sociedade sem manicômios, foi categorizada como 'Território, Modelos e Redes de Cuidado', categoria composta pelas classes 3 e 4, da classificação hierárquica.

No contexto da saúde coletiva e da saúde mental, o conceito de território está presente em múltiplas dimensões e sentidos. Aparece em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e no planejamento das ações locais, e é elemento central para organizar a rede de cuidado na atenção psicossocial. [...] pensar o território em sua complexidade, como espaço, processo e composição, de forma a potencializar a relação entre serviço, cultura, produção do cuidado e produção de subjetividade. (artigo_46).

O conceito de território na saúde mental é o elemento-chave para a organização da rede assistencial e de cuidados do indivíduo em sofrimento psíquico grave e/ou com transtorno mental. Esse conceito carrega várias dimensões de sentido, é traçado no campo da geografia e utilizado na área da saúde coletiva. Logo, o território vai para além do espaço territorial, e se configura também na produção de subjetividades no meio espacial.

O território torna-se um campo existencial no qual o homem constrói sua história e produz os diversos sentidos de sua existência, assim como as suas regras, as normatizações, as interações e as negociações do convívio social.

Dessa maneira, o território irá se configurar nas características referente às singularidades daquele espaço coletivo habitado. Assim, o uso do território na terapêutica em saúde produz uma ênfase para a construção das identidades sociais dos indivíduos e a produção de suas subjetividades.

A clínica no território requer apostas dos profissionais mesmo diante das dificuldades do campo macropolítico e econômico. Tal iniciativa se dá quando o profissional investe no usuário, interage e sensibiliza com suas singularidades e contexto, promove uma escuta

qualificada, acolhe suas queixas e proporciona o cuidado no campo coletivo²¹.

Entretanto, as práticas de cuidado em saúde mental ainda estão relacionadas com ações internas dos serviços substitutivos, sem uma articulação efetiva com a rede assistencial e dentro dos muros institucionais. Essas práticas produzem ações asilares e rompem com o trabalho em rede, mesmo com a ênfase no modelo psicossocial extramuros²².

Vale destacar que a melhoria da integração das redes de atenção à saúde e dos serviços que a compõem pode ser viabilizada por meio da prática do matriciamento (apoio matricial), levando-se em conta a capacitação dos profissionais na saúde mental²³.

Para efetivar o matriciamento na rede e no processo de trabalho das equipes, torna-se necessário ampliar tal articulação entre profissionais, gestores, família e usuário do serviço de saúde mental. Por conseguinte, defende-se que o matriciamento, no âmbito da saúde mental, deriva do desenvolvimento de práticas mais integradas nos modos de se relacionar, não se restringindo a encontros ocasionais²⁴. Portanto, uma rede integrada em saúde mental de serviço e de pessoas

[...] ainda precisa ser efetivamente incorporada na agenda pública local, tornando-se uma política de Estado, garantindo sua continuidade e possibilitando uma implementação efetiva da intersetorialidade²⁵⁽¹⁸⁶⁾.

Em síntese, o trabalho focado no território e nas territorialidades, articulação entre as redes assistenciais e de cuidado em diretriz integral, adesão da família ao processo terapêutico são desafios colocados no campo da efetivação das políticas públicas em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do modelo assistencial a ser adotado no processo de trabalho das equipes.

A última categoria, nomeada 'Os múltiplos papéis dos familiares', definida a partir da classe 6, traz a ideia da participação dos familiares nos cuidados às pessoas com transtornos mentais e as implicações desse envolvimento.

[...] pretendeu-se conhecer o contexto familiar após a desospitalização do sujeito com transtornos mentais, e como a reabilitação psicossocial tem se articulado nesse processo. (artigo_65).

Cuidar de um familiar com transtorno mental exige que o cuidador auxilie nas diversas atividades cotidianas, gerando dificuldades para quem cuida. [...] envolve sobrecarga pelo acúmulo de funções desempenhadas e pelo despreparo do cuidador, sinalizando que os equipamentos de saúde mental necessitam intervir na saúde do cuidador e capacitá-lo para a oferta de cuidados. (artigo_47).

'Sobrecarga familiar' é o impacto que o cuidado dedicado a um paciente pode provocar no ambiente familiar. (artigo_29).

[...] necessidade de os serviços de saúde mental assistirem às famílias, quanto ao papel do cuidado e de apoio ao tratamento do ente com transtorno mental. (artigo_54).

A promoção do cuidado para o usuário do serviço de saúde mental não é uma questão intrínseca apenas da relação usuário e profissional, uma vez que a dimensão do sujeito envolve seu contexto social, portanto, familiar. A família é parte fundamental do acolhimento para uma assistência em saúde mental, e seu afastamento desse processo dificulta o dimensionamento de uma clínica ampliada de cuidados.

Contudo, Ziwchak e Aristides²⁶ ressaltam que, apesar da participação das famílias no cuidado terapêutico do indivíduo com transtorno mental ser fundamental, ainda há desconhecimento por parte dos familiares do seu real papel no cuidado e tratamento, além de terem dificuldade em entender a posição do Caps nesse processo.

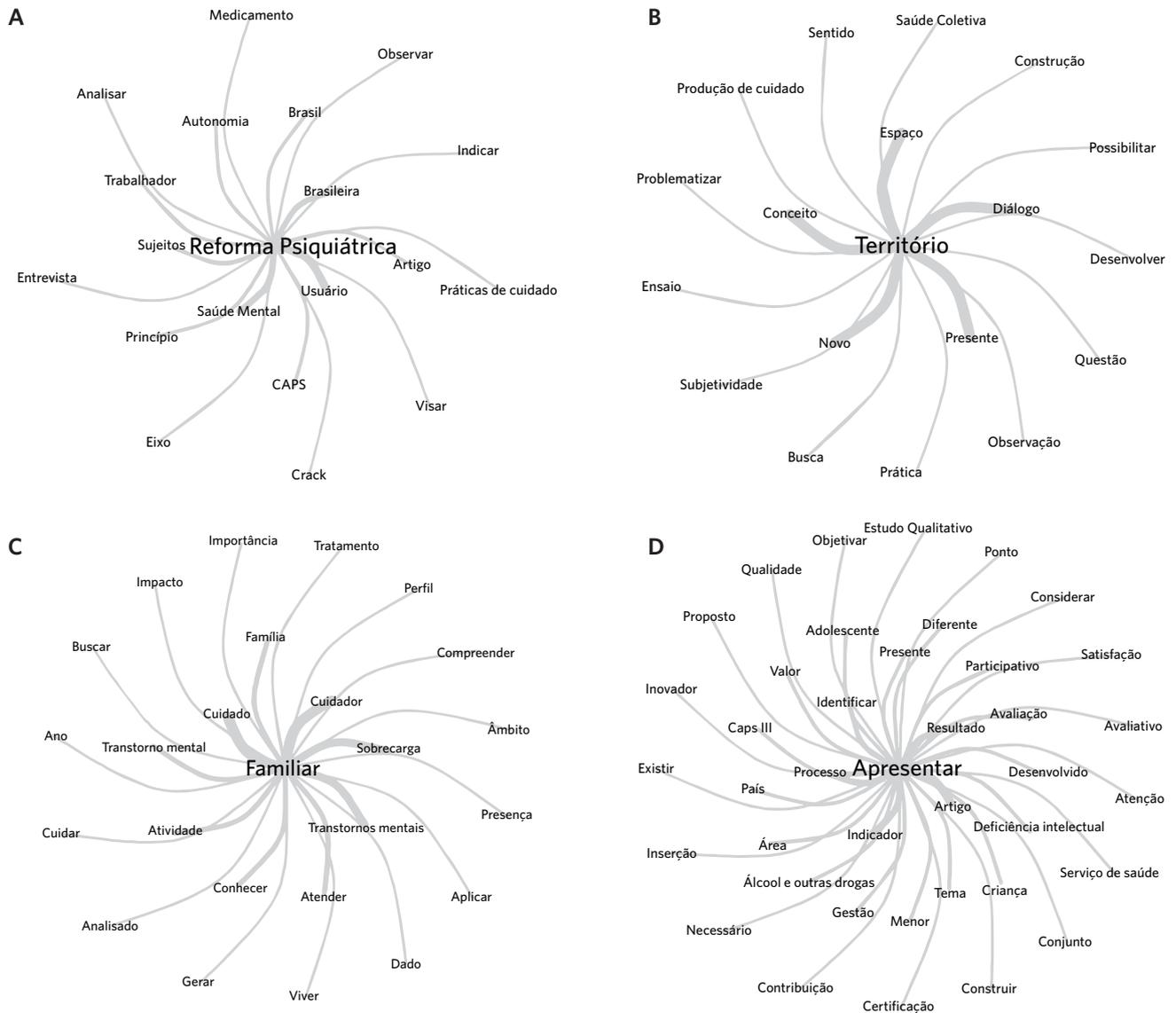
Análise de similitude

A *figura 2* mostra um grafo com as ligações entre uma palavra selecionada e as demais palavras da respectiva classe. Utilizaram-se,

como palavras centrais, as formas “Reforma Psiquiátrica” (A), “Território” (B), “Familiar” (C) e “Apresentar” (D), organizadas graficamente em quatro árvores de ocorrência,

criadas em função das frequências e da relação entre as palavras, considerando o maior valor do teste qui-quadrado das classes 1, 3, 6 e 7.

Figura 2. Análise de similitude a partir das palavras de ligação: Reforma Psiquiátrica (A), Território (B), Familiar (C) e Apresentar (D)



Na árvore de similitude (A), a maior conexão entre a palavra central e as palavras pode ser evidenciada pela maior espessura das bordas de ligação com as palavras:

usuário, sujeitos, saúde mental, brasileira. Em um segundo estágio de conexões, alguns destaques são: autonomia, Caps, princípio e trabalhador(es).

Na árvore B, pode-se destacar: conceito, diálogo e espaço e no próximo estágio de conexão: saúde coletiva, construção, subjetividade, prática e produção de cuidado.

As palavras de maior ligação com a palavra Familiar (na árvore C) foram: cuidado, cuidador, sobrecarga, transtornos mentais. Em um segundo e terceiro estágios, destacam-se as palavras: atividade, atender, conhecer, transtorno mental, família e impacto, importância, cuidar.

A árvore D compreendeu uma série de conexões e reflete a diversidade de temas e abordagens dadas nos estudos da área de saúde mental. Essa estrutura reflete como é vasto o conteúdo textual, quando selecionada a palavra 'Apresentar', que revela os resultados, métodos, população e variáveis utilizadas nos estudos.

No que se refere à limitação do estudo, ela está relacionada com o delineamento empregado e com os detalhes e critérios da própria investigação. Isso se deve às carências dos indicadores bibliométricos em evidenciar detalhes das pesquisas e sua qualidade. Outra limitação é a utilização de palavras-chaves tanto para busca de artigos indexados como para a realização das interpretações e classificação dos artigos, o que pode não refletir precisamente o teor das temáticas e abordagens dos artigos. Uma das providências adotadas para neutralizar ou reduzir essas limitações foi a utilização de uma estratégia de busca ampla e irrestrita, além do uso de critérios estatísticos nas análises.

Considerações finais

Evidenciou-se que os estudos de abordagem qualitativa, somados aos ensaios teóricos e relatos de experiência, têm-se destacado enquanto metodologias mais utilizadas nas publicações da revista 'Saúde em Debate' no campo da saúde mental, tendo nos anos de 2014 e 2017 pontuado marcos de ampliação do número das publicações na área.

As categorias temáticas que emergiram do presente estudo denotam a complexidade do

campo de cuidados em saúde mental, e as várias facetas conjunturais: sócio-político-culturais, que interferem nos seus processos de construção de práticas ao longo dos tempos. Essa complexidade, também denotada pela vastidão de conteúdo textual exposta na análise de similitude, aponta para a necessidade de estudos que aprofundem as discussões disparadas pelos elementos apresentados nas categorias temáticas identificadas, sendo essa uma limitação dos métodos utilizados nesta pesquisa.

Os Caps, a valorização das singularidades dos casos e o conceito de território enquanto chave para organização dos serviços de cuidado em saúde mental têm sido elementos de grande relevância para a reintegração social e promoção da autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais. Além disso, a abordagem de cuidadores e familiares nas discussões que envolvem políticas públicas em saúde mental, além de um achado enquanto tendência, parece irromper enquanto fundamento substancial na busca de caminhos terapêuticos mais centrados no indivíduo e, portanto, mais efetivos.

No campo dos desafios enfrentados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira na contemporaneidade, torna-se necessária a ruptura de velhas práticas contrárias ao paradigma psicossocial, a adoção de uma clínica de cuidados pautada em uma terapêutica que valorizam a subjetividades do usuário e integre a família no processo de cuidar, um maior investimento pelo Estado nas políticas públicas que colaboram para a produção de cidadania às pessoas que necessitam de serviços de saúde mental. Porém, essas mudanças requerem transformações não só no campo político-econômico, mas também cultural, em que se dão por meio das evidências e das pesquisas qualitativas e relacionais que apontem as contradições, desafios e mecanismos para permanência do paradigma psicossocial traçado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ademais, embora a Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha protagonizado essenciais mudanças de paradigmas nas formas

consuetudinárias de cuidados em saúde mental no Brasil, torna-se evidente a necessidade de engajamento da sociedade, dos profissionais de saúde e de pesquisadores, para superação de desafios que se ancoram em condutas ainda controversas diante dos avanços alcançados.

Colaboradores

Souza TO (0000-0002-0926-2926)* contribuiu

para a concepção do manuscrito, análise e interpretação dos dados, elaboração do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Amaral IBST (0000-0003-4043-6020)*, Nascimento FTM (0000-0002-0120-5687)*, Martins GCS (0000-0002-3868-7173)* e Bossato HR (0000-0002-0443-8996)* contribuíram igualmente para análise e interpretação dos dados, elaboração do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995
2. Kantorski LP, Pitiá ACA, Miron VL. A Reforma Psiquiátrica nas Publicações da Revista "Saúde em Debate" entre 1985 e 1995. Rev. eletrônica enferm. [internet]. 2006 [acesso em 2020 jan 10]; 4(2):03-09. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v4i2.763>.
3. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2009 [acesso em 2020 fev 10]; 14(1):297-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de atenção básica em saúde mental [internet]. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2020 dez 5]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_sau-de_mental.pdf.
5. Furtado RP, Sousa MF, Martinez JFN, et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. Saúde soc. [internet]. 2017 Mar [acesso em 2020 fev 28]; 26(1):183-195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017169101>.
6. Ferreira TPS, Sampaio J, Oliveira IL, et al. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. Saúde debate. [internet]. 2019 [acesso em 2020 fev 10]; 43(121):441-449. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>.
7. Pitta AMF, Guljor AP. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. Cadernos do CEAS. [internet]. 2019 [acesso em 2020 fev 10]; (246):6-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>.
8. Organização Pan-Americana de Saúde. Biblioteca

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- virtual em Saúde. *Descritores em Ciências da Saúde*. [internet]. [acesso em 2020 jan 22]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
9. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. 2018 [acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>.
 10. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 20]; 52:e03353. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>.
 11. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In: *Anais da 11ª. Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*; 2012; Liège, Belgique [internet]. 2012. p. 687-699. [acesso em 2020 jan 22]. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>.
 12. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [internet]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010 [acesso em 2020 jan 3]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>.
 13. Minayo MCS. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, organizadores. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 27-37.
 14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* [internet]. Brasília, DF: MS; 2004. [acesso em 2020 dez 5]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.
 15. Souza FSP, Jorge MSB. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trab. educ. saúde*. 2019; 17(1):e0017201.
 16. Kantorski LP, Guedes AC, Machado RA, et al. A alta dos usuários no centro de atenção psicossocial. *J. nurs. health*. 2019; 9(3):e199305.
 17. Clementino FS, Miranda FAN, Pessoa Júnior JM, et al. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. *Trab. educ. saúde*. 2019 [acesso em 2020 set 22]; 17(1):e0017713. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462019000100511&lng=pt&nrm=iso
 18. Silva EKB. Política de saúde mental no Brasil: alguns apontamentos. *Barbarói*. 2019; 53(1):172-184.
 19. Ventura CAA, Moraes VCO, Jorge MS. Direitos humanos de pessoas com transtornos mentais: perspectiva de profissionais e clientes. *Rev. enferm. UERJ*. [internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 10]; 25:e4344. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.20174344>.
 20. Maluf SW, Andrade APM. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. *Saúde Soc.* [internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 10]; 26(1):171-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168331>.
 21. Dutra VFD, Bossato HB, Oliveira RMP. Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2017 [acesso em 2020 set 22]; 21(3):e20160284. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf.
 22. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab. educ. saúde*. 2020 [acesso em 2020 set 20]; 18(1):e0023167. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000100502&script=sci_abstract&lng=pt.

23. Sarzana MBG, Lessa G, Preis LC, et al. Gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde. *REME rev. min. enferm.* 2018 [acesso em 2020 set 20]; 22:e-1144. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180075>.
24. Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2019 [acesso em 2020 jan 2]; 24(4):1247-1254. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>.
25. Pereira SLB, Guimarães SJ. Rede, instituições e articulação: contribuições de uma experiência local para refletir sobre a intersectorialidade na saúde mental. *Barbarói.* 2019; 53(1):185-207.
26. Ziwichak DJV, Aristides JL. Percepção de familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e ao adolescente usuários de um caps infanto juvenil. *Arq. ciências saúde UNIPAR.* 2019; 23(3):181-187.

Recebido em 28/02/2019

Aprovado em 10/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta

Psychosocial care and good living: experience report of a Singular Therapeutic Project by the dimensions of Gross National Happiness

Roberto Tykanori Kinoshita¹, Alexandre Teixeira Trino², Cristina Soares Guimarães², Carolina Aires de Castro³, Christiane Moema Alves Sampaio Prado³

DOI: 10.1590/0103-11042020E326

RESUMO Este artigo é um relato de experiência da elaboração e implantação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) na cidade do Rio de Janeiro. Aborda-se o modelo de atenção adotados no Caps a partir do seu projeto político-institucional, que se destaca pela organização do cuidado psicossocial em torno de processos de trabalho instituídos pela incorporação do PTS por meio da Felicidade Interna Bruta (FIB) e pelo conceito de bem viver. Como em um estudo de caso de caráter exploratório, descrevem-se, por intermédio do conceito de sociomaterialidade, inovações na organização e práticas de cuidado. O PTS é apresentado tanto pela dimensão instrumental quanto social, por meio do protagonismo de gestores, profissionais e usuários no desafio de elaborar uma tecnologia de cuidado a partir de bases diferenciadas e por pressupostos teóricos e práticos que fazem dialogar as diretrizes basilares da atenção psicossocial com as dimensões da FIB. A culminância dessa estratégia visa à formulação de projetos para a felicidade pelo PTS, como uma aposta na reflexão do contexto atual de vida dos usuários do Caps e suas possibilidades de novas subjetividades de sujeitos/cidadãos proativos pelo bem viver no território e na comunidade onde habitam.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde mental. Saúde mental. Felicidade.

ABSTRACT *This article is an experience report of the elaboration and implementation of a Singular Therapeutic Project (PTS) at the Psychosocial Care Center (Caps) in the city of Rio de Janeiro. The Care model adopted in Caps is approached from its political-institutional project, which stands out for the organization of psychosocial care around work processes instituted by the incorporation of PTS through Gross Internal Happiness (FIB) and the concept of good living. As in an exploratory case study, innovations in the organization and care practices are described, through the concept of sociomateriality. The PTS is presented both by the instrumental and social dimension, through the role of managers, professionals and users in the challenge of developing care technology from different bases and by theoretical and practical assumptions that make dialogue with the basic guidelines of psychosocial care with the dimensions of the FIB. The culmination of this strategy aims at formulating projects for happiness by PTS, as a bet on reflecting on the current context of life of Caps users and their possibilities of new subjectivities of proactive subjects / citizens for the well-living in the territory and the community where they live.*

KEYWORDS *Mental Health Services. Mental health. Happiness.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil. tykanori@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Centro de Atenção Psicossocial Carlos Augusto Magal (Caps-Magal) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Este artigo é um relato de experiência da elaboração e implantação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) no Centro de Atenção Psicossocial tipo II Carlos Augusto Magal (Caps-Magal), situado no bairro de Mangueiras, na cidade do Rio de Janeiro. Abordaremos a concepção e o modelo de atenção adotados no Caps a partir do seu projeto político-clínico-institucional, que se destaca pela organização do cuidado psicossocial em torno de processos de trabalho instituídos pela incorporação do PTS por meio das dimensões da Felicidade Interna Bruta (FIB) e pelo conceito de bem viver.

A concepção do Bem Viver enaltece o fortalecimento das relações comunitárias e solidárias, os espaços comuns e as mais diversas formas de viver coletivamente, respeitando a diversidade e a natureza [...]. Harmoniza as necessidades da população à conservação da vida, diversidade biológica e equilíbrio de todos os sistemas de vida¹⁽²⁴⁸⁾.

Como em um estudo de caso, de caráter exploratório, iremos descrever a experiência de materializar uma inovação na organização e práticas de atenção psicossocial, a partir de uma construção teórica formulada em 2016 por Kinoshita et al.², por meio dos pressupostos de fazer dialogar concepções da atenção psicossocial com as dimensões da FIB, culminando na construção de uma estratégia que visa ao agenciamento de pessoas e comunidades, na construção e busca de projetos para a Felicidade, como uma aposta baseada na reflexão do contexto atual de vida e suas possibilidades e na produção de subjetividade de sujeitos/cidadãos proativos no seu território, mediante dimensões da FIB orientadoras para implantação de um modelo de PTS no Caps.

Cada pessoa, família ou comunidade é o produto das interações que teve durante a sua história e contexto de vida. Como cada uma dessas histórias é única, para se constituir um projeto futuro é

preciso que se elabore um plano pensado de modo muito especial, na medida justa para a pessoa ou coletivo (família/comunidade) e o principal parâmetro de justiça advém da participação da própria pessoa/família/comunidade na formulação e operacionalização do cuidado. Trata-se assim do desafio de desdobrar e aprimorar operativamente as estratégias de cuidado para produção da subjetividade, protagonismo, autonomia das pessoas que são premissas da Atenção Psicossocial²⁽⁵²⁾.

Assim, abraçaremos o conceito de socio-materialidade, como constituição conjunta entre humanos e não humanos, presente em inúmeras linhas de pesquisa, especialmente no campo da Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS). Não se trata somente da experiência de implementação de um PTS em um Caps que estava sendo implantado, mas, antes, tratou-se de orientar a institucionalização de um modelo de cuidado ao mesmo tempo que um 'protocolo' de cuidado foi construído, por parceria, entre gestores e profissionais de saúde.

Em uma perspectiva teórico-conceitual, esse fazer se inspirou, entre outros, nos campos dos estudos sociais da ciência e da tecnologia, além de Law e Mol³ já citados, também Latour⁴, nos estudos organizacionais Orlikowski^{5,6} e Scott⁶ e no desenvolvimento de sistemas de informação Leonardi⁷, que abraçaram a perspectiva da sociomaterialidade. Aqui, o 'modo de existência das coisas' emerge para suplantando a dicotomia entre os mundos social e material, jogando luz sobre as práticas que produzem novas dinâmicas social e material⁴.

Essa se tornou uma perspectiva apropriada para explicitar as imbricações entre um complexo formado por um objeto/material, um formulário de PTS⁸ pela FIB construído e constituído nos interstícios heterogêneos entre o material e social, surgindo como âncora para as contratualidades do paciente com o território, para as práticas dos profissionais de saúde e para a organização do cuidado no Caps (este formulário encontra-se no *link*: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2700>).

Mergulho teórico com ação prática: desenhar e experimentar um PTS fundado na FIB

Inspirados em Paul Singer⁹, economista brasileiro que contribuiu para a divulgação do conceito da FIB no Brasil, o pioneirismo desse projeto teve seu começo em 2015, quando da iniciativa, por parte de gestores e técnicos da política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde, de produzir orientações sobre como operar, na prática, com vistas à inclusão de pessoas em condições de vulnerabilidade na atenção integral à saúde. O projeto de elaboração do ‘Caderno de Atenção Básica’ para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) tinha como objetivo orientações sobre o cuidado psicossocial aos trabalhadores dessas Equipes de Saúde da Família (EqSF); e, de forma pragmática, buscava propor um cardápio de ofertas de ações que a EqSF/Nasf poderiam realizar para qualificar e fortalecer as ações de saúde mental na atenção básica, baseadas nas dimensões da FIB.

A formulação dessa proposta tomou o PTS como uma tecnologia de cuidado que ‘contratualiza’ a relação paciente-profissional e norteia entendimentos sobre a prática do cuidado, convida o usuário a traçar projetos para a vida pautados pela significação do seu sofrimento psíquico, para produção de vida e autonomia na sua reinserção social, demonstrando, por ações concretas, possibilidades de reorientações da atenção psicossocial.

Pela via comunitária e territorial e fundado na integralidade, intersetorialidade e sustentabilidade das ações, o texto sobre um PTS, formulado em 2015 para compor o caderno de atenção básica do Nasf do Ministério da Saúde, buscava trazer as nove dimensões articuladas da FIB, orientado por novos fazeres na prática da saúde. A aposta era que essa estratégia fosse capaz de catalisar estratégias de cuidado e de promoção radical de saúde pactuadas nas

possibilidades de projetos de vida locais, singulares, de forma transformadora, concreta e pragmática com o usuário e os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

No entanto, a transformação para uma crise no cenário político do País naquele momento, em 2015, trouxe consequências e mudanças profundas na gestão do Ministério da Saúde, e o ‘Caderno de Atenção Básica’ para os Nasf não foi publicado, ficando aquele conteúdo produzido do PTS e a edição da obra em aberto, à espera de novas oportunidades para publicação.

No ano de 2016, surgiu o momento para publicar esse texto por Kinoshita et al.², em formato de capítulo de livro intitulado ‘Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade’, inaugurando o primeiro manuscrito acerca do tema da FIB e a proposta de um PTS a partir de suas dimensões no campo da atenção psicossocial.

Também em 2016, surgiu a oportunidade de unir o adensamento teórico e conceitual produzido com a ação efetiva, e assim formular e experimentar um PTS fundado na FIB⁸, de forma inovadora, em um território exposto a profundas iniquidades sociais, em um Caps recém-inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, em que um dos pesquisadores que formulou o texto² citado acima, exerceria também a função de ser o supervisor clínico institucional do Caps.

Toma-se essa implantação do PTS como um marco, um movimento, em uma emergência de encontros e de saberes que estabelecem a construção do projeto político-clínico-institucional¹⁰ do Caps, tanto por meio da concepção do modelo da atenção psicossocial como do seu funcionamento pelo conceito da FIB.

Sobretudo, na incorporação de um PTS como forma de organizar o cuidado aos usuários, iremos explorar os processos de formulação, legitimação e utilização do PTS, atentos a esse acontecimento, delineando a experiência, sua implicação, apropriação, significação e descrevendo o método como compreensão desse evento/acontecimento.

Aproximar-se ao método é caminhar em direção ao que está em mira. O que se mira é a compreensão do acontecimento no método. A começar de um projeto de pesquisa, em uma perspectiva acontecimental ele é parte integrante do processo como mapa proposicional. Pode-se, então, pensar em uma pesquisa 'sem projeto' nas Veredas do Sertão acontecimento. Pois pesquisar é compreender o acontecimento. Daí os dispositivos necessários de descrição e compreensão do fenômeno/acontecimento investigado. Todos os dispositivos instrumentais pertencentes à oficina de trabalho do pesquisador estão indelevelmente a serviço do acontecimento e não ao contrário¹¹⁽¹⁷⁾.

Igualmente tendo participado como gestor, atuando ativamente na implantação e implementação do referido Caps, o pesquisador, coautor deste manuscrito² e pesquisador desse tema em uma tese de doutoramento, também aproveita aqui os seus próprios registros da vivência a partir de notas escritas em diários de campo e de áudios gravados de sua autoria exclusiva com suas impressões e por meio de seus próprios relatos e de ninguém mais, acerca do trabalho que desenvolveu na supervisão clínico-institucional desse Caps. Tais registros e memórias de diários de campo do trabalho realizado, ora como observador participante, ora como um participante observador, adicionam um caráter etnográfico a essa etapa e são importantes para descrever esse momento.

A defesa de uma modalidade de pesquisa-ação como escopo de uma tese demonstrou que um pesquisador gestor, observador e participante, atuando por meio de um gestor pesquisador, participante e observador, pode gerar conhecimentos e práticas em saúde mental pelo método de uma pesquisa acontecimental¹⁰. Assim, as experimentações coletivas com usuários, trabalhadores e gestores, implicados diretamente com a temática da pesquisa nesse Caps, buscaram, de forma diferenciada, a produção de novas subjetivações, mediante processualidade da formulação, apreensão, utilização e legitimação do PTS

pelas dimensões da FIB e a possibilidade de conceber estratégias de atenção psicossocial inovadoras e mais inclusivas.

A implantação do Caps e a seleção da equipe de trabalhadores e gestores já operaram preliminarmente ao seu funcionamento, para adequar os objetivos da proposta inovadora ao novo serviço naquele território, observando fatores importantes, como a localização estratégica no território com vistas à articulações intra e intersetoriais e com a comunidade, perfil de profissionais selecionados para essa experiência, formulação do projeto político-clínico-institucional⁹ do ponto de atenção, inclusão de lideranças comunitárias na construção e planejamento de abertura do Caps, entre outros.

Assim, com a inauguração do serviço em outubro de 2016, a supervisão clínico-institucional do Caps, participando semanalmente das reuniões de equipe, teve um papel importante nessa pesquisa, pois toda a concepção e modelo da proposta inovadora de ter um PTS pelas dimensões da FIB⁸ incluía a necessidade de qualificação do corpo de trabalhadores e gestores, aproveitando o momento inicial do Caps, sem resquícios de modelagens anteriores e pautado pela necessidade de dotar a organização do cuidado do serviço em sinergia com uma atenção psicossocial de base comunitária, pelo conceito de bem viver da FIB.

Foram realizadas inúmeras ações de formação com todos os profissionais, por intermédio das reuniões semanais de equipe, bem como com sessões extras de educação permanente conduzidas pelo supervisor clínico-institucional do Caps, fazendo também o papel de pesquisador. À medida que a direção e os trabalhadores do Caps foram legitimando a proposta do PTS por meio de ações, eles tiveram a liberdade de adequar o formato inicial proposto de PTS, à luz da realidade das demandas e necessidades dos usuários sem, contudo, descaracterizar a concepção do modelo adotado. Pelo contrário, com essa autonomia, mostraram-se mais partícipes da proposta e demonstraram, de forma gradual e paulatina, a apropriação do PTS como

instrumento importante para formulação de projetos para felicidade.

Ressalta-se aqui a realização de diversas estratégias de sensibilização dos pacientes e familiares quanto a orientações referentes ao funcionamento do Caps, em que utilizamos as assembleias semanais de usuários como um espaço potente para construirmos com eles as propostas de ações individuais e coletivas, e entendimentos acerca da organização do cuidado no serviço e no território.

Uma das inovações, nesse sentido, muito induzidas pela concepção desse modelo de PTS pela FIB⁸ foi a incorporação, na equipe do Caps, do agente territorial, profissional com perfil de articulação de redes e agenciamentos no território, morador ou com bastante conhecimento no território de cobertura do serviço e que media com os usuários possibilidades de inserção social e promoção do cuidado no território onde habitam.

No final de um ano de funcionamento do serviço, com mais de 200 usuários cadastrados, já observamos que o Caps atuava com diversas estratégias e dispositivos de cuidado que priorizavam articulações potentes com o território e a comunidade, por meio dessa concepção de cuidado pautada pelo bem viver e pelas dimensões da FIB.

A seguir, abordaremos os pressupostos dessa concepção e modelo acoplado à atenção psicossocial no Caps.

Concepção e modelo: saúde mental e felicidade, uma agenda em construção

Na perspectiva dessa agenda em construção – a concepção de bem viver como um conceito que a saúde pública vem-se apropriando para produção do cuidado de base comunitária –, utilizamos no Caps os referenciais de um indicador de desenvolvimento sustentável, a FIB, proposta originada em um país localizado na Ásia, no alto da Cordilheira do Himalaia, cuja

política teve bastante destaque quando foi aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2011, colocando a ‘felicidade’ na prioridade de pautas para políticas públicas do desenvolvimento global a partir de um novo paradigma.

Mas o que mais se assemelha ao conceito do ‘Buen Vivir’ é o índice de ‘Felicidade Interna Bruta’, elaborado por um país budista localizado no Himalaia, Butão, que assume uma concepção de vida inspirada em conceitos muito próximos do Bem Viver¹⁽²⁴¹⁾.

Por essa concepção, sustenta-se que é preciso mudar a estrutura de relações sociais e econômicas a fim de preservar os recursos naturais para gerações futuras, por meio da construção de um novo paradigma de desenvolvimento que não seja mensurado por indicadores macroeconômicos cujo foco está no Produto Interno Bruto (PIB), mas, sim, por analogia e oposição a incluir, nessa agenda, indicadores e dimensões de bem viver, convivência comunitária, boa governança, entre outros e com os quais designou como índice de FIB¹².

Karma Ura¹³, referência internacional para estudos sobre a FIB no Butão, afirma que a felicidade é, e deve ser, um bem público, já que todos os seres humanos a almejam. Ela não pode ser deixada exclusivamente a cargo de dispositivos e esforços privados. Se o planejamento governamental e, portanto, as condições macroeconômicas da nação forem adversos à felicidade, esse planejamento fracassará enquanto uma meta coletiva. Os governos precisam criar condições conducentes à felicidade, na qual os esforços individuais possam ser bem-sucedidos. A política pública é necessária para educar os cidadãos sobre a felicidade coletiva.

A atual dinâmica social hegemônica tem como base a competição, que alimenta o individualismo, estando estreitamente ligada à estratificação da sociedade, que é promotora das desigualdades sociais tão conhecidas no mundo globalizado. Tal lógica é marcada por um ambiente de intensa disputa por afeto, por reconhecimento e por êxito. Esse

funcionamento excludente gera alta carga de sofrimento psíquico, tendo a iniquidade social e as dificuldades socioeconômicas importante relação com a saúde mental da população².

A proposta da felicidade nas políticas públicas vem ganhando adesão em alguns países, como Inglaterra, Canadá, França, Tailândia, Butão, Coréia do Norte, Colômbia, Bolívia, Equador, entre outros, citados por diversos estudos e pesquisadores: O'Donnell¹⁴, Nery¹⁵, Stiglitz¹⁶, Sen¹⁷, entre outros. Particularmente no campo da saúde, a FIB tem sido tomada como fonte de inspiração e parâmetro para constituir estratégias de atenção à saúde que considerem o sujeito em sua integralidade².

É mais fácil descrever e analisar o sofrimento em vez de fazer o mesmo com a felicidade. Como não é de hábito documentar felicidade há perda progressiva de instrumentos utilizados. Não considerá-la, implica declará-la inexistente e impossível¹⁸⁽¹⁾.

A FIB apresenta domínios ou dimensões que, no seu conjunto, orientam para ações e estratégias de promoção da melhoria da qualidade de vida nas comunidades e que se coadunam com o conceito de bem viver, são elas: Bem-Estar Psicológico; Padrões de Vida; Boa Governança; Saúde; Educação; Vitalidade Comunitária; Diversidade Cultural e Resiliência; Uso do Tempo e Diversidade Ecológica e Resiliência.

Cada uma dessas dimensões possibilita uma abertura para a construção coletiva de um rol de ações/possibilidades de atuação que vão compor um PTS formulado em múltiplas dimensões que orienta as ações no Caps.

A felicidade aqui é tomada como uma ética¹⁹ não normativa, isto é, uma realização possível a partir de um projeto mobilizador para promover e induzir movimentos, mediações e articulações entre os indivíduos da comunidade no território onde habitam, para projetos para a vida e o bem viver, como uma aposta baseada na reflexão do contexto atual da vida, de modos de existência e suas possibilidades.

[...] nem toda ética precisa ser normativa (a de Espinosa, por exemplo, não o é). Uma ética não-normativa é uma ética que estuda as ações e as paixões em vista da felicidade, e que toma como critério as relações entre a razão e a vontade no exercício da liberdade como expressão da natureza singular do indivíduo ético que aspira pela felicidade²⁰⁽¹⁾.

Considerando que a privação e as ameaças dessas dimensões citadas na FIB podem gerar sofrimentos psíquicos, o que se procura legitimar a partir desses fundamentos é a importância de uma atenção e de um cuidado em saúde mental comprometida com o conjunto dessas esferas/dimensões que compõem a pessoa, e mais do que isso, que se desdobrem por uma proposta de reabilitação psicossocial integral, a partir de acolhimento e disponibilidade em receber e ofertar na relação de cuidado, ações articuladas por equipes multiprofissionais e redes intersetoriais que integrem ações preventivas, curativas e de promoção da saúde a sujeitos de direitos e sua comunidade.

A proposta de um PTS com as dimensões da FIB

A seguir, procuramos apresentar a proposta do PTS construída no Caps-Magal por meio das dimensões da FIB. Dessa forma, com base no referencial teórico já citado e que constituiu a formulação do texto de Kinoshita et al.¹ em 2016, pelo qual já se faz uma leitura orientadora das dimensões da FIB aplicadas à atenção psicossocial.

Conforme anteriormente mencionado neste texto, as inovações que se fizeram presentes nos PTS do Caps-Magal e deram na medida em que os trabalhadores foram sendo qualificados para a utilização do PTS por intermédio das dimensões da FIB, nas sessões de educação permanente e supervisão clínico-institucional das reuniões de equipe. Assim, seguiam-se reflexões acerca das dimensões da FIB, e a direção de sua aplicabilidade prática com

ações e estratégias de cuidado no Caps e no território, sendo mobilizadas e ganhando concretude. Com vistas a enfatizar ainda o caráter multiprofissional e interdisciplinar da proposta das dimensões da FIB no Caps, iremos explicar, de forma sintética, como foi operá-las por meio do PTS por ações objetivas e práticas nos processos de cuidado, tal e qual já vem sendo realizada nessa experimentação no Caps.

1ª Dimensão da FIB: bem-estar psicológico

A ideia de bem-estar está intrinsecamente ligada a como cada indivíduo percebe sua realidade em um dado contexto. Assim, quando nos referirmos ao bem-estar psicológico, estamos tratando do universo próprio de cada pessoa e de sua subjetividade.

No campo da saúde, é essencial pensar o cuidado de uma forma que considere a pessoa na sua complexidade de modos de vida e existência, envolvendo: possibilidades e limitações pessoais, conflitos, afetos, história de vida, valores constituídos, percepção de futuro, papéis sociais e de participação comunitária, vida secreta, relação com o próprio corpo, entre outros.

Há de se evitar a redução do foco a aspectos nosológicos, restritos à definição de diagnóstico das doenças, que gera um repertório empobrecido, restrito a sintomas, que o usuário relata quando chega ao serviço de saúde, originando de um acordo tácito, próprio da relação entre paciente e profissional de saúde, pautada pelo estabelecimento da função biomédica da cura e eliminação dos sintomas, quase sempre atribuída ao profissional de saúde e ao serviço em que ele atua.

Abaixo, citamos alguns exemplos de ações práticas que podem fazer parte do PTS no Caps:

Estabelecer conversas periódicas com o usuário; entrevistar familiares e sua rede social; discutir com o usuário evolução e efeitos no uso dos fármacos prescritos; discutir e analisar

a evolução do usuário com ele e com os demais dispositivos que acompanham o caso; mediar conflitos familiares e/ou entre vizinhos; apresentar ao usuário as atividades que os serviços oferecem; convidar o usuário a participar das ações disponíveis na rede; realizar conversas individuais; buscar conhecer como o usuário se refere a sua vida, se mostra-se otimista ou pessimista; e pensar com ele estratégias que possam ser implementadas para que ele se sinta melhor; análise de fatores de risco e vulnerabilidade.

2ª Dimensão da FIB: padrão de vida e felicidade

A dimensão padrão de vida e felicidade diz respeito ao nível de acesso a bens e serviços que uma pessoa possui. Isso está relacionado não apenas com os rendimentos financeiros, mas também com a possibilidade de acesso a educação, lazer, cultura, esporte, benefícios, direitos básicos, inclusive o direito à saúde. A garantia de acesso a esses bens e direitos à população indicam fatores de qualidade de vida, e podem orientar estratégias de ação pelo PTS tanto individuais quanto comunitárias.

Na discussão sobre o padrão de vida, apresentam-se três importantes eixos utilizados na reabilitação psicossocial de Saraceno^{21,22}, considerados por ele como orientadores do cuidado: o habitar, o trabalho e a rede de suporte social.

O habitar pressupõe a necessidade de pensar o espaço de moradia, avaliar a qualidade dela e qual o poder de negociação desse usuário dentro desse ambiente. Assim, consideramos importante o técnico de referência do caso responsável pela formulação do PTS levar em consideração, nessa dimensão do padrão de vida e felicidade, os seguintes aspectos: situações mais gerais da qualidade da moradia como saneamento básico, coleta de lixo etc., e situações mais específicas, como: se há janelas na casa, se a casa apresenta acabamento, se há separação entre os cômodos, há possibilidade

de privacidade para os moradores, conhecer como se dão as relações subjetivas no espaço de moradia, entre outros.

O segundo eixo observado por Sarraceno²¹ na reabilitação psicossocial é o trabalho: um dos aspectos importantes no entendimento do contexto de vida de uma pessoa é saber como ela relaciona-se com seu trabalho e sua renda. Ademais, sabe-se que o acesso das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico ao mercado de trabalho formal ainda é baixo, por isso, fomentar projetos de geração de trabalho e renda e economia solidária é importante estratégia para a promoção da cidadania dessas pessoas, além disso, tais projetos potencializam a vitalidade comunitária, outra importante dimensão da FIB e do bem viver, e devem fazer parte do PTS.

O terceiro eixo a que Saraceno²¹ se refere, a rede social de suporte, trata de um aspecto que está estreitamente relacionado com a qualidade do padrão de vida. Contudo, optou-se por trabalhá-lo na dimensão vitalidade comunitária, a fim de respeitar a lógica e a divisão dos domínios propostos pela FIB.

Citamos, a seguir, alguns exemplos de ações que podem constar do PTS: estimular discussões em espaços comunitários sobre condições de vida no bairro e sobre possíveis melhorias; realizar encontros de aproximação com movimentos sociais que discutam moradia, trabalho, educação, cultura e estratégias de cuidado, procurando fortalecê-los, reinserção laboral por projetos de economia solidária e geração de trabalho e renda; conversar com o usuário sobre o seu habitar.

3ª Dimensão da FIB: a boa governança

Essa dimensão diz respeito à participação dos cidadãos nas decisões e processos políticos nas esferas acessíveis à pessoa – território/comunidade, bairro, município, estado, país. O fortalecimento da vitalidade comunitária e da democracia está intimamente ligado à

governança, e trata de um exercício que pode e deve ser praticado por todos.

Na sequência, sugerimos algumas ações que podem ser inseridas no PTS para essa dimensão da FIB: assembleias de usuários para discussão de funcionamento do Caps ou outro ponto de atenção da Raps; criação de conselho gestor do serviço com a participação de usuários e familiares; abertura de espaços coletivos, dentro e fora do serviço, para a discussão das questões que mais afligem a comunidade; participação dos usuários no conselho distrital e ou municipal de saúde; inclusão de usuários em conselhos comunitários e associações de moradores, entre outros.

Outros exemplos de ações nessa dimensão da FIB no PTS – identificar: os espaços de atuação política existentes; os recursos – educação, assistência social, saúde disponíveis e como atuam no território; as associações, os conselhos, comitês, partidos políticos que atuam no território; as ações coletivas de participação do usuário com esses grupos; a ampliação das possibilidades de viver e circular pelo território.

4ª Dimensão da FIB: saúde

O cuidado psicossocial se traduz pela aproximação às subjetividades que se produzem no indivíduo, sua família e comunidade no território onde habita. Aqui, propõe-se que o cuidado possa gerar movimentos e trocas no sentido de potencializar os indivíduos a tornarem-se cada vez mais autônomos e capazes de fazer escolhas. Essas serão melhores quanto mais possível for o compartilhamento das responsabilidades entre profissional de saúde, usuários dos serviços, as famílias, a comunidade, a rede de saúde e a rede intersetorial.

Exemplos de ações nesse domínio da FIB: traçar com o usuário um PTS que leve em conta as dimensões orgânicas de sua demanda como interligadas ao sofrimento psíquico; considerar o sofrimento psíquico e a experiência subjetiva como elemento essencial em todas as consultas

e grupos oferecidos na unidade; orientar para atendimento no Caps e na Raps; compartilhar o cuidado do usuário com outros profissionais de saúde da equipe EqSF/Nasf (nutricionista, dentista, médico, psicólogo, outros); orientar, avaliar e monitorar periodicamente a evolução clínica e psicossocial do usuário; acompanhar adesão e processo do tratamento farmacológico, incluindo casos de dependência ao medicamento, orientar familiares quanto a supostos riscos à integridade física do usuário, estabelecendo uma rede de proteção a danos, entre outros.

5ª Dimensão da FIB: educação

Os profissionais de saúde da Raps devem ser agentes propagadores de saberes ligados ao conceito de bem viver na comunidade. Isso significa dizer que faz parte de suas atribuições conhecer os modos como as pessoas vivem, seus hábitos, suas verdades, seus costumes, sua cultura, e, assim, trabalhar com elas na consolidação de um território e de uma comunidade que produzam mais qualidade de vida. Tal tarefa não é simples no cotidiano dos serviços, pois, de maneira geral, valoriza-se o saber científico em detrimento dos saberes vindos da comunidade.

Os grupos de pessoas que compõem o conjunto de uma comunidade possuem saberes diversificados acerca dos vários domínios da vida (família, trabalho, saúde, amizade, comunidade, prazer, educação, saber, cultura, arte etc.). As pessoas aprendem com seus parentes mais próximos, seus vizinhos, seus colegas e amigos a lidar com as situações cotidianas. Isso é educação, é troca interpessoal em que as pessoas compartilham saberes e experiências.

Exemplos de ações nesse domínio da FIB no PTS: identificar locais e pessoas importantes para o desenvolvimento histórico e cultural da comunidade; convidar membros da comunidade a dividir seus conhecimentos; atuar para a educação que visa o bem viver e

a promoção da cidadania; identificar locais onde os saberes científicos estão sendo desenvolvidos; locais onde acontecem reuniões de fortalecimento de vínculos; espaços públicos e abertos ao público que fomentem a vida cultural e educacional na comunidade; promover discussão de projetos que promovam a maior participação dos sujeitos nos diversos espaços da comunidade, visando ao desenvolvimento das suas potencialidades humanas e sociais; identificar e contribuir para a formação de lideranças comunitárias.

6ª Dimensão da FIB: vitalidade comunitária

A Raps atua em territórios adscritos de comunidades com uma ampla diversidade de características que singularizam contextos sociais e a identidade comunitária. O lócus social no qual a vida acontece é composto por relacionamentos afetivos, trocas de experiências e saberes da realidade, seus problemas mais comuns, as soluções encontradas e que mobilizam a comunidade a enfrentá-los.

Os interesses compreendidos nesse domínio preveem garantia de direitos e de cidadania dos sujeitos que compõem coletivos, fortalecimento de ações no território e acesso comum aos benefícios comunitários, dissolvendo assim os privilégios particulares.

Exemplos de ações nesse domínio da FIB no PTS: valorizar estratégias que possibilitem busca ativa de indivíduos em isolamento social dentro do território para assisti-los e inseri-los nas ações programadas pela Raps; instituir a promoção de fóruns permanentes que discutam a saúde no território com usuários, profissionais, gestores afins e todos demais atores correlatos; utilizar programas de transferência de renda e outros benefícios sociais como estratégia de resgate da cidadania e da inclusão social; buscar a (re)aproximação de usuários a grupos de amigos, familiares, vizinhos e centros de convivência, fortalecendo a rede de apoio social; criar grupos de vizinhança

solidária, em que vizinhos possam compartilhar seus problemas e ajudar-se mutuamente; organizar espaços entre pais/cuidadores do território de forma que possam conhecer e confiar uns nos outros, dividindo tarefas de cuidado às crianças; organizar grupos de cuidadores de idosos e acamados.

7ª Dimensão da FIB: diversidade cultural e resiliência

A promoção da cultura é um aspecto vital da FIB. A cultura tradicional das comunidades é expressa de diversas formas: histórias locais, hábitos e costumes, arte, modos de vida e de existência devem ser valorizadas e preservadas. Em uma comunidade, os seus moradores têm formas e meios de vida que devem ser protegidos e respeitados. Dessa forma, podemos influenciar no sentimento de pertencimento da cultura na qual o indivíduo está inserido, aumentando sua autoestima.

Exemplos de ações nesse domínio da FIB no PTS: promover inclusão de usuários na cultura local; divulgar a cultura local; promover eventos culturais e comunitários; intervir na realidade cultural do território; realizar rodas de conversa sobre temas culturais, saraus poéticos e musicais no Caps; promover festas folclóricas; rodas de capoeira; programação de passeios a teatros, cinemas, museus com os usuários;

8ª Dimensão da FIB: uso do tempo

Na perspectiva da FIB, o tempo e o valor de seu uso exercem significativa importância para produção de vida no território, contemplando assim o indivíduo, a família e a comunidade.

A vida contemporânea, marcada pelo crescente automatismo do cotidiano e pela alta necessidade de consumo, tem favorecido um tipo de relação em que os sujeitos são reféns

do seu próprio tempo. Como consequência, induzem certa emergência e imediatismo na vida cotidiana, que se traduzem em precipitações nas ações e reações das pessoas; e como desdobramentos, o que vemos, principalmente nos grandes centros urbanos, é uma aceleração no andar a vida e o mau uso do tempo como consequência.

Contudo, o mau uso do tempo não acontece somente pelo excesso de atividades. Em muitas comunidades, ocorrem problemas decorrentes da quase ausência de ofertas de atividades para ocupação do cotidiano, e aqui não se defende a ocupação somente pelo cuidado, mas a possibilidade de ofertar atividades que tenham como objetivo oferecer espaços de pertencimento e desenvolvimento comunitário. Apresentam-se como maior público nessa situação os adolescentes, os desempregados e os idosos.

Ademais, se o excesso de atividades e a aceleração da vida podem produzir quadros de sofrimentos mentais, como a ansiedade, a inquietação, a euforia e o pânico, a ociosidade pode produzir a letargia, a depressão, o desânimo e a falta de perspectiva de vida.

Acionar e despertar os indivíduos para darem valor de uso ao seu tempo podem ter um potencial terapêutico considerável, não só para sua própria saúde, mas também para a sua comunidade, promovendo qualidade de vida nesse território e adicionando aspectos que favoreçam projetos para a felicidade no coletivo.

Exemplos de ações nesse domínio: discutir em equipe o levantamento de dados e características singulares do território quanto à dinâmica de vida na comunidade e o uso do tempo; realizar rodas de conversa com grupos específicos (mulheres, adolescentes, idosos); propiciar ações que visem à boa gestão do uso do tempo; promover ou potencializar espaços de brincar compartilhado entre as crianças e adolescentes do bairro, priorizando o uso do espaço público; identificar as situações de vulnerabilidade e potencialidades relativas a questões de gênero, faixa etária e o bom uso do tempo no território.

9ª Dimensão da FIB: diversidade ecológica e resiliência

Essa dimensão da FIB se relaciona com o meio ambiente no qual se vive e as formas de preservação e renovação da ecologia local. Devem-se considerar, nesse aspecto, as formas de habitar e viver no território, e as consequências de desequilíbrios ambientais causados muitas vezes por ocupações irregulares na comunidade.

Essa realidade pode se traduzir em problemas de saneamento básico sem tratamento de água e esgoto, depredação de florestas e matas ciliares, erosão de encostas com riscos de desabamentos e deslizamentos de terra, acúmulo de lixo sem tratamento, casas insalubres e inadequadas, entre outros.

A diversidade ecológica pode promover ações de vigilância ambiental e sanitária com objetivos de prevenir e controlar danos ao meio ambiente local. Exemplos de ações dessa dimensão da FIB: ações que estimulem reflexões sobre forma de habitar na sua moradia (convivência, divisão de espaços, bem estar, ambiência); ações no território de revitalização de espaços comunitários e públicos; contenção de encostas; ações de saneamento básico; coleta seletiva de lixo, entre outros.

Conclusões

Revisitando as origens que inspiraram os primeiros PTS nos primórdios da reforma psiquiátrica brasileira, acompanhamos os avanços do modelo de atenção psicossocial na superação do manicômio como local de asilar e tratar a loucura.

A ampliação da Raps de base comunitária, substitutiva ao hospital psiquiátrico e funcionando por meio de dispositivos e estratégias para o cuidado em liberdade, vem produzindo inovações que impactam sobremaneira na promoção de saúde mental; e na reabilitação psicossocial, na inclusão de usuários com transtornos mentais graves e persistentes.

O PTS como tecnologia de cuidado largamente utilizada no campo da saúde mental é um vetor importante para potencializar projetos para a vida, a serem construídos e protagonizados pelo usuário com sofrimentos psíquicos. Assim, o sujeito vai-se reconhecendo na medida em que é estimulado a conviver em liberdade e pelo fortalecimento de laços afetivos e sociais, assumindo gradualmente suas escolhas e decisões e adquirindo mais autonomia e condução de sua própria existência.

A FIB fala de sustentabilidade, e para, de fato, torná-la mais perene, é importante o aprofundamento de estudos e pesquisas acerca dos dispositivos e ofertas de cuidado psicossocial para a promoção da felicidade pública e do bem viver. Métodos de pesquisa que busquem cartografar a evidência da produção dessas novas subjetivações, podem ampliar assim o campo do saber e do fazer da atenção psicossocial, com apostas em projetos para a vida dos usuários da Raps do SUS, e formulação de políticas públicas inovadoras que promovam novos modos de existência e de felicidade coletiva.

Assim, a FIB e suas nove dimensões tratadas neste artigo na perspectiva de serem os eixos componentes na formulação de um modelo de PTS demonstraram, com a experimentação deste estudo, poderem promover diversas ações para o cuidado e projetos para a vida dos usuários com transtornos mentais persistentes. Dessa forma, pode ampliar ainda mais a atenção psicossocial como uma ética de cuidado pautada pela promoção de autonomia, pela garantia de direitos e pelo conceito de bem viver.

Colaboradores

Kinoshita RT (0000-0003-1599-6202)*, Trino AT (0000-0003-1762-4795)*, Guimarães CS (0000-0003-2717-381X)*, Castro CA (0000-0002-0769-9008)*, Prado CMAS (0000-0003-3038-1695)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

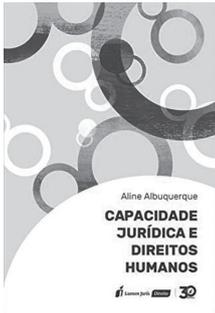
*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Alcântara LCS, Sampaio CAC. Bem Viver como paradigma de desenvolvimento: utopia ou alternativa possível. *Rev. Desenvol. Meio Ambiente*. 2017; 40(3):231-251.
2. Kinoshita RT, Trino AT, Barreiros CA, et al. Cuidado em Saúde Mental: do Sofrimento à Felicidade. In: Nunes M, Landim FLP. *Saúde Mental na Atenção Básica – Política e Cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 47-77.
3. Law J, Mol A. Notes on Materiality and Sociality. *The Sociological Review*. 1995; 43(2):274-294.
4. Latour B. *Science in Action: How to follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge: Harvard University Press; 1987.
5. Orlikowski WJ. Sociomaterial practices: technology at work. *Organization Studies*. 2007; 28(9):1435-1448.
6. Orlikowski WJ, Scott SV. Sociomateriality: Challenging the Separation of Technology, Work and Organization. *Acad. Manag. Ann.* 2008; 2(1):433-474.
7. Leonardi PM. Materiality, Sociomateriality, and Socio-technical Systems: What Do These Terms Mean? How Are They Different? Do We Need Them? In: Leonardi PM, Nardi BA, Kallinikos J, editores. *Materiality and Organizing: Social Interaction in a Technological World*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
8. Trino A, Guimarães MC, Kinoshita RT. Projeto terapêutico singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta (FIB). Repositório do observatório do cuidado. Fevereiro de 2020 [acesso em 2020 fev 7]. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2700>.
9. Singer P. A iniciativa que veio do Himalaia. Folha de São Paulo, 29 de abril de 2012. Sessão: opinião, p. 5. [acesso em 2018 nov 17]. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20160925190104/http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opinia0/39911-a-iniciativa-que-veio-do-himalaia.shtml>.
10. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Área Programática 3.1, CAPS Magal. Projeto Técnico e Político Institucional do Centro de Atenção Psicossocial tipo II Carlos Augusto Magal. Rio de Janeiro; 2016.
11. Galeffi D. Prefácio. In: Macedo R. *A pesquisa e o acontecimento: compreender situações, experiências e saberes acontecimentais*. Salvador: EDUFBA; 2016, p. 17.
12. Lustosa AE, Melo LF. Felicidade Interna Bruta (FIB) – Índice de Desenvolvimento Sustentável. [acesso em 2020 out 12]. Disponível em: <http://base.socioeco.org/docs/artigo05.pdf>.
13. Ura DK. Felicidade Interna Bruta. In: 1ª Conferência Nacional do FIB – São Paulo, 2008. [acesso em 2020 out 12]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/indicadores/felicidade/dasho_karma_explicafib.pdf.
14. O'Donnell G. Using Well-Being as a Guide to Policy. In: Helliwell J, Layard R, Sachs J. *The World Happiness Report: 2013*. Nova York: Earth Institute; 2013.
15. Nery PF. Economia da Felicidade: implicações para Políticas Públicas. Brasília (DF): Núcleo de Estudos e Pesquisas; 2014. (Texto para Discussão n. 156). [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td156>.
16. Stiglitz J. Em Busca de um novo Paradigma para o Desenvolvimento: estratégias, políticas e processos. Genebra: (In) UNCTAD; 1998.
17. Sen A, Stiglitz J. (Mis) Measuring our lives: why GDP doesn't add up. New York: The New Press; 2010.
18. Sarraceno B. A Return to the Way leading to Happiness. 2012. [acesso em 2015 jul 28]. Disponível em: http://www.souqonline.it/home2_2_eng.asp?idpadre=865&idtesto=856.

19. Espinoza B. *Éthique*. Paris: GF Flammarion; 1965.
20. Chauí M. Ensaio: Ética e Violência. 1998. [acesso em 2020 jan 17]. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/editora/teoria-e-debate/edicoes-antiores/ensaio-etica-e-violencia>.
21. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AM, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 13-18.
22. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.

Recebido em 05/02/2020
Aprovado em 21/07/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve



Albuquerque A. Capacidade jurídica e direitos humanos

Isis Layne de Oliveira Machado¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E327

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, IMPLEMENTADA NO BRASIL na década de 1980, reconheceu a importância de adotar um modelo de cuidado que considere as necessidades, os desejos e as vontades das pessoas com sofrimento mental, objetivando sua inclusão social em ambientes de trabalho, lazer e cultura. Tal política fortaleceu-se com o advento da Lei nº 10.216/2001, que visa proteger e garantir direitos de pessoas com transtornos mentais. Contudo, para que se alcance um bom modelo de cuidado e justiça social, é imprescindível a promoção da autonomia, da liberdade e da independência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

Nesse sentido, a publicação do livro ‘Capacidade jurídica e direitos humanos’¹, da autora Aline Albuquerque, mostra-se fundamental para a discussão quanto aos meios de promoção da autonomia, proteção de grupos vulneráveis, compreensão do conceito de capacidade mental e avaliação do Modelo Legal de Capacidade Jurídica brasileiro, a partir do novo paradigma de capacidade jurídica², alicerçado no referencial dos direitos humanos. A abordagem trazida nessa obra é inovadora no Brasil e nos introduz ao cenário mundial de discussões recentes, acerca da necessidade de encontrar um equilíbrio entre respeitar a autonomia e promover proteção de grupos vulneráveis, entre eles, pessoas com deficiência ou com transtornos mentais.

Na abertura da obra, a autora registra a importância de estudar os regimes da capacidade jurídica e mental, apoiados no referencial dos direitos humanos, considerando-os conceitos-chave no exercício da autonomia.

O primeiro capítulo trata da autonomia pessoal, perpassando por três modelos de autonomia, quais sejam:

- a) autonomia tradicional, caracterizada pela ideia de autogoverno e soberania pessoal, da qual advém o princípio do respeito à autonomia, ancorado nas perspectivas de Kant e Mill. Refere-se ao dever do Estado ou de outrem em não interferir no corpo ou nas escolhas, vontades e crenças individuais;
- b) autonomia relacional, fundamentada nos valores de interdependência e interconexão entre as pessoas. Considera-se que a identidade individual é formada a partir das relações travadas entre as pessoas e o contexto em que vivem. Assim, sua interação com o meio externo se reflete na tomada de decisões. Quanto a esse modelo, a autora chama atenção para a existência de relações abusivas e opressoras, que podem limitar a autonomia individual;

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil.
isis_layne@hotmail.com



c) autonomia como promoção, cuja ideia central diz respeito ao reconhecimento da necessidade de adotar meios e instrumentos para enfrentar contextos abusivos e opressivos. O estudo defende que o modelo da autonomia como promoção é o mais adequado ao referencial dos direitos humanos, razão pela qual a proteção de adultos vulneráveis, como é o caso de pessoas com transtornos ou sofrimentos mentais, deve ocorrer a partir do modelo da autonomia como promoção.

No segundo capítulo, faz-se distinção entre capacidade jurídica e capacidade mental (decisional). A primeira “abarca o direito de ser titular de direitos – capacidade legal –, e a capacidade de ser um agente perante a lei – agência legal”¹⁽⁴⁸⁾. Ou seja, a capacidade jurídica diz respeito não só ao reconhecimento de que todas as pessoas são igualmente titulares de direitos, mas também de que possuem o direito de exercê-los, a partir de instrumentos que se adaptem à sua condição de vida. A capacidade mental, por sua vez, refere-se às habilidades determinadas pela lei, para que os indivíduos decidam acerca de sua própria vida. O estudo chama atenção para o fato de que a capacidade mental em nada se confunde com deficiência intelectual ou transtornos mentais, pois tal habilidade envolve o grau de entendimento inerente a determinada informação, para que o indivíduo possa decidir e compreender as consequências de sua escolha.

A autora apresenta diferentes abordagens e testes utilizados no mundo para a avaliação da capacidade mental. Defende que o critério dos ‘melhores interesses’ deve ser substituído pelo critério das ‘vontades e preferências’ do indivíduo, a fim de nortear o Regime da Capacidade Jurídica, pautada no referencial dos direitos humanos. Ressalta que a conjugação da capacidade jurídica e mental é importante para coibir atos de afronta à autonomia, especialmente de pessoas com deficiência ou transtornos mentais.

O terceiro capítulo trata do regime da capacidade jurídica sob a ótica do referencial dos

direitos humanos. Examinam-se as abordagens da Tomada de Decisão Apoiada e da Tomada de Decisão Substituta. A primeira fundamenta-se na promoção da autonomia pessoal. Diz respeito à adoção de suportes para auxiliar às pessoas na tomada de decisões, tais como suporte familiar, diálogo aberto, círculos de apoio, *ombudsman* pessoal, entre outros. A segunda refere-se à curatela, que, em regra, consiste na privação da capacidade jurídica de uma pessoa, para que outra decida em seu lugar. Ela é conferida por meio de decisão judicial e, geralmente, tem como consequência a privação ao exercício autônomo dos direitos do indivíduo à propriedade, ao casamento, ao voto e à vida familiar. O estudo aponta que, no Brasil, a curatela é concedida com base em diagnósticos de deficiência mental ou intelectual, ou de transtorno mental, sem a devida avaliação da capacidade decisional. A autora afirma que a abordagem da tomada de decisão substituta não condiz com o referencial dos direitos humanos, razão pela qual defende que a curatela deve ser utilizada como mecanismo residual, propondo a adoção de mecanismos de suporte para tomada de decisão, como meio de promover a autonomia.

No quarto capítulo, realiza-se revisão do modelo brasileiro de capacidade jurídica, passando pelos aspectos legislativos acerca da matéria, comparando-o com novos constructos do regime da capacidade jurídica pautado no referencial dos direitos humanos. Constata-se que o modelo brasileiro necessita de urgente adequação, a fim de avançar na discussão acerca da tomada de decisão e capacidade mental.

A partir da avaliação de decisões judiciais e da leitura crítica de artigos contidos na legislação civil brasileira, o quinto capítulo demonstra que o modelo utilizado no Brasil está em descompasso com modelos de outros países, tais como Irlanda, Áustria, Inglaterra e Estados Unidos da América (Texas e Delaware). Apontou-se que, no Brasil, pessoas constantemente possuem sua autonomia desrespeitada ao argumento de que necessitam ser protegidas pelo Estado ou por outrem, como é o caso das

peças idosas, peças com deficiência ou com transtornos mentais. Por isso, a autora defende adotar um modelo de “capacidade jurídica centrado na pessoa enquanto sujeito e não como objeto da proteção do Estado”¹⁽²⁴¹⁾.

Ao final, a autora reverencia os avanços trazidos pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência no Brasil e aponta ser urgente a adoção de mudanças legislativas, que protagonizem os suportes para tomada de decisão no Modelo Legal de Capacidade Jurídica no Brasil. As discussões apresentadas são essenciais para a compreensão de que a capacidade jurídica é um direito absoluto. Tal entendimento mostra-se fundamental para promover alteração

cultural e legislativa no Brasil, especialmente no campo de saúde mental, reconhecendo que pessoas com deficiência ou transtornos mentais não devem ser declaradas incapazes com base em sua doença, assim como pessoas com inabilidade decisional têm direito ao uso de mecanismos de apoio para tomada de decisão, de modo a preservar e promover sua autonomia.

Colaboradora

Machado ILO (0000-0003-0051-9307)* é responsável pela elaboração do manuscrito.■

Referências

1. Albuquerque A. Capacidade jurídica e direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2018.
2. Committee on the Right of People with Disabilities. General Comment. Article 12: Equal recognition before the law [internet]. 2014. [acesso em 2020 fev 27]. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>.

Recebido em 01/03/2019

Aprovado em 25/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente estudo foi desenvolvido com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)/MEC

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Milena Pacheco (italiano/*italian*)

Simone Basilio (português/*portuguese*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2020.

v. 44. n. especial 3; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br