

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO**

**Reabilitação Psicossocial e o Imaginário Sobre o  
Cuidado nos CAPS: Uma Pesquisa com Profissionais  
de Saúde Mental**

**Janine Lopes Carvalho**

**2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Reabilitação Psicossocial e o imaginário sobre o cuidado nos CAPS: uma  
pesquisa com profissionais de saúde mental**

**JANINE LOPES CARVALHO**

*Sob a Orientação da Professora*

**Dra. Lilian Miranda**

Dissertação submetida como requisito  
parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Psicologia** no Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia.

Seropédica, RJ

Março de 2016

150

C331r

T

Carvalho, Janine Lopes, 1977-

Reabilitação psicossocial e o imaginário sobre o cuidado nos CAPS: uma pesquisa com profissionais de saúde mental / Janine Lopes Carvalho - 2016.

121 f.: il.

Orientador: Lilian Miranda.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de Pós-Graduação em Psicologia.

Bibliografia: f. 106-117.

1. Psicologia - Teses. 2. Ajustamento (Psicologia) - Teses. 3. Equipes de assistência em saúde mental - Teses. 4. Centros de reabilitação - Teses. 5. Doenças mentais - Teses. 6. Psiquiatria - Pesquisa - Teses. I. Miranda, Lilian, 1978-. II. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Curso de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**JANINE LOPES CARVALHO**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 30/03/2016

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilian Miranda – Orientadora  
ENSP/FIOCRUZ

---

Prof.<sup>a</sup>.: Dra. Fernanda Carnavêz de Magalhães  
UFRRJ

---

Prof.<sup>a</sup>.: Dra. Marilene de Castilho Sá  
ENSP/FIOCRUZ

Aos usuários do CAPS I Projeto Amor de Santa Margarida por me inspirarem a buscar  
respostas!

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que são o meu maior exemplo. A minha mãe pelo amor, por ser minha maior parceira, por sempre me incentivar a vencer as minhas fragilidades. Ao meu pai pela força de caráter, por me mostrar que devemos encarar a vida de frente e nunca correr das batalhas.

Ao Rafael, meu amor, pelo apoio nos momentos mais difíceis, por entender as minhas angústias e nas minhas incertezas me afirmar que eu era capaz. À Laura por fazer parte da minha vida.

Aos meus irmãos, por serem os meus melhores amigos. Em especial ao Rosalvo pelas madrugadas acordado e pelo apoio na correção do texto.

À Lilian, minha querida orientadora, pela generosidade acadêmica e cortesia com que conduziu esse processo, pelo carinho, pelos ensinamentos e pela paciência.

Aos profissionais do CAPS I e II que participaram dessa pesquisa. Pela presteza que me receberam.

À professora Marilene por aceitar participar da minha banca e por ter me despertado o interesse pelo estudo da psicossociologia.

À professora Luna pelos apontamentos importantes que fez na qualificação.

À professora Fernanda Carnavêz Magalhães pela contribuição que fez participando da banca de defesa da dissertação.

Aos Sr. João Gardingo e ao professor Lucio Sletjtes por me liberarem de alguns compromissos profissionais para que eu pudesse fazer o mestrado.

Aos amigos da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX pelo apoio.

Ao Marcos Alexandre guerreiro incansável na luta pela efetivação da Reforma Psiquiátrica na GRS de Manhumirim.

A todos os colegas que trabalham ou já trabalharam comigo no CAPS I de Santa Margarida.

A todos os atores da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Aos professores do programa de mestrado em psicologia da UFRRJ.

## RESUMO

CARVALHO, J. L. Reabilitação Psicossocial e o imaginário sobre o cuidado nos CAPS: uma pesquisa com profissionais de saúde mental. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2016.

No final da década de 70 deu-se o início do atual movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. Neste período surgiram várias críticas à assistência psiquiátrica, tais como: ineficiência da atenção, fraude no sistema de financiamento e, principalmente, o abandono, os maus tratos e a violência a que eram submetidos os pacientes nos principais hospícios do país. Progressivamente, o modelo psiquiátrico manicomial foi sendo substituído pelo modelo da atenção psicossocial, no qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumiram a posição de organizadores da rede assistencial, assumindo o mandato de agenciar formas de cuidado singular, a serem desenvolvidos no território de vida das pessoas. Para trabalhar nos novos serviços de saúde mental uma importante noção é de Reabilitação Psicossocial, esta não é apenas uma necessidade técnica, é uma exigência ética que deve englobar a todos os trabalhadores e demais atores do processo de saúde doença, ou seja, usuários, suas famílias e, finalmente, a comunidade inteira. Inserida neste contexto, esta pesquisa tem por objetivo discutir como os profissionais de dois CAPS da microrregião de saúde de Manhuaçu/MG operacionalizam as práticas de reabilitação psicossocial nos respectivos serviços. Para tanto, adotaremos a pesquisa qualitativa, baseada no paradigma construtivista e na Hermenêutica Gadameriana. Foram observados os seguintes aspectos: articulação precária entre a rede inter e intra-setorial, a administração municipal funciona como um entrave para o trabalho em relação à compra de insumos e capacitação. Em relação à reabilitação psicossocial observamos que os profissionais associam o conceito de reabilitação psicossocial como retorno ao mercado de trabalho e que ainda persiste no imaginário dos profissionais o estigma do louco como incapaz.

Palavras – chave: Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Reabilitação Psicossocial; Centro de Atenção Psicossocial.

## **ABSTRACT**

CARVALHO, J. L. Psychosocial Rehabilitation and the imaginary care in CAPS: a survey of mental health professionals. Dissertation in Psychology, Institute of Education, Rural Federal University of Rio de Janeiro, Seropédica, 2016.

The late 70 was the beginning of the current movement of Brazilian psychiatric reform. In this period several criticisms of psychiatric care appeared, such as inefficiency of attention, fraud in the financing system and especially the abandonment, abuse and violence suffered by the patients in the main hospices in the country. Progressively, the asylum psychiatric model was being replaced by the model of psychosocial care, in which the Centers for Psychosocial Care (CAPS) have assumed the roles of organizers of the care network, searching forms of singular care, to be developed in the territory of people's lives. It is important the notion of Psychosocial Rehabilitation, in order to develop the work in the new mental health services, which is not just a technical necessity, it is an ethical requirement that should involve all workers and other people that are linked to the health disease process, such as the patients themselves, their families, and finally the entire community. In this context, this research aims to discuss how the psychosocial rehabilitation practice is done, in the services of the professionals of two CAPS of Manhuaçu / MG micro region. Therefore, it will be adopted a qualitative research, based on the constructivist paradigm and Hermeneutics Gadamerian. The observed aspects were: poor relation between inter and intra-sectoral network and the acts of municipal administration as a barrier to work concerning the purchase of inputs and training. In regard to psychosocial rehabilitation it was observed that professionals associate the concept of psychosocial rehabilitation to the return to the labor market and it still persists in the minds of professionals the mad stigma as being incapable.

Key - words: Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Psychosocial Rehabilitation; Psychosocial Care Center.

## **LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

**TABELA 1:** Trabalhos científicos selecionados na base de dados segundo combinação de termos de busca

**TABELA 2:** Artigos encontrados e selecionados de acordo com o ano

**TABELA 3:** Quantidade de trabalhos publicados por periódicos científicos

**TABELA 4:** Número de pesquisa por cidade

**TABELA 5:** Instrumentos de Coleta do Material Empírico

**QUADRO 1:** Trabalhos distribuídos de acordo com os temas

## LISTA DE SIGLAS

**AB:** Atenção Básica  
**ABP:** Associação Brasileira de Psiquiatria  
**ABRASCO:** Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
**AP:** Atenção Primária  
**ARUC:** Aliança de Pesquisa Comunidade Universidade  
**CAPES:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial  
**CAPSad:** Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas  
**CAPSi:** Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência  
**CEBES:** Centro Brasileiro de Estudos da Saúde  
**CNPQ:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
**CRAS:** Centro de Referência de Assistência Social  
**DINSAM:** Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde  
**ESF:** Estratégia Saúde da Família  
**FAPERJ:** Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro  
**FAPESP:** Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo  
**FHEMIG:** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais  
**GRS:** Gerência Regional de Saúde  
**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**IDH:** Índice de Desenvolvimento Humano  
**INPS:** Instituto Nacional de Previdência Social  
**MCT:** Ministério de Ciência e Tecnologia  
**MS:** Ministério da Saúde  
**MTSM:** Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
**NAPS:** Núcleo de Atenção Psicossocial  
**NASF:** Núcleo de Assistência a Saúde da Família  
**PIB:** Produto Interno Bruto  
**PNSM:** Política Nacional de Saúde Mental  
**PT:** Partido dos Trabalhadores  
**PTS:** Projeto Terapêutico Singular  
**RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial  
**REME:** Movimento de Renovação Médica  
**RP:** Reforma Psiquiátrica  
**RPB:** Reforma Psiquiátrica Brasileira  
**SAMU:** Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
**SES MG:** Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais  
**SRT:** Serviço Residencial Terapêutico  
**SUS:** Sistema Único de Saúde  
**TCLE:** Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
**TR:** Técnico de Referência  
**UFRGS:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
**UPA:** Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 SOBRE A IMPLICAÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 As Concepções Históricas da Loucura: Panorama Mundial e Brasileiro .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.1 Antecedentes históricos da compreensão da loucura .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.2 Os movimentos contemporâneos da reforma psiquiátrica mundial.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.3 O início da assistência psiquiátrica no Brasil.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1.4 O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil: da década de 70 até os dias atuais</b>	<b>29</b>
<b>3.2 O Modo de Atenção Psicossocial .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 O Centro de Atenção Psicossocial .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Reabilitação Psicossocial.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 A Sociedade Contemporânea e o Imaginário nas Organizações.....</b>	<b>44</b>
<b>3.4.1 A sociedade contemporânea .....</b>	<b>44</b>
<b>3.4.2 A função imaginária .....</b>	<b>46</b>
<b>3.4.3 O trabalho nas organizações de saúde.....</b>	<b>50</b>
<b>3.5 Revisão Bibliográfica.....</b>	<b>51</b>
<b>3.5.1 Resultados .....</b>	<b>52</b>
<b>3.5.2 Considerações Finais sobre a revisão bibliográfica.....</b>	<b>67</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>69</b>
<b>4.1 Tipo de Pesquisa .....</b>	<b>69</b>
<b>4.2 Campo e Objeto de Estudo .....</b>	<b>71</b>
<b>4.3 Sujeitos.....</b>	<b>73</b>
<b>4.4 Critérios de Elegibilidade .....</b>	<b>74</b>
<b>4.5 Estratégia de Pesquisa.....</b>	<b>74</b>
<b>4.6 Análise e Interpretação do Material Empírico .....</b>	<b>76</b>
<b>4.7 Questões Éticas .....</b>	<b>76</b>

<b>5 AS NARRATIVAS .....</b>	<b>78</b>
<b>5.1 Reabilitação Psicossocial.....</b>	<b>79</b>
<b>5.2 Organização de Rede.....</b>	<b>84</b>
<b>5.3 Trabalho em Equipe.....</b>	<b>86</b>
<b>6 ENTRE O EMPÍRICO E O TEÓRICO: o encontro das narrativas com o contexto da produção do cuidado e da reabilitação psicossocial .....</b>	<b>91</b>
<b>6.1 Reabilitação Psicossocial.....</b>	<b>91</b>
<b>6.2 Organização de Rede.....</b>	<b>96</b>
<b>6.3 Trabalho em Equipe.....</b>	<b>100</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>120</b>



# 1 INTRODUÇÃO

O tema dessa pesquisa compreende a expressão – “atenção psicossocial” – que surgiu, no campo da saúde, após a Segunda Guerra Mundial quando em vários países do mundo começaram a desenvolver-se críticas ao modelo médico de uma forma geral e ao modelo médico psiquiátrico. Amarante (2007) assinala que a primeira pessoa a cunhar o termo Psicossocial foi James L. Halliday em seu livro *Psychosocial Medicine*, publicado em Londres em 1948, estabelecendo as primeiras relações entre a sociedade e o psiquismo. No Brasil, o termo psicossocial começa a ser mencionado a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, desde a década de 80, quando foi associado a experiências exitosas como as do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Os elementos teóricos surgidos dessas experiências comungam com idéias sociológicas e psicológicas, do materialismo histórico, da psicanálise e da filosofia da diferença, dentre outras correntes teóricas.

Costa-Rosa (2000) aponta que atualmente o termo atenção psicossocial é utilizado num sentido amplo e serve para nomear o novo modelo em saúde mental que surgiu para substituir o modelo asilar que até então era hegemônico no país. O termo atenção psicossocial vem sustentando uma série de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas, tomando uma amplitude tão grande no cenário da reforma psiquiátrica brasileira (RPB) que atualmente aglutina como seus componentes básicos e inalienáveis os conceitos e as práticas incluídas nas políticas de apoio psicossocial e reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial, de acordo com Saraceno (1996), é “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social” (p.16). O autor completa que a reabilitação psicossocial não é apenas uma necessidade técnica é uma exigência ética e deve englobar a todos os trabalhadores e a todos os atores envolvidos no cuidado ao processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira.

As propostas da RPB, embora incorporadas em grande parte na política nacional de saúde mental (PNM), estão longe de ser consenso na sociedade em geral. Podemos citar como exemplo recente o posicionamento de Ferreira Gullar – cronista, crítico de arte e poeta – após o assassinato do cineasta Eduardo Coutinho no Rio de Janeiro em fevereiro de 2014. O principal suspeito do crime é o filho do cineasta – que supostamente sofre de esquizofrenia - que segundo a investigação cometeu o assassinato quando estava em uma crise psicótica (FOLHA DE SÃO PAULO<sup>1</sup>). Ferreira Gullar em um ensaio intitulado “Tragédia desnecessária” aponta que o movimento de reforma psiquiátrica brasileira nega a existência da doença mental como também se opõe a internação psiquiátrica “criaram até um movimento que se intitula ‘antimanicomial’, que visa, de fato, acabar com as clínicas psiquiátricas”(FOLHA DE SÃO PAULO<sup>2</sup>). Não foi a primeira vez que o Ferreira Gullar utiliza o espaço da mídia para manifestar sua opinião sobre a atual política brasileira de saúde mental.

---

<sup>1</sup> Disponível em: (<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/02/1406457-eduardo-coutinho-e-assassinado-pelo-filho-na-zona-sul-do-rio.shtml>). Acessado em: 27/10/2014.

<sup>2</sup> Disponível em: (<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/ferreiragullar/2014/02/1412240-tragedia-desnecessaria.shtml>). Acessado em: 27/10/2014.

Outro ponto que tem causado polêmica na mídia é o tratamento dispensando às pessoas com necessidades de cuidado em decorrência do uso de álcool, *crack* e outras drogas. A PNSM preconiza o tratamento nos CAPS ad e CAPS ad 24 horas, serviços específicos para o cuidado, atenção continuada e atenção integral a esses sujeitos, trabalhando sobre a ótica da redução de danos. Contudo, o que vemos no país é um movimento favorável às comunidades terapêuticas que preconizam o tratamento em lugares fechados, com características asilares. Contudo, não é apenas em relação aos usuários de álcool e outras drogas que vemos uma tendência à institucionalização, observamos também a crescente disseminação dos “abrigos” para idosos, da internação de adolescentes que cometem delitos, fatos estes que merecem atenção para que não se repita antigas formas de controle e exclusão de minorias que expressam elevado grau de sofrimento e de dificuldade de adaptação às exigências da sociedade contemporânea.

Atualmente o Brasil conta com mais de 2000 unidades do tipo CAPS em todo o território nacional, serviços que são considerados estratégicos para a reforma psiquiátrica, devido a sua característica de oferecer cuidado no território para pacientes considerados graves, sejam crianças, adolescentes, adultos ou pessoas com problemas em decorrência do uso de álcool, *crack* e outras drogas. Muitas pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de estudar os novos serviços e práticas de cuidado em saúde mental, contudo privilegiam o contexto das grandes cidades. Como exemplo, podemos citar as pesquisas realizadas por Onocko-Campos et. al (2009) e Kantorski et. al (2009), que avaliaram a rede de CAPS de duas metrópoles, cujas políticas de saúde mental eram consideradas suficientemente avançadas.

Contudo, embora fundamentais, esses trabalhos não podem ser considerados um reflexo do cenário nacional, pois metade dos municípios brasileiros são de médio e pequeno porte, com características sócio-demográficas e políticas que diferem das grandes cidades – como aponta estudo realizado por Luzio e L’Abbate (2009). O estado de Minas Gerais, onde está pesquisa será realizada, é exemplo disso, pois possui 853 municípios, sendo que 79,1 % destes têm menos de 20.000 habitantes e, apenas 7,7 % possuem mais de 50.000 habitantes, segundo dados do censo de 2010<sup>3</sup>.

Bezerra (2007) ressalta que até mesmo os “adversários” da RPB não questionam abertamente o ideário antimanicomial. Mesmo os que defendem o hospital psiquiátrico e tentam reverter as articulações legais e políticas que amparam o novo cenário psiquiátrico do país asseguram estar de acordo com as diretrizes gerais do movimento, mas resguardam suas críticas ao que eles assinalam de “insuficiência ou inconsistência” do novo modelo assistencial. Como exemplo de crítica recente ao modelo assistencial da RPB podemos citar a nota de esclarecimento divulgada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) na época da nomeação do psiquiatra Dr. Valencius Wurch para a Coordenação Nacional de Saúde Mental. Na referida nota a ABP diz “há quase 30 anos, a Coordenação de Saúde Mental vem adotando uma política de assistência em saúde mental que não privilegia a reinserção social e o tratamento médico adequado dos doentes (...) Não apoiamos o modelo de assistência centrado no Hospital (hospitalocêntrico) falido há décadas, mas também não apoiamos o modelo atual, também falido, centrado no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (capsocêntrico)”<sup>4</sup>.

Por discordar da posição da ABP em relação à falência do modelo atual de assistência que tem o CAPS com dispositivo estratégico e, ao mesmo tempo, por reconhecer que entraves e contradições desse novo modelo precisam ser enfrentados, é que a pesquisa em tela busca

<sup>3</sup> Disponível em: (<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/115.pdf>). Acessado em: 01/11/2014.

<sup>4</sup> Disponível em: (<http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2015/12/nota.pdf>). Acessado em: 22/02/2016.

aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos CAPS das pequenas cidades brasileiras. Para tanto, nos basearemos na análise de como seus profissionais operacionalizam as práticas de reabilitação psicossocial nos serviços.

Para este estudo foram utilizados como autores principais Michel Foucault, Benedetto Saraceno, Jairo Goldberg, Paulo Amarante, Heitor Rezende, Abílio da Costa-Rosa, Gastão Wagner de Sousa Campos, Ana Marta Lobosque, Ana Pitta, Fernando Tenório, Paulo Ferreira da Silva Filho entre outros.

O método de pesquisa adotado será qualitativo, baseado no paradigma construtivista e na Hermenêutica Gadameriana. O material empírico será construído através da técnica do grupo focal e a análise hermenêutica utilizará como principais tradições teóricas os autores que trabalham as noções de atenção e reabilitação psicossocial, bem como os conceitos de imaginário enganador e motor segundo Eugène Enriquez.

Nas próximas seções deste projeto, serão apresentados os objetivos da pesquisa e, em seguida, a revisão de literatura apontará algumas concepções históricas da loucura, o modo como ela foi trabalhada num panorama mundial e brasileiro e, finalmente, os principais movimentos de reforma psiquiátrica no mundo e o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil até os dias atuais. Em seguida tratar-se-á das noções de atenção e reabilitação psicossocial que fazem parte dos pilares de sustentação das propostas assistenciais vinculadas à reforma psiquiátrica brasileira. Posteriormente será feita uma discussão sobre o cuidado na sociedade contemporânea e o imaginário nas organizações. Logo em seguida, tentaremos a partir de pesquisas compreendidas no período de 2001 a 2013, apresentar as práticas de cuidado realizadas nos CAPS no Brasil e algumas questões suscitadas por estas pesquisas. Em seguida, faremos a apresentação do método de pesquisa, seus aspectos teóricos e éticos. Logo após será realizada uma apresentação das narrativas dos grupos focais realizados para, depois, realizar a discussão do material empírico

**Objetivo geral:**

- Discutir como os profissionais de dois CAPS da microrregião de saúde de Manhuaçu operacionalizam as práticas de reabilitação psicossocial nos respectivos serviços.

**Objetivos específicos:**

- Apreender o modo como os profissionais dos CAPS estudados concebem o trabalho por eles realizado;
- Compreender os sentidos que os profissionais dos CAPS estudados constroem em torno da reabilitação psicossocial;
- Identificar as relações entre as propostas teórico políticas da atenção psicossocial e as concepções de trabalho dos sujeitos estudados;
- Discutir os avanços e desafios da atenção psicossocial na região pesquisada;
- Compreender o imaginário sobre reabilitação psicossocial segundo a visão dos profissionais de dois CAPS estudados.

## 2 SOBRE A IMPLICAÇÃO

Os avanços brasileiros na área da saúde mental são inegáveis, mesmo em condições sócio-econômicas adversas, como as que vivenciamos no país. Em pouco mais de uma década o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira impetrou a aprovação de uma lei nacional e várias estaduais, como também de importantes portarias, institucionalizando uma política contrária a que vigeu durante décadas, desconstruindo paulatinamente a dominância dos hospitais psiquiátricos.

O desmonte do antigo modelo asilar levou a criação de uma rede de serviços de saúde abertos e com inserção territorial, que são chamados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços nasceram para serem substitutivos ao modelo manicomial, e essa nova forma de atenção em saúde mental baseou-se mais nos valores dos que acreditavam na necessidade de mudanças, do que em evidências científicas da eficácia dos novos arranjos e procedimentos sugeridos, uma vez que embora já existissem no contexto internacional, ainda eram uma novidade na realidade brasileira (KIRSCHBAUM, 2008; CAMPOS, 2008).

Tendo esse cenário de fundo, a opção pelo tema de pesquisa “Atenção/reabilitação psicossocial” é resultado das minhas escolhas no campo profissional, escolhas estas que começaram a ser feitas ainda na faculdade. Meu primeiro contato com o campo da atenção psicossocial aconteceu logo nos primeiros períodos de graduação em psicologia quando participei – em 1995 - de uma pesquisa sobre a rede de atenção em Saúde Mental de Juiz de Fora – MG, onde procuramos fazer um comparativo entre a atenção hospitalar/manicomial e o CAPS. Juiz de Fora nesta época contava com seis hospitais psiquiátricos e apenas um CAPS. Para a pesquisa foram realizadas entrevistas com profissionais dos hospitais e do CAPS. O CAPS – neste período - contava com a supervisão do Dr. Jairo Goldberg e os profissionais possibilitaram que a equipe o entrevistasse. Foi meu primeiro contato com as formas de cuidado em saúde mental e, se por um lado fiquei impressionada com o discurso de Jairo e a leitura de seu livro “A clínica da psicose”, por outro fiquei chocada com a visita feita ao hospital psiquiátrico. A partir deste momento, a escolha pela psicologia que havia sido feita pensando em ter um bonito consultório com um divã vermelho foi radicalmente substituída por um ideal militante e antimanicomial.

Minha história de profissional de saúde mental começou no ano de 2001 quando fui contratada para trabalhar no município de Santa Margarida – zona da mata mineira. Foi um momento de mudança de governo e o secretário de saúde era uma pessoa muito sensível às dificuldades de atenção às pessoas com sofrimento mental da cidade. Neste cenário de mudança começou a ser delineado o projeto do CAPS, que foi inaugurado um ano depois. Nesta época a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Manhumirim – da qual o município de Santa Margarida faz parte - já contava com dois CAPS, um deles em Espera Feliz e outro em Manhuaçu. Os três serviços da região passaram por momentos difíceis, abertos antes da portaria GM 336/2002 não contavam com nenhum tipo de recurso financeiro do governo estadual ou federal. Contudo, apesar das dificuldades financeiras os profissionais dos três serviços eram guerreiros aguerridos e estavam imbuídos do espírito reformista.

Em 2004 os profissionais de Saúde Mental juntamente com a referência técnica da GRS de Manhumirim – criaram através de Ata, o Fórum de Saúde Mental no dia 29 de julho. O Fórum de Saúde Mental é um órgão colegiado de caráter permanente consultivo constituído por membros representantes das Regiões de Saúde de Carangola (Ampliada Sudeste) e Manhuaçu (Ampliada Leste do Sul), com a finalidade de fortalecer as ações e estratégias de saúde mental em conformidade com as Leis nº 10.216 de 06/4/2001 e 11.802 de 18/1/1995.

Desde a criação do mesmo, venho participando de suas reuniões que acontecem uma vez por mês em cada microrregião. Duas vezes por ano acontece uma reunião unificada das duas microrregiões.

A minha trajetória na assistência, como também minha participação nos fóruns fez com que várias questões começassem a me incomodar, tais como: a difícil interlocução dos CAPS da região com a atenção básica, a dificuldade dos profissionais dos CAPS de darem alta a seus usuários, a ausência de práticas de cuidado extra- muros e equipes muito dependentes do saber psiquiátrico, que trabalham segundo o modelo biomédico. Além destas questões outras também eram visíveis como a grande rotatividade de profissionais nos serviços devido a vínculos precários de trabalho, a falta de capacitação dos profissionais e a ausência de supervisão clínico institucional.

Atravessada por todas estas questões é que surgiu esta proposta de pesquisa de mestrado que acabou por focalizar-se em como os profissionais dos CAPS trabalham a reabilitação psicossocial e o *recovery* dos usuários.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 As Concepções Históricas da Loucura: Panorama Mundial e Brasileiro

“Como poderia limitar-me quando o meu poder se estende a todo o gênero humano?” (ERASMO DE ROTTERDAM, 1995)

Roterdam (1955), referindo-se à loucura, apontava como seria difícil limitá-la, uma vez que poderia atingir a todos, sem distinção política, social, econômica ou religiosa em, absolutamente, todas as raças que habitam o planeta. Com essa crença, iniciamos a discussão de nossos estudos na pretensão de demonstrar, ao longo de sua realização, como a loucura tornou-se problema social.

Neste capítulo apresentaremos um relato da evolução da saúde mental no mundo e no Brasil, buscando retratar como a condição do “louco” vem sendo tratada desde a antiguidade clássica. Esta contextualização histórica da loucura nos possibilitará entender como o modelo manicomial com suas práticas excludentes – prevalente desde o fim do século XVIII – foi paulatinamente substituído pelo modelo da atenção psicossocial, que trabalha dentro do enfoque da reabilitação psicossocial, que é o tema desta pesquisa.

Através de um sobrevôo rápido e sucinto, procuramos focalizar nos contextos analisados pelos autores referenciados na nossa apresentação, em cada época, as conjunções dos fenômenos sociais, políticos e econômicos implicados na destinação do lugar, dos recursos e dos tratamentos da loucura. Buscamos entender como o modelo manicomial e as práticas a ele associados se deve a um longo processo em que a loucura foi apropriada por diferentes discursos e tratada através de distintos dispositivos. Conhecer esse processo ajuda a compreender melhor as noções e interesses político-ideológicos associados à atenção psicossocial.

#### 3.1.1 Antecedentes históricos da compreensão da loucura

De acordo com Foucault (2000) e Rezende (2000), no período correspondente à Antiguidade e Idade Média, o louco pôde experimentar certa liberdade. A loucura era essencialmente “experimentada em estado livre, circulava, fazia parte do cenário e linguagem comuns” (FOUCAULT, 2000, p. 78). Nesta época a loucura era representada com uma figura diferenciada da normalidade, mas não era simbolicamente desqualificada, pois era positivada como sendo um lugar fundamental de enunciação da verdade. No final do século XV, época em que a Europa vivia o Renascimento, a loucura renova-se com os poderes essenciais da linguagem. Neste período histórico foram implantados os primeiros estabelecimentos reservados aos loucos, primeiro na Espanha e depois na Itália. O tratamento era inspirado na medicina árabe. Existia uma concepção trágica da loucura.

Retratando esses momentos históricos – Antiguidade, Idade Média e o Renascimento – podemos considerar, de acordo com Rezende (2000) que:

(...) existiram um dia um tempo e uma sociedade na qual, pela própria relação que os homens mantinham entre si e com a natureza, a loucura parecia diluída

imprecisamente em todos os homens, era, por assim dizer, natural. A modificação daquelas relações, trazendo consigo a necessidade de um novo homem cujas qualidades de virtude, contenção, parcimônia e razão eram exigências fundamentais, veio alargar os limites da norma e, conseqüentemente, estreitar os horizontes permitidos à loucura (p. 19-20).

Foucault (2000; 2005) ressalta que no século XVII – período histórico anterior ao da grande internação - houve uma brusca mudança no tratamento dispensado aos loucos: o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão. A loucura, nesta fase, já estava sofrendo um processo de discriminação e passou a ser progressivamente isolada do espaço social, expulsa para a periferia e posteriormente instalada nos antigos lugares onde se inseriam leprosos e sífilíticos. Segundo Rezende (2000), “foi justamente o princípio do fim do campesinato como classe e declínio dos ofícios artesanais que vieram selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social” (p. 23).

Em toda a Europa – Inglaterra, França, Alemanha, Holanda, Itália e Espanha - foram criados estabelecimentos para receber não só os loucos, mas todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, davam mostras de alienação. Estabelecimentos estes que não tinham nenhuma pretensão médica ou de tratamento. Este internamento visava somente retirar os indivíduos miseráveis do seio da sociedade (FOUCAULT, 2005). Nesse sentido ao autor completa:

Em toda a Europa o internamento tem o mesmo sentido, se for considerado pelo menos em suas origens. Constitui umas das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise na economia espanhola (p. 66).

Nos períodos não caracterizados pela crise econômica, o internamento servia a outro propósito, usando todo seu poder de repressão para obrigar ao trabalho os que estavam presos, fazendo-os servir aos interesses da sociedade burguesa. “A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas” (FOUCAULT, 2005. p. 67).

Dessa forma, no período clássico, o internamento representou um duplo papel: eram encarcerados os miseráveis, vagabundos, desempregados e loucos para assim ocultar a miséria e evitar os problemas políticos e sociais de uma possível agitação; mas quando os asilos eram usados como ateliês obrigatórios – de mão-de-obra barata –, aumentava o desemprego nas regiões vizinhas. Assim, a criação das casas para internamento dos degredados pode ser considerada um grande fracasso, o que é bem explicitado nas palavras de Foucault (2005):

Avaliada apenas de acordo com seu valor funcional, a criação das casas de internamento pode ser considerada um fracasso. Seu desaparecimento em quase toda a Europa no começo do século XIX, como centros de recepção de indigentes e prisão da miséria, sancionará seu fracasso final: remédio transitório e ineficaz, precaução social muito mal formulada pela industrialização nascente (p. 70).

O cenário das grandes interações não durou mais do que um século. A partir do meio do século XVIII, a elevação dos ideais Iluministas (expressos, principalmente, nos princípios da Revolução Francesa, na declaração dos direitos dos homens nos Estados Unidos, no início da Revolução Industrial, dentre outros fatos históricos), representou a destituição das crenças teocêntricas como capazes de explicar os fenômenos da realidade, levando ao centro do interesse da ciência o próprio homem. Esse momento histórico determinou o crescimento do movimento de denúncias contra as interações involuntárias e arbitrárias, repercutindo numa reforma nas instalações hospitalares em toda a Europa – principalmente na França. (FOUCAULT, 2000; REZENDE 2000).

Com o advento da Revolução Industrial, os antigos incapazes tornam-se socialmente indispensáveis e vão construir a reserva humana operadora da grande indústria. As críticas ao antigo esquema de assistência, com base no liberalismo que via nela um bastião de absolutismo e um desperdício de força de trabalho e de vidas humanas, possibilitaram a liberação dos presos internados arbitrariamente, pela vontade da família ou por “*lettres de cachet*” (SILVA FILHO, 2000, p. 87).

Neste período, com a Revolução Francesa, a industrialização e o surgimento de uma nova ordem social capitalista, houve também uma grande mudança no discurso médico. Nesse contexto, a medicina tornou-se uma prática racional de cuidados, organizando-se como clínica e como medicina social. Com isso, a figura antropológica do “médico de si mesmo”, que atravessou a história ocidental – dos gregos até o século XVIII – desapareceu para sempre dos oratórios eruditos da medicina. Não havia mais lugar para as intervenções dos discursos mágicos e religiosos (FOUCAULT, 2000; REZENDE, 2000). Para Birman (1992) a “medicina legitimava-se no discurso da ciência para fundar a sua infalibilidade cognitiva (razão), e derivar daí a sua superioridade técnica (vontade) frente aos antigos discursos tradicionais” (p. 78).

Silva Filho (2000) explicita isto muito bem:

Com a Revolução Francesa e a consequente instauração de uma nova ordem social, e a industrialização, trazendo novos instrumentos a serviço dessa ordem, o discurso médico rompe com uma tradição individualizada de sua prática e se configura como prática social. Inicialmente socializando o corpo, em função das forças produtivas, posteriormente se organizando sob a forma de aparelho de estado, exercendo controle sobre a vida dos indivíduos, reforçando o poder estatal, através de uma estratégia biopolítica (p.78).

Assim, “a medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII” (FOUCAULT apud SILVA FILHO, 2000, p. 78). Surgiu então a medicina clínica, que passou a articular saber e poder, e começou a constituir uma série de práticas disciplinares sobre o corpo e na gestão do espaço social. Para a modernidade, a saúde foi instituída como valor, alçada à condição de indicador de felicidade humana, e de produtividade acima de tudo. Castel (1978) apud Amarante (2003a) explicita bem esta época:

A doença se desdobra por reagrupamento – diversificação de seus sintomas no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela representa. (...) Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar (p. 25).

A psiquiatria surgiu no final do século XVIII, em um contexto histórico em que os ideais burgueses exigiam a superação do antigo regime absolutista. O marco inicial deste novo campo do conhecimento é a nomeação de Pinel – em 1793 - para diretor de *Bicêtre*<sup>5</sup>. A partir deste momento surgiu uma nova concepção da loucura, e o louco, que não era escutado – apesar de ser o que ele dizia que o distinguia dos demais –, passou a receber atenção médica, de modo que a loucura neste momento começou a ser conhecida como doença mental (SILVA-FILHO, 2000). Amarante (2003a) explicita bem este período:

Neste contexto, a psiquiatria seguirá a orientação das demais ciências naturais, assumindo um matiz eminentemente positivista. Um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do homem (p 26).

No início do século XIX, outros médicos pioneiros como Pinel, que surgiram em toda a Europa (Tuke na Inglaterra, Chiarrugi na Itália, dentre outros), tornaram-se os principais autores de um movimento de reformas através das quais os loucos passariam a receber cuidado médico. Foram as pesquisas acerca do louco e da eficácia dos cuidados a eles oferecidos que conformaram o campo da psiquiatria dentro da medicina. O lugar reservado para esses cuidados seriam os antigos hospitais, que seriam reestruturados e passariam a ser chamados de asilos, ou hospícios. Assim, ocorreu um verdadeiro remodelamento do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adaptava à liberdade burguesa e aos interesses capitalistas, passando os loucos a ocupar um novo espaço de exclusão (REZENDE, 2000; FOUCAULT, 2000).

Este movimento de reforma teve no hospício o lugar exclusivo para cuidar do louco, operando o tratamento moral, conhecido como uma prática pedagógica através da qual a exclusão do louco do espaço social passou a ser definida como algo terapêutico e indispensável. Acreditava-se que os excessos emocionais, associados a questões sociais incidiam sobre o corpo propenso à loucura, desencadeando-a. Assim sendo, a reclusão e a disciplina tornaram-se elementos fundamentais para o tratamento que visava à cura do doente e sua posterior reinserção na sociedade (REZENDE, 2000).

A primeira escola alienista acreditava que o isolamento do louco era necessário para examinar, conhecer e, posteriormente, intervir. Esquirol – o mais famoso desses alienistas – acreditava nesta exclusão e a justificava como uma necessidade de segurança para o enfermo, sua família e para a ordem pública, sendo este isolamento mais urgente para os loucos pobres (SILVA FILHO, 2000; DESVIAT, 2008).

Foucault (1979) apud Amarante (2000) nos aponta as cinco principais razões dadas por Esquirol para justificar o isolamento:

1. garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; 2. liberá-los das influências externas; 3. vencer suas resistências pessoais; 4. submetê-los a um regime médico; 5. impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (p. 48).

---

<sup>5</sup> Bicêtre, um hospital francês situado em Le Kremlin-Bicêtre nos subúrbios de Paris, foi originalmente planejado como hospital militar e a construção começou em 1634. Em 1823 era chamado de *Hospice de la Vieillesse Hommes*. Em 1793 Philippe Pinel foi nomeado seu diretor e permaneceu no cargo até 1795. Bicêtre foi o palco inicial da grande Reforma Psiquiátrica que se iniciou com Pinel.

Neste período inicial de surgimento da psiquiatria como disciplina médica, sedimentou-se a legalização da autoridade da psiquiatria sobre a loucura e a desordem social nela configurada. A nova sociedade burguesa, fundada na mística da liberdade, igualdade e fraternidade, como condição de cidadania plena aos indivíduos, estabeleceu que os homens responsáveis e obedientes às leis serão dignos de liberdade, o criminoso que racionalmente transgredir as leis será merecedor de prisão, o miserável - que na atual sociedade é “pleno” de direitos - é merecedor de trabalho e o louco considerado um ser incapaz de trocas racionais, passou a ser isento de responsabilidades civis e, portanto, digno de assistência e da tutela por parte do Estado, estabelecendo assim uma relação de dominação/subordinação regulamentada, cuja violência foi legitimada com base na competência do tutor versus a incapacidade do tutelado (SILVA FILHO, 2000).

Amarante (2003a) constata que o modelo clássico da psiquiatria exerce seus efeitos até os dias de hoje – embora já tenham surgido outros modelos, como o modelo da atenção psicossocial. O autor aponta que isso sugere que

a confirmação de que sua validação social está muito mais nos efeitos da exclusão que opera, do que na possibilidade de atualizar-se como um modelo pretensamente explicativo no campo da experimentação e tratamento das enfermidades mentais (...) A análise histórica desse processo e a identificação de seus efeitos permitem perceber como a pretensa neutralidade e objetividade dos jogos de verdade da ciência buscam encobrir valores e poderes no cenário cotidiano dos atores sociais (p. 26).

As concepções de loucura como anormalidade e o aparato manicomial como objeto da sociedade capitalista para manter a ordem social perduraram por quase dois séculos. Em meados do século XX – após a Segunda Grande Guerra Mundial – houve manifestações de críticos que passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais, bem como o sistema manicomial, que nesta época eram comparados a campos de concentração nazista. A maior parte das críticas passou a incidir sobre o poder da psiquiatria e suas práticas de exclusão social do sujeito acometido pela doença mental, havendo uma necessidade de revisão ou total modificação dos paradigmas que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico, e na superação das formas assistenciais segregadoras que desrespeitavam a cidadania do louco. Assim, surgiram em alguns países do ocidente movimentos cujos princípios visavam a novas formas de tratamento da doença mental, apoiados na idéia de desmistificação da mesma e de inclusão dos doentes mentais na sociedade. A partir destes movimentos foram construídos novos discursos e práticas que passaram a sustentar a relação da “loucura” com a sociedade (BIRMAN, 1992; REZENDE, 2000; SILVA-FILHO, 2000, AMARANTE, 2003a).

### **3.1.2 Os movimentos contemporâneos da reforma psiquiátrica mundial**

Como consequência advinda das duas grandes Guerras Mundiais, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana e seus atributos contraditórios: de um lado a solidariedade, e de outro a crueldade existente entre os homens e nas sociedades em geral. De forma correlata às mudanças geradas pela consciência produzida no pós-guerra, foram surgindo possibilidades históricas para as transformações das práticas psiquiátricas, que desde o grande ato de Pinel de libertar os loucos das correntes em Bicêtre, eram pautadas no modelo médico hegemônico e tinha como característica fundamental as práticas asilares (AMARANTE, 2003a).

Amarante (2007) e Desviat (2008) apontam que o momento de adormecimento em relação ao tratamento do louco é despertado ao fim da Segunda Guerra Mundial, quando a população mundial aponta seus olhares para o hospício e o tratamento dispensado aos alienados, percebendo uma realidade que não era em nada diferente do tratamento nos campos de concentração. Naquele momento histórico de crescimento, reconstrução social, desenvolvimento de movimentos civis e, principalmente, maior sensibilidade em relação às diferenças, alguns países do mundo chegaram à conclusão que deveria haver uma modificação no tratamento dispensado aos doentes mentais – e o hospital psiquiátrico deveria ser modificado ou abolido.

Dentre os movimentos organizados que surgiram na efervescência das posturas mais críticas, no campo da Reforma Psiquiátrica destacamos as Comunidades Terapêuticas da Inglaterra, a Psicoterapia Institucional da França, a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática na Itália liderada por Franco Basaglia, este último sendo um dos movimentos que mais influenciou a Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2003a; DESVIAT, 2008).

As Comunidades Terapêuticas ficaram conhecidas como um processo de reformas institucionais, cujos atores tinham a convicção de que seria possível qualificar a psiquiatria através de mudanças realizadas no próprio hospital psiquiátrico. Na Inglaterra, muitos soldados que voltavam da guerra apresentavam vários problemas psicológicos, sociais, físicos, entre outros, e muitos deles eram internados nos hospitais para tratamento dos seus problemas emocionais. Decorreram desse fato problemas com os quais tiveram que lidar as instituições naquele momento: um aumento na demanda e um número pequeno de profissionais para atender a essa demanda. No contexto inglês, esse impasse levou os profissionais Bion e Main, do Monthfield Hospital (Birmingham, Inglaterra) a pensar em uma saída extremamente original para a época: os pacientes passaram a integrar as equipes responsáveis pelo tratamento (AMARANTE, 2007). Nesse sentido, o autor completa:

A experiência ficou ainda mais conhecida com Maxwell Jones, a partir de 1959, quando recebeu maior sistematização e maior dinâmica. Jones passou a organizar 'grupos operativos', envolvendo ainda mais os internos em seus tratamentos, chamando-os a participar ativamente de todas as atividades disponíveis ( p. 42).

A Psicoterapia Institucional ocorreu na França, tendo como principal ator o catalão François Tosquelles. Tosquelles acreditava na reconstrução do potencial terapêutico do Hospital de Saint-Alban – no sul da França – e entre suas principais propostas podemos citar: a escuta polifônica, ou seja, a busca pela ampliação dos referenciais teóricos; a noção de acolhimento; e a importância da equipe e da instituição na construção de suportes e referências para os internos dos hospitais (DESVIAT, 2008).

Uma das mais originais inovações de Saint-Alban foi o Clube Terapêutico, uma organização autônoma gerida por pacientes e técnicos que promovia encontros, festas, passeios, feiras de produtos dos internos etc. Havia ainda os ateliês ou oficinas de trabalho e arte que, fundamentados pela leitura psicanalítica, muito expressiva naqueles primeiros anos, visavam a uma reorganização interna da dinâmica psíquica (AMARANTE, 2007, p. 44).

A Psiquiatria Preventiva, ou Saúde Mental Comunitária, nasceu nos Estados Unidos. Seu principal fundador foi Gerald Caplan que escreveu o livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, podendo ser considerado o marco histórico da psiquiatria preventiva, pois retratou o censo de 1955 que pesquisou os hospitais psiquiátricos e denunciou as condições precárias de assistência e o abandono dos loucos internados no país. O país vivia um período muito particular de sua história, onde se destaca: a Guerra do Vietnã, o crescente envolvimento da juventude com as drogas, o movimento *beatnik*<sup>6</sup>, dentre outros, demonstrando as extraordinárias questões sociais pelas quais o país passava naquele momento (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) aponta que a psiquiatria preventiva acreditava que qualquer pessoa que era suspeita de possuir uma doença mental, deveria ser encaminhada para tratamento para uma investigação diagnóstica. O acompanhamento poderia então ser realizada em três níveis:

Prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio; prevenção secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental; prevenção terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após sua melhora (BIRMAN & COSTA apud AMARANTE, 2007, p. 49).

Dois conceitos surgiram da psiquiatria preventiva: o conceito de crise, oriundo da sociologia, que levou a uma ação mais ampliada da psiquiatria, e o conceito de desinstitucionalização, que era entendido como um conjunto de medidas que reduzia o número de internações e também o tempo que o paciente poderia permanecer internado, objetivando a promoção das altas hospitalares (AMARANTE, 2007; DESVIAT, 2008).

De acordo com Amarante (2007), em se tratando de reformas na psiquiatria, a experiência italiana foi a que promoveu um corte mais radical, não somente na assistência, como na forma de pensar a doença mental. Para a Psiquiatria Democrática, o termo reforma não é adequado, já que ela propôs o fim do modelo psiquiátrico hegemônico e das instituições assistenciais, ou seja, os asilos.

Na década de 1960, em Gorizia, uma pequena cidade ao norte da Itália, a crítica ao paradigma asilar teve a sua primeira grande ruptura em relação à constituição da psiquiatria como saber primordial sobre a loucura. A experiência começou com a indicação de Franco Basaglia, Antonio Slavich e outros psiquiatras para trabalharem no hospital existente naquela pequena cidade (DESVIAT, 2008).

No início da experiência, o hospital de Gorizia foi transformado em comunidade terapêutica (no modelo concebido por Jones) por Franco Basaglia e seus amigos. Eles tentaram tornar o antigo hospital num espaço de tratamento e reabilitação dos pacientes. Com o tempo, notaram que apenas mudanças não eram suficientes para combater o mal existente na instituição psiquiátrica, propondo assim uma verdadeira ruptura com o modelo médico hegemônico e as instituições manicomiais. Inspirado nas obras de Michel Foucault e Erving Goffman, Basaglia deu início ao período de negação da psiquiatria, entendida por ele como

---

<sup>6</sup> *Beatnick* é um termo usado para designar um grupo de escritores americanos, que se tornaram conhecidos no final de década de 50 e início de 60 por inspirar um fenômeno cultural que foi chamado de movimento *beatnik*. Estes escritores, reunidos a outros artistas, levavam vida nômade ou fundavam comunidades. Os principais expoentes foram os escritores Allen Ginsberg, William S. Burroughs e Jack Kerouac que escreveu o famoso livro *On the road* (1957).

uma espécie de ideologia dominante no campo da saúde mental (AMARANTE, 2007; DESVIAT, 2008).

No início da década de 70, juntamente com a maior parte da equipe que esteve com ele em Gorizia, Basaglia pode iniciar a experiência mais radical que a psiquiatria contemporânea presenciou: o grande hospital de Trieste, cidade de médio porte do norte da Itália, foi aberto para a comunidade, passando a fazer parte da arquitetura urbana da cidade.

Em Trieste, simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas (AMARANTE, 2007, p. 57).

Em maio de 1978 foi promulgada na Itália a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que adotou normativamente o processo de desinstitucionalização, o fechamento dos manicômios e a criação de serviços alternativos na comunidade. Assim, observamos que a experiência italiana e o pioneirismo de Basaglia possibilitaram, além da desmontagem do manicômio, a desconstrução de um saber que sustentou as bases da psiquiatria desde o Iluminismo. A noção de loucura como desrazão, como erro, como periculosidade, pode ser substituída pela noção de diferença, de produção de vida, de subjetividade (DESVIAT, 2008).

### **3.1.3 O início da assistência psiquiátrica no Brasil**

No século XVIII o Brasil caracterizava-se como uma colônia de economia quase que exclusivamente agrária. A indústria da época era extremamente simples e rudimentar. As cidades brasileiras estavam escassamente povoadas – a capital do Rio de Janeiro não contava com mais de 50.000 habitantes –, permanecendo vazias na maior parte do ano (REZENDE, 2000).

A sociedade da época podia ser dividida em três categorias: de um lado estavam os grandes senhores proprietários de terra, que eram a menor parte da população, e do outro lado a imensa população de escravos. Entre estas duas categorias estavam os inadaptados, os sujeitos sem trabalho definido ou mesmo sem trabalho nenhum; estas pessoas formaram a casta dos vadios. É com essa terceira categoria que a loucura – que havia sido socialmente ignorada por quase trezentos anos – vai se juntar nas cidades, e como demais segmentos de desvalidos, será repudiada e arrastada para a rede de repressão à vadiagem (REZENDE, 2000).

Quem são estes loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados, preferencialmente, dentre os outros miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental (AMARANTE, 1994, p. 75).

O início da assistência psiquiátrica no Brasil foi em 1852. Nesse ano foi inaugurado pelo imperador D. Pedro II o hospício que recebeu seu nome, no Rio de Janeiro. Nos anos seguintes foram montadas outras inúmeras instituições psiquiátricas: em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Pará, etc (REZENDE, 2000). Essas instituições, assim que abertas, eram rapidamente lotadas, o que criava a necessidade da abertura de novos asilos. Amarante (1994) considera que a história da psiquiatria brasileira é um processo de asilamento e de medicalização social.

Rezende (2000) aponta que as primeiras instituições surgiram numa época em que considerava-se que a ordem e a paz social estavam sendo ameaçadas, quando o clamor social queixava-se do livre trânsito dos malucos nas ruas das cidades. Juntava-se a esse protesto os apelos humanitários, que denunciavam os maus tratos que os loucos recebiam quando presos juntos com os outros desviantes sociais.

Remover, excluir, abrigar, alimentar vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los (p. 39).

Segundo Amarante (1994), Rezende (2000) e Costa (2007), a proclamação da República pode ser definida como um marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica. A psiquiatria procurou se modernizar para poder acompanhar o novo ideário liberal veiculado no meio republicano. Em janeiro de 1890 o Hospício Pedro II passou a ser subordinado à administração pública, e começou a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Em fevereiro do mesmo ano foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. Foram criadas as primeiras colônias agrícolas, ambas no Rio de Janeiro. Para Amarante (1994), neste período, ocorreu a primeira reforma psiquiátrica no Brasil.

Este conjunto de medidas caracteriza a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. [...]. A idéia fundamental desse modelo de colônias é fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar (p. 76).

Rezende (2000) ressalta que esse período foi marcado pela ascensão dos representantes da classe médica à direção das instituições psiquiátricas. Dois grandes nomes da psiquiatria da época podem ser citados como diretores de asilos – Franco da Rocha, em São Paulo, como responsável pela criação do Hospício Colônia do Juqueri; e Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, que em 1903 assume a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados, e a gestão do Hospital Nacional.

No Rio de Janeiro, com Rodrigues Alves na presidência, em 1903, a direção da Assistência a Alienados e a gestão do Hospício Nacional são entregues a Juliano Moreira, ao mesmo tempo em que subia Oswaldo Cruz à direção dos serviços de Saúde Pública. A Saúde Pública e a Psiquiatria dão-se as mãos

na tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade (REZENDE, 2000, p. 45).

Sobre este período Rezende (2000) ainda explicita coube a psiquiatria nesta época um papel secundário nos registros da história, que foi o de “recolher as sobras humanas do processo de saneamento, encerrá-las no asilo e tentar, se possível, recuperá-las de algum modo” (p. 45).

Foi uma época de grande atividade científica, de criação de novos asilos, de remodelação dos já existentes e da busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional – em 22 de dezembro de 1903 foi promulgada a Lei nº 1.132 que reorganiza a assistência aos loucos. Juliano Moreira permaneceu no cargo de direção até 1930, por 27 anos. Por sua obra ele ficou conhecido como o “Mestre da Psiquiatria brasileira” (AMARANTE, 1994).

Juliano Moreira traz para o Brasil as idéias da psiquiatria alemã e essa ligação leva a uma grande discussão da etiologia das doenças mentais. É uma época de intensa atividade científica para a psiquiatria. Em 1923 Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental: esta liga se propôs a uma intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas (AMARANTE, 1994; COSTA, 2007).

Através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção (AMARANTE, 1994, p. 78).

Os tratamentos dispensados aos loucos nos asilos eram os seguintes: a clinoterapia (o repouso no leito); a praxiterapia e o *open-door*: esses dois tratamentos visavam oferecer o trabalho, em instituições abertas ou fechadas, para reproduzir a vida em comunidade. Em 1930 iniciou-se a utilização dos choques insulínicos, dos choques cardiazólicos, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. Mas mesmo com as novas técnicas, o valor do trabalho como tratamento permaneceu na ideologia das colônias agrícolas (AMARANTE, 1994).

Rezende (2000) ressalta que o valor do trabalho neste período era muito importante para a ideologia da sociedade burguesa, e como a psiquiatria necessitava de um espaço social para se disseminar, era de se esperar que ela assumisse os critérios da sociedade da época. As pessoas ociosas, os inadaptados para o trabalho, foram duramente reprimidos e taxados com anti-sociais. Assim, o trabalho e o não trabalho passaram a ser mais um ponto para se definir os limites do normal e do patológico. Nesse período, no Brasil, houve um grande aumento de construções das chamadas colônias agrícolas para o tratamento de doentes mentais. Nesse sentido, o autor afirma:

As necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinham nas concepções e atividades em relação ao trabalho, prevalentes desde o tempo da colônia, um sério obstáculo. Era preciso reverter ao “normal” a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas

elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos sociais e étnicos (p. 47).

Assim, a psiquiatria foi disseminando, por todo o país, suas instituições agrícolas. A maioria dos estados da federação aderiu a este tipo de tratamento, fosse como um tipo de complemento aos hospitais tradicionais já existentes, fosse como única forma de tratamento. O certo é que a população de internados – que a partir do momento que ingressavam numa colônia era condenado a um caminho sem retorno - nunca parou de crescer. No final da década de 50 a situação dos asilos era assustadora: o Juqueri abrigava de 14 a 15 mil doentes, o Hospital São Pedro de Porto Alegre, que tinha capacidade para acolher 1.700 doentes, abrigava mais de 3.000; o Hospital Nina Rodrigues do Maranhão dispensou o uso de camas e o recurso adotado era deixar os internos dormirem no chão. Estes são alguns exemplos de como se encontravam os asilos criados de forma intensa na primeira metade do século XX no Brasil (REZENDE, 2000).

Além da superlotação, havia deficiência de mão de obra para os trabalhos nos asilos. Os maus tratos e as péssimas condições de higiene e limpeza eram tão ruins ou piores do que os piores presídios da época. As colônias agrícolas abandonaram os trabalhos no campo, visto que no país a industrialização e a urbanização cresciam rapidamente. Esse tipo de tratamento passou a ser visto como um retrocesso. Surgiu nesse momento um arremedo de praxiterapia, de modo que eram oferecidas atividades monótonas, repetitivas e sem sentido. Outra crítica importante a esse período brasileiro é que os alienistas do país não assimilavam as mudanças ocorridas na Europa e nos Estados Unidos no tratamento do doente mental após a segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 1994).

Na década de 60 foi criado o INPS, após a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões. O Estado passou a comprar serviços de saúde privados. Nessa mesma lógica foram incluídos os serviços de internação psiquiátrica. Amarante (1994) refere que neste período “a doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria” (p. 79). As vagas para internação em hospitais psiquiátricos privados aumentaram assustadoramente e o número de internações era diretamente proporcional a esse aumento. Com isso, a Previdência Social passa a destinar 97% dos recursos de saúde mental para as internações na rede hospitalar.

Segundo Rezende (2000), no período posterior ao golpe militar de 64, a psiquiatria no Brasil ganhou o status de prática assistencial de massa. A partir dessa fase a psiquiatria passou de uma assistência destinada ao doente mental indigente para a fase de cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes.

Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda (REZENDE, 2000, p. 60-61).

No final da década de 60 apareceram algumas propostas novas, mesmo que de duração e eficácia efêmera, que tentaram modificar de alguma forma a característica totalmente asilar da assistência à saúde mental brasileira. Tenório (2002) destaca duas dessas experiências: as comunidades terapêuticas e a psiquiatria comunitária.

Tenório (2002) define as comunidades terapêuticas da seguinte maneira:

Tratava-se, *grosso modo*, da tentativa de construção, a partir da psicanálise, “de um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar”. A aplicação da psicanálise consistia em interpretar, por meio das “leituras inconscientes”, não apenas os pacientes, mas também a instituição e seus profissionais (p. 29).

A psiquiatria comunitária veio propor uma alternativa ao tratamento asilar. O movimento propunha um programa voltado para intervenções na comunidade onde a doença mental pudesse ser detectada precocemente, evitando assim o adoecimento. “Essa intenção preventivista traduzia-se na bandeira de promoção da saúde mental, prioritariamente ao tratamento da doença, cujo estabelecimento devia ser evitado (TENÓRIO, 2002, p. 30).

Tenório (2002) critica as duas tentativas: as comunidades terapêuticas, por não oferecerem nenhum tipo de ruptura com os asilos, acabaram por ter seu modelo absorvido pelos manicômios particulares, restando-lhes serem utilizadas como marketing para os mesmos. E a psiquiatria comunitária que acabou por oferecer um risco de psiquiatrização do social.

As mudanças no modelo hospitalocêntrico e privatista da saúde mental no Brasil não foram significativas até o fim da década de 70 – pelo menos nenhuma que valha ressaltar. Mudanças significativas vieram apenas no final da década de 70 quando os profissionais de saúde mental se uniram para denunciar os abusos e maus tratos que aconteciam dentro dos manicômios do país.

### **3.1.4 O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil: da década de 70 até os dias atuais**

Na segunda metade da década de 70, mais precisamente entre os anos de 1978 e 1980, deu-se o início do atual movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. Neste período surgiram várias críticas à assistência psiquiátrica, tais como: ineficiência da assistência, fraude no sistema de financiamento e, principalmente, o abandono, os maus tratos e a violência a que eram submetidos os pacientes nos principais hospícios do país. O protagonista principal destas mudanças foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Criado em 1978, esse movimento lutava por melhores condições de trabalho e pela humanização do tratamento dentro dos hospitais (LOBOSQUE, 2001; TENÓRIO, 2002).

O movimento dos trabalhadores da saúde mental surgiu após a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DINSAM), e foi formado inicialmente por participantes do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME). A ‘crise DINSAM’, como ficou conhecido o movimento de crítica, denúncias e reivindicações, eclodiu no Rio de Janeiro no primeiro trimestre de 1978, e foi deflagrada pelos profissionais que trabalhavam nos quatro hospitais que eram geridos pela referida divisão (AMARANTE, 2003a).

É principalmente a partir destas organizações que são sistematizados as primeiras denúncias de violências, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modo asilar dominante. É neste momento, efetivamente, que começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas (AMARANTE, 2003a, p. 90).

Neste mesmo período, estava acontecendo no país o movimento de reforma sanitária, que foi o grande responsável pelas mudanças na atenção à saúde no Brasil e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O movimento da Reforma Psiquiátrica, durante alguns anos, caminhou junto com o movimento da reforma sanitária, embora utilizando-se de estratégias distintas (TENÓRIO, 2002).

Tenório (2002) aponta três processos importantes que surgiram na década de 80, para a posterior consolidação do movimento da reforma psiquiátrica:

A ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental (p.34).

Em relação à ampliação dos novos protagonistas, Amarante (2003a) aponta que dois eventos foram fundamentais: o primeiro foi à realização, em junho de 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental, quando o MTSM, principal responsável por esse evento, promoveu um distanciamento em relação aos dirigentes e atores dos órgãos públicos e uma conseqüente aproximação dos setores de usuários e familiares. No final deste mesmo ano este movimento, após um período de freqüentes encontros profissionais, convocou o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru-SP, reunindo os atores envolvidos no processo saúde/doença mental, incluindo lideranças públicas e técnicas, usuários e familiares. Neste sentido, um documento elaborado pelo MTSM durante o Encontro em Bauru fez importantes considerações:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. (...) Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (MTSM, 1987b:04 apud AMARANTE, 2003a, p81).

A partir daí, o movimento incorporou pautas da "Rede de Alternativas à Psiquiatria", passando a constituir-se como Movimento por uma Sociedade sem Manicômios, sendo instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Com isso visava-se, entre outras coisas, aumentar o apoio da sociedade em torno da causa. O campo encontrava-se aberto para experiências inovadoras (LOBOSQUE, 2001; AMARANTE, 2003a).

A criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira em São Paulo (CAPS-SP), no ano de 1987, inaugurou esta nova modalidade de dispositivo de cuidado, um modelo de serviço em que os pacientes eram atendidos em programas de atividades diversos,

funcionando oito horas diárias durante os cinco dias da semana, com o objetivo de acolher aqueles que, com graves dificuldades de relacionamento, pudessem permanecer fora do hospital (GOLDBERG, 1996b).

Criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; (...) se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário (SÃO PAULO, Secretaria de saúde do estado de São Paulo *apud* AMARANTE, 2003a, p.82).

Dois anos depois, em 03 de maio de 1989, ocorreu uma intervenção da Casa de Saúde Anchieta, realizada pela Secretaria de Saúde do Município de Santos, a partir de denúncias sobre as condições precárias de tratamento, assim como da violência praticada naquele hospital privado (LOBOSQUE, 2001; AMARANTES, 2003a).

O fechamento do hospital possibilitou uma ruptura com a lógica manicomial e a conseqüente produção de novas instituições, através da desmontagem do manicômio enquanto estrutura física e simbólica, e a invenção de uma rede substitutiva. Essa rede foi composta pela criação de cooperativas para geração de trabalho e renda para os ex-internos, de associações, de instituições que proviam possibilidades de moradia para ex-internos. Também foram criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cada um responsável pelo atendimento dos usuários de determinado território, durante 24 horas, articulando os recursos territoriais, tendo por objetivo substituir integralmente o manicômio, garantindo a hospitalidade diurna ou noturna, espaço de convivência, de atenção à crise e de reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2003a).

A partir das experiências exitosas de São Paulo e de Santos, o Ministério da Saúde (MS) passou a financiar novos serviços naqueles moldes, e a estimular a criação de instituições não-manicomiais.

O outro ponto apontado por Tenório (2002) é a reformulação legislativa, possibilitada pelo projeto de lei de número 3.657/89, que previa a extinção gradativa dos manicômios e a regulamentação dos direitos do doente mental em relação ao seu tratamento. Este projeto de Lei foi apresentado em 1989, pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), cuja Lei veio a ser conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Tenório (2002) explicita os artigos dessa lei:

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não - manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (p. 36).

A década de 90 foi marcada pelo amadurecimento e consolidação dos processos da RPB. Segundo apontamentos de Lobosque (2001), esta foi à década em que houve mudanças no cenário político-administrativo brasileiro, em vários municípios do país foram eleitos

prefeitos de partidos democráticos e populares. Tenório (2002) acrescenta que neste período assumiram cargos de coordenação e gerência de saúde mental pessoas afinadas com o ideário da reforma. Como exemplo podemos citar a nomeação de Domingos Sávio Nascimento Alves para o cargo de Coordenador Nacional da Saúde Mental no ano de 1991.

Em 1991, já na gestão de Domingos Sávio, foi instituída a portaria 189/91 (19/11/1991) do MS, que previa financiamento, com verba pública, para os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. Antes dessa portaria não havia incentivo financeiro a outras modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas) (TENÓRIO, 2002).

Em janeiro de 1992 foi publicada a portaria 224 do Ministério da Saúde que aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e dividiu o atendimento em saúde mental em dois grandes grupos: o hospitalar e o ambulatorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2004).

Tenório (2002) aponta que o resultado da política de incentivo a novas unidades e o exemplo daquelas que já estavam em funcionamento fizeram com que, nos seis primeiros anos da década de 90, fossem registrados 106 serviços de atenção diária aos portadores de transtorno mental. E na segunda metade da década, até setembro de 2001, existiam 275 serviços de atenção diária no país. Esta política de incentivo possibilitou o início do fechamento de leitos psiquiátricos no país e, diferentemente de outras áreas da saúde, na saúde mental o fechamento de leitos e hospitais é um índice positivo, desde que acompanhado da criação de novas formas de atenção.

Outro marco histórico para a RPB foi à realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília de 01 a 04 de dezembro de 1992. Foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da RPB, na linha da desinstitucionalização e da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2003a).

De acordo com os apontamentos de Lobosque (2001), o movimento antimanicomial apresenta aspectos importantes quanto à diversidade, complexidade e não homogeneidade relativa à sua composição. O movimento, anteriormente, estava formado apenas por trabalhadores; hoje ele abrange a sociedade de maneira geral e tem caráter popular. A saída do movimento da esfera profissional para a cultural contribuiu para a mudança de concepção dos serviços, propiciando a inserção de indivíduos e sociedade na discussão, ampliando o debate, conquistando aliados. O movimento antimanicomial tem apresentado estratégias a partir da consideração de setores importantes, como a cultura e a área jurídica, onde procura promover a revisão dos conceitos de incapacidade e inimizabilidade. No campo da legislação e do direito procura-se discutir leis de reforma psiquiátrica nos níveis local, estadual e nacional, favorecendo a inversão de prioridades, buscando a implantação de serviços de saúde mental, priorizando-se o concurso público para os profissionais desta área.

A partir de 1992 criaram-se vários núcleos do movimento da Luta Antimanicomial nos estados. Naquele ano foi aprovada a lei estadual de reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul – Lei nº 9.716 de sete de agosto de 1992. Embalados pelos núcleos, os estados de Pernambuco, Ceará, Minas Gerais, dentre outros, seguiram o exemplo do Rio Grande do Sul e aprovaram leis estaduais de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2003a).

Dentre as portarias lançadas antes da Lei da Reforma Psiquiátrica vale ressaltar as que instituíram os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), regulamentados pela Portaria GM 106, de 11 de fevereiro de 2000; a Portaria GM 1.220, de 7 de novembro de 2000 merece destaque principalmente por que, além de constituir uma modalidade substitutiva ao hospital psiquiátrico, determinou em seu texto no artigo 2º que, a cada transferência de paciente para um serviço residencial terapêutico, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de

leitos, e o recurso de AIH deve ser realocado para o teto orçamentário do estado ou município que se responsabilizar pelo paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2004).

O intenso e consistente movimento da reforma psiquiátrica da década de 90 culmina com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, após 12 anos da apresentação da lei original pelo deputado Paulo Delgado. Em seis de abril de 2001 o presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei 10.216, que pode ser considerada uma lei progressista – mesmo que em termos de mudança não tenha a mesma força do projeto original - e significa uma importante vitória na transformação da assistência ao portador de transtorno mental no país (BRASIL, 2001).

Em 2001 realizou-se em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o slogan “Cuidar sim, excluir não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.”. Esta conferência foi um passo decisivo e importante para a consolidação da RPB como política de governo e confere ao CAPS um importante valor para a mudança do modelo assistencial de saúde mental (MENDES, 2007).

Em 2002 o governo regulamentou os CAPS através da Portaria GM nº 336, de dezenove de fevereiro de 2002, que vem para atualizar as normas da Portaria 224/92. Esta nova portaria estabelece as seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad, definindo que os CAPS deverão constituir-se em serviços ambulatoriais de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2004).

Em 2003 foi promulgada a Lei nº 10.708 que regulamentou o Programa de Volta para Casa, instituindo o auxílio- reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtorno mentais egressos de internação. Esta lei impulsiona o processo de desinstitucionalização de pacientes com um longo período de permanência em hospital psiquiátrico. Este auxílio-reabilitação garante um direito, promovendo a transferência de renda através do pagamento mensal de uma bolsa no valor atual de R\$ 420,00 (quatrocentos e vinte reais) (BRASIL, 2003).

Outra conquista da Reforma Psiquiátrica foi à aprovação da portaria 1.169, de julho de 2005, que prevê o incentivo financeiro para os municípios que promovam projetos de inclusão social pelo trabalho para os portadores de transtorno mental (BRASIL, 2005).

Outros momentos da primeira década do século XXI merecem destaque, como: o I Encontro Nacional de CAPS, em São Paulo, em 2004; o I Encontro Nacional de Serviços Residenciais Terapêuticos, no município de Paracambi, em 2005; como também a ampliação do programa Avaliar CAPS que serve para acompanhar e avaliar os serviços (SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

Em 2010 aconteceu em Brasília a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – cujo tema central foi “Saúde mental – direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” - onde estiveram presentes mais de 1500 pessoas, entre delegados, observadores e convidados. Antes da realização da etapa nacional foram realizadas “359 conferências municipais, 204 conferências regionais e 27 conferências estaduais, envolvendo cerca de 46 mil pessoas de todos o país”(p. 53). As etapas – municipais, regionais e estaduais – abordaram os seguintes eixos: saúde mental e políticas de Estado; consolidação da rede de atenção psicossocial e fortalecimento dos movimentos sociais; e direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial (SCHECHTMAN & ALVES, 2014).

Em 23 de dezembro de 2011 foi sancionada a Portaria Nº 3.088 – que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A partir da portaria a rede de atenção psicossocial passa a ser composta por:

**I - atenção básica em saúde**, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; **II - atenção psicossocial especializada**, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; **III - atenção de urgência e emergência**, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; **IV - atenção residencial de caráter transitório**, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; **V - atenção hospitalar**, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; **VI - estratégias de desinstitucionalização**, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e **VII - reabilitação psicossocial** (BRASIL, 2011, p. 3).

Atualmente o Brasil consta com os seguintes serviços do tipo CAPS: 1.069 unidades de CAPS I; 476 unidades de CAPS II; 85 unidades de CAPS III; 201 unidades de CAPS i; 309 unidades de CAPS ad; e 66 unidades de CAPS ad 24 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014<sup>7</sup>).

Nesses mais de 30 anos de luta para mudar o modelo de atenção em saúde mental, humanizar e melhorar o tratamento da pessoa com sofrimento ou transtorno mental no Brasil, muito se caminhou. Respaldados nos números apresentados, podemos dizer que houve um grande avanço em relação à desinstitucionalização, criando-se uma realidade assistencial favorável à promoção da Reabilitação Psicossocial. Entretanto, como salientamos na introdução deste trabalho, uma questão se evidencia: a criação de serviços e dispositivos, cuja concepção assenta-se na ampliação do exercício da cidadania de seus usuários, é suficiente para garantia dos direitos instituídos por Leis e Portarias? No intuito de fornecer maiores indicações da realidade que nos cerca, a partir das experiências existentes, passaremos ao estudo sobre o modo de atenção psicossocial, os CAPS e a reabilitação psicossocial.

### 3.2 O Modo de Atenção Psicossocial

Conforme vimos anteriormente, a atenção psicossocial é um novo paradigma que, sustentando um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas, surgiu para substituir o paradigma asilar (COSTA-ROSA, LUZIO & YASUI, 2003; AMARANTE, 2007; COSTA-ROSA, 2000). Costa- Rosa (2000) diz que só podemos dizer que o modo psicossocial é substitutivo se ele for capaz de uma diferenciação radical que possa imprimir um sentido contrário ao modo asilar. Ele utiliza quatro parâmetros fundamentais para avaliar os parâmetros básicos que definem o modo psicossocial: a definição do objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção (incluindo as formas da divisão do trabalho interprofissional),

---

<sup>7</sup> Disponível em: (<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>) acessado em: 22/02/2016.

as formas de organização dos dispositivos institucionais, o relacionamento com os usuários e a população e as implicações éticas de suas práticas.

Em relação ao objeto, no modo psicossocial esse se diferencia do modo asilar pela importância que dá ao sujeito que sofre – o louco –, situado como ator principal do próprio tratamento, incluindo a família e o grupo social a que pertence. O usuário é convidado a participar de seu tratamento, a loucura e o sofrimento são vistos como partes inalienáveis da história de vida do usuário e não como comportamentos que devem ser removidos do sujeito a qualquer preço (COSTA- ROSA, 2000).

Costa-Rosa (2000) indica que o meio de trabalho no modo psicossocial é a equipe transdisciplinar que, por intermédio do intercâmbio das visões teórico-técnicas e das práticas, procura operar a desconstrução das antigas práticas sustentadas pela psiquiatria e pela psicologia em relação à doença mental. Os recursos utilizados vão muito além do medicamentoso e do tratamento centrado no médico.

Às formas de organização dos dispositivos institucionais, é proposto um organograma horizontal em que as relações de poder estão tanto no seio dos técnicos dos serviços, como entre estes e os usuários. No modo psicossocial existe uma diferenciação entre poder decisório e poder de coordenação. O poder decisório será dado pela reunião geral da instituição, onde participam usuários e trabalhadores. O poder de coordenação tem a função de coordenar as ações conjuntas e fazer executar, em suas dimensões particulares, as decisões tomadas pelo coletivo. Neste tipo de instituição não basta ser democrático; são necessárias a participação e a autogestão (COSTA ROSA, LUZIO & YASUI, 2003).

No relacionamento com os usuários e a população, no modo psicossocial as instituições passam a ser espaços de interlocução, onde é colocada em cena a subjetividade do indivíduo, onde o trabalho é focado na fala e na escuta da população. A instituição típica do modo psicossocial (CAPS e NAPS) é um serviço territorializado que visa à integralidade (COSTA ROSA, LUZIO & YASUI, 2003).

Quanto à concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, o modo psicossocial busca um reposicionamento do sujeito, a recuperação dos seus direitos de cidadania, um maior poder de contratualidade social e implicação subjetiva, onde o usuário é levado a situar-se de modo ativo frente aos seus conflitos e contradições (COSTA ROSA, LUZIO & YASUI 2003).

Amarante (2007) identifica quatro dimensões da atenção psicossocial: técnico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A dimensão técnico-conceitual trata da produção de conhecimento científico que baseiem a prática no modo de atenção psicossocial. A dimensão técnico-assistencial alude à criação de novos dispositivos assistenciais territoriais e na produção de novas formas de cuidado que respeite as singularidades e se regulem no atendimento múltiplo. A dimensão jurídico - política provoca a necessidade de legislação específica para a proteção dos direitos humanos da pessoa com sofrimento mental. A dimensão sociocultural pauta-se na necessidade de produzir novos espaços sociais para a experiência da loucura.

Alves e Guljor (2004) apontam que a atenção psicossocial veio para transformar o tratamento em saúde mental “ressignificando-o como cuidado” (p. 221). Os autores trabalham com três premissas fundadoras em relação ao cuidado na atenção psicossocial, que são: a liberdade em negação ao isolamento, a integralidade em negação à seleção e o enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao modelo baseado no diagnóstico.

Na primeira premissa – liberdade x isolamento – propõe romper com a ideia de que é necessário isolar para tratar. Na atenção psicossocial a intervenção e o cuidado devem ser

feito junto à comunidade respeitando a história individual e singular do usuário. O serviço deve investir na competência do sujeito para fazer suas escolhas (ALVES & GULJOR, 2004).

Na integralidade x negação o olhar do cuidado desloca-se da doença para história de vida. O cuidado aqui deve envolver a construção de projetos terapêuticos que envolvam a subjetividade de cada usuário em contraposição ao modelo manicomial/psiquiátrico cuja intervenção é voltada para a remissão de sintomas (ALVES & GULJOR, 2004).

A terceira premissa mostra que o modelo de atenção psicossocial importa-se mais com o enfrentamento do problema e do risco social onde a condução terapêutica envolve a existência das pessoas doentes ou em sofrimento mental. Esta premissa prega uma visão ampliada do sujeito, levando em consideração o território no qual está inserido e suas redes de contato (ALVES & GULJOR, 2004).

Alves e Guljor (2004) ressaltam ainda que o cuidado na atenção psicossocial trabalhe o conceito de direito sobre a noção de reparo. O conceito de direito prevê que o sujeito tem direito a um tratamento digno que respeite sua expressão que difere da norma. Nesse tipo de trabalho é preciso que os profissionais que assistem os pacientes não se considerem detentores do saber sobre o que é melhor para estes: “Dessa forma, na noção de direito, o conceito de cuidado ampliado não se esgota, porque o direito vai se ampliando à medida que a pessoa vai se ‘automizando’”(p. 228).

### **3.3 O Centro de Atenção Psicossocial**

Essa apresentação destaca as principais propostas idealizadas pelos CAPS, mas sabemos que sua implementação se faz nas possibilidades do cotidiano, fugindo às idealizações, pois tal como lembra Enriquez (1997), as organizações são realidades vivas onde as pessoas se vinculam ao seu trabalho e aos serviços não apenas por “vínculos materiais, mas, especialmente, por elos simbólicos, imaginários e afetivos” (VASCONCELLOS; AZEVEDO, 2010, p. 564). Nosso intuito com a pesquisa é, justamente, conhecendo as propostas ideais, estudar suas formas de adaptação à realidade de uma região específica.

Conforme vimos acima, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial<sup>8</sup> (CAPS) brasileiro nasceu de um projeto elaborado por trabalhadores da saúde mental da cidade de São Paulo – 1986. A partir dele, em 12 de março de 1987, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi inaugurado. Em junho do mesmo ano as atividades com pacientes foram iniciadas. Em sua formação inicial constavam os seguintes profissionais: dois psiquiatras, dois psicólogos, dois assistentes sociais, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um atendente, três escrivães, dois serventes e três vigias (GOLDBERG, 1996a).

No momento inicial da criação do órgão, a equipe funcionou como verdadeiro grupo de trabalho, imersa em intenso seminário interno: reviram-se os procedimentos terapêuticos oferecidos pela rede, discutiram-se condutas e recursos inoperantes, foram organizados cursos teóricos e treinamento da equipe, chegando-se mesmo a uma simulação de situações com futuros pacientes (GOLDBERG, 1996a, p.112).

---

<sup>8</sup> Segundo Goldberg (1996) o nome Centro de Atenção Psicossocial foi emprestado dos centros existentes na Nicarágua, e a designação deste nome no Brasil foi sugerida pela Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Inicialmente o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira funcionava de 08:00 às 12:00 horas e o período da tarde era reservado para reuniões de equipe. Os pacientes que chegavam aos serviços eram encaminhados por serviços da rede e a triagem era realizada por dois profissionais, sendo um deles necessariamente um médico. O trabalho iniciava-se com o café da manhã e depois os pacientes eram encaminhados para três tipos de ateliês: artesanato, costura e expressão plástica. Às 10 horas as atividades de oficinas eram interrompidas para um lanche, que era compartilhado entre usuários e funcionários. Logo em seguida iniciavam-se as consultas individuais com psiquiatras e psicólogos e os cuidados de enfermagem. Uma vez por semana era realizada uma atividade grupal com todos os pacientes (GOLDBERG, 1996a).

No ano de 1988 foi contratado um profissional para prestar supervisão institucional aos trabalhadores do serviço; no mês de agosto o CAPS passou a funcionar em período integral. A equipe cresceu, passando a integrar a equipe desse CAPS: 4 (quatro) psiquiatras, 3 (três) psicólogos, 3 (três) terapeutas ocupacionais, 2 (dois) enfermeiros, 1 (um) assistente social, 2 (dois) auxiliares de enfermagem, 3 (três) atendentes, 3 (três) escriturários, 2 (dois) visitantes domiciliares, 6 (seis) serventes, 1 (um) jardineiro e 3 (três) vigias, além de 2 (dois) estudantes de psicologia e 3 (três) estudantes de terapia ocupacional que haviam solicitado estágio na unidade (GOLDBERG, 1996a).

Desde sua criação é um serviço de assistência, ensino e pesquisa, inserido na rede pública de atenção à saúde mental. Destina-se ao atendimento de pacientes graves. Ao longo dos anos foi ampliando suas funções: formando pessoal para a rede de atendimento, oferecendo estágio para estudantes e desenvolvendo sua vocação como local de reabilitação (GOLDBERG, 1996a, p. 34).

O êxito dos trabalhos desenvolvidos no CAPS Luiz Cerqueira fez com que outros serviços começassem a surgir no país, inspirados nessa experiência. Desde sua criação este serviço buscou ser substitutivo ao que se chama de modelo médico hegemônico de atenção em saúde mental. A partir da experiência de São Paulo-SP, o CAPS surgiu como um modelo substitutivo que dispõe de equipamentos para a abordagem das crises, sendo serviço territorializado para atendimento de urgências para uma clientela que habitualmente só o recebia em hospital (GOLDBERG, 1996a; AMARANTE, 2003a).

Regulamentados pelas portarias ministeriais SNAS 224/92 e posteriormente GM 336/02, foram estabelecidas várias modalidades de CAPS, como indicado em item anterior. Esses serviços funcionam, pelo menos, durante cinco dias por semana (segunda a sexta-feira), sendo que o horário de funcionamento depende do tipo de Centro: CAPS I, para municípios com população acima de 15.000 habitantes, funcionam das 8 às 18 horas; CAPS II, para municípios com população acima de 70.000 habitantes, funcionam das 8 às 18 horas e podem ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; CAPS III, para municípios com população acima de 150.000 habitantes, funcionam 24 horas, diariamente e também nos feriados e fins de semana; CAPSi, para o atendimento de crianças e adolescentes e para municípios com população acima de 70.000 habitantes, devem funcionar de 8 às 18 horas; CAPS ad, para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, em municípios com população superior a 70.000 habitantes, com funcionamento de 8 às 18 horas; CAPS ad III população acima de 150.000 habitantes, como funcionamento 24 horas, diariamente e também nos feriados e fins

de semana.<sup>9</sup> Os usuários que permanecerem no CAPS um turno de quatro horas terão direito a receber uma refeição e os que permanecerem nos dois turnos terão direito a receber três refeições (MINISTÉRIO DA SAÚDE/LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 2004).

Os CAPS oferecem os seguintes tipos de tratamento segundo a portaria 336:

Atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor (p.10).

A Portaria 336 considera o CAPS como dispositivo principal de atenção à saúde mental, determinando que os mesmos funcionem como porta de entrada para a internação psiquiátrica e seja responsável pela demanda de saúde mental de seu território de referência. Delgado e Leal (2007) referem-se ao território como “campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e relações sociais do usuário, e ao lugar de recursos onde, em geral, o usuário tem baixo ou nenhum poder de troca” (p. 144). A inserção do CAPS no território deve ser processual e dinâmica, produzindo “trabalho vivo”, de forma que as atividades realizadas dentro do CAPS têm que ser articuladas com a vida fora do CAPS. Desta forma, o cuidado desloca o foco da doença e passa a centrar-se no sujeito que sofre, considerando o modo de sofrer que é construído a partir da relação com o social. Essa forma de cuidar une dois conceitos que geralmente são vistos de forma separada: o indivíduo e a sociedade (AMARANTE, 2003b; MERHY, 2007).

A portaria 336 determina o número mínimo de profissionais que deverão atuar em cada tipo de CAPS, mas a realidade que traduz a noção de trabalho em equipe no CAPS supera as determinações da portaria. Os CAPS criados no país revelam uma conformação heterogênea, influenciada pela realidade local, estando integrados por equipes compostas por profissionais com formações diversificadas. Alguns serviços as denominam como equipe multidisciplinar, outros como transdisciplinar, constituindo um lugar de interlocução de vários saberes e conhecimentos. Diferentemente do modelo médico hegemônico, preconiza-se que no CAPS o psiquiatra não possua um lugar de destaque, sendo apenas mais um técnico importante neste novo empreendimento antimanicomial. Lobosque (2001) explicita este novo lugar do médico da seguinte forma:

Dissemos que os novos dispositivos desenham figuras sem centro. Por conseguinte, a psiquiatria não é substituída ali por uma outra disciplina; a posição central é que deixa de existir. Estes serviços se afirmam teoricamente por uma conjugação, um entrecruzamento de saberes diversos: a psicanálise, a psicofarmacologia, a nosologia da psiquiatria clássica, a saúde pública, a epidemiologia, as ciências políticas e sociais; eles exigem, também no plano teórico, a descentralização política que tornou possível sua invenção entre nós (p.93).

Campos, Cunha e Figueiredo (2013) explicam bem o modo como é possível vislumbrarmos este compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações

---

<sup>9</sup> Os dados populacionais estão de acordo com a Portaria 3.088/11 republicada. Disponível em: ([http://www.conass.org.br/conassinforma/anexo\\_3088\\_rep\\_mai\\_2013.pdf](http://www.conass.org.br/conassinforma/anexo_3088_rep_mai_2013.pdf)) Acesso em: 22/02/2016.

que marcam as equipes dos CAPS, utilizando os conceitos de núcleo e campo. O núcleo refere-se aos elementos singulares que determinam a identidade de cada profissional, enquanto o campo refere-se a um espaço de interseção entre os saberes, constituído por responsabilidades e saberes convergentes de várias profissões ou especialidades. Nessa perspectiva, Furtado (2001) aponta que o campo da atenção/reabilitação psicossocial “tem sido um terreno fértil para o desenvolvimento e acréscimo de ações de ‘campo’ àquelas tradicionalmente exercidas por determinados trabalhadores através de seus núcleos” (p. 171).

O trabalho do CAPS pauta-se por não ser determinado exclusivamente pelos técnicos. É de suma importância que nesta instituição aconteçam assembleias gerais, das quais participem todas as pessoas que estejam presentes na instituição. Fruto de experiências exitosas, é desejável que essas assembleias sejam coordenadas por um membro da equipe e outro dos usuários, e que neste momento coletivo sejam compartilhados os mais variados assuntos, da apresentação de um novo paciente à organização das festas de aniversário. Outros momentos coletivos são necessários, tais como as reuniões técnicas e a supervisão institucional (GOLDBERG 1996a; LOBOSQUE, 2001).

Com uma forma de organização e dinâmicas de trabalho diferenciadas, os profissionais do CAPS devem desenvolver uma nova forma de cuidado, de clínica, que recebe atualmente variados nomes: clínica antimanicomial, da reforma psiquiátrica, ampliada ou da psicose. Neste trabalho nos referimos à noção de clínica ampliada de Campos (2007), por entendermos que nela podem estar representados alguns dos principais aspectos das demais.

Na clínica ampliada – ou clínica do sujeito – o foco do tratamento não é apenas a doença como no modelo biomédico. Ela leva em conta a doença e o sujeito que sofre a doença. Sujeito este que é sempre concreto, social, subjetivo e histórico. Seu João está doente, mas antes de tudo é pai e trabalhador inserido em uma comunidade e numa igreja, não é apenas um diabético ou um psicótico. Clínica ampliada então seria a “clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessa existência” (CAMPOS, 2007, p. 56).

Nesse sentido, Merhy (2007) destaca que os CAPS são serviços que se pautam em:

Direito do usuário de ir e vir, direito do usuário de desejar o cuidado, oferta de acolhimento na crise, atendimento clínico individual e coletivo dos usuários, nas suas complexas necessidades, construção de vínculos e referências, para eles e seus “cuidadores familiares” ou equivalentes, geração de alívio nos demandantes, produção de lógicas substitutivas em rede, matriciamento com outras complexidades do sistema de saúde, geração e oportunização de redes de reabilitação psico-social inclusivas (p.3).

Um dos pontos mais importantes da clínica do CAPS é o respeito à pessoa, garantindo seu direito de ser diferente. O usuário, assim que chega ao CAPS, por encaminhamento ou demanda espontânea, tem que notar a seriedade com que ele e suas queixas são acolhidos. O acolhimento no CAPS é feito por qualquer técnico de nível superior e este primeiro momento é fundamental para se determinar a forma de vínculo que este usuário terá com o serviço. De acordo com o problema trazido por ele é que se definirá, num primeiro momento, se esse usuário deverá ser atendido no CAPS ou encaminhado a outro serviço da rede de saúde mental. Se o técnico, que geralmente é chamado de técnico de referência (TR), achar que este usuário deve ser tratado pelo CAPS ele contratará com o paciente qual a forma que o tratamento se estabelecerá: diariamente, dias alternados, por turno, se participará de uma oficina ou grupo de trabalho, se será encaminhado ao psiquiatra para avaliação da medicação,

se a família participará de forma intensiva de seu tratamento ou apenas participará dos grupos de familiares, etc. As formas de cuidado são inúmeras, sendo importante que o usuário utilize o CAPS apenas pelo tempo que necessitar, pois o uso indevido do CAPS pode levar a institucionalização do usuário (GOLDBERG, 1996a; LOBOSQUE, 2001).

A partir do ingresso do usuário na instituição, será definido seu projeto terapêutico singular (PTS). É de vital importância que este projeto leve em conta o desejo do paciente e que ele seja protagonista do seu tratamento. Muitas vezes acontece que, devido à grande alienação em que o paciente viveu durante boa parte da vida, este, num primeiro momento, não seja capaz de saber qual escolha deve fazer, de qual projeto dentro da instituição ele deve participar. A equipe então deve proporcionar espaços onde estas questões apareçam – as psicoterapias grupais e individuais podem caracterizar lugares que favoreçam a emergência de tais questões (MINAS GERAIS, 2007; YASUI, 2010).

Goldberg (1996b) aponta que o tratamento do usuário deve ter como objetivo proporcionar aos mesmos um maior gerenciamento de suas vidas, aumento da autonomia e ampliação do poder de escolha. Com estes objetivos inscreve-se na atenção psicossocial e no cuidado oferecido pelo CAPS a idéia de reabilitação. Reabilitar e tratar são aspectos que não podem ser separados nunca, por que para reabilitar uma paciente deve-se oferecer continuamente tratamento, mas esta forma de tratar versa em oferecer ao paciente todas as possibilidades disponíveis e deixar com que ele escolha aonde quer chegar.

### **3.3 Reabilitação Psicossocial**

Ana Pitta (1996) aponta que a reabilitação psicossocial “pode ser definida como sendo um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes na saúde mental” (p.19). Esta autora defende ainda que cada vez mais a reabilitação psicossocial tem sido adotada como política de governo. Os lugares onde as práticas de reabilitação psicossocial acontecem são variados: as práticas territoriais articuladas em rede tem sido as mais coerentes, nelas se articulam diferentes serviços comunitários, como CAPS, cooperativas de trabalho, moradias assistidas, dentre outros.

A esse respeito, é importante retomar Saraceno (1996) que adverte que reabilitação psicossocial não pode ser considerada apenas mais uma técnica entre muitas, uma vez que ela se diferencia por colocar-se como uma estratégia e uma exigência ética para todos os profissionais que têm como prioridade o tratamento e o cuidado na saúde mental. O autor procura enfatizar que a reabilitação não é apenas a passagem de um estado de “desabilidade” para um estado de “habilidade”. Trata-se de um modo de trabalhar que implica uma mudança total nos serviços e também na política de saúde mental. Esta mudança engloba todos os atores do processo saúde-doença: profissionais, usuários, familiares e comunidade.

Para Saraceno (2001) o cenário para a reabilitação deve privilegiar o lugar onde o usuário tem mais ou menos um determinado nível de habilidade. De forma esquemática, o autor considera que todos nós atuamos em três cenários: os cenários do habitat, do mercado e do trabalho. Neste panorama é que se desenrolam todas as histórias, onde uns são mais hábeis e outros menos hábeis, dependendo de seu poder contratual, havendo ainda os que são “desabilitados” por total falta de poder contratual. São estes os que precisam ser reabilitados, no sentido de receberem o suporte necessário para desenvolverem ou reconhecerem recursos que lhes facilitam a construção de laços sociais. Para Saraceno (1996), este é o modelo de referência da reabilitação.

Saraceno (2001) aponta ainda que o serviço identificado com os ideais da reabilitação dos seus usuários em tratamento institui-se como serviço “que se ocupa de todos os pacientes” que dele participam. Um serviço de qualidade caracteriza-se não pelo numerador (constituído dos pacientes servidos), mas sim pelo denominador (constituído dos pacientes que se pode servir). O importante é verificar se o serviço consegue atender seu usuário de forma útil. Assim, o autor explicita que “o bom serviço é, portanto, um serviço com alta integração interna e externa, ou seja, um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos” (p. 96).

A integração interna do trabalho deve ser operada através das estratégias organizativas e afetivas. Em um dispositivo de qualidade, essa estratégia adota um "alto consumo afetivo, intelectual e organizativo" voltada para as necessidades de quem é tratado e não do serviço. A integração externa de um serviço é composta dos recursos multiplicadores existente, de sua visibilidade e ativação. Saraceno (2001) aponta que “o muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos” (p. 98).

As comunidades também são uma forma de recurso; o indivíduo é essencialmente um ser social, e a comunidade onde ele está inserido influi tanto na evolução como sobre as possibilidades de êxitos das intervenções. E como trabalhamos na lógica de que os CAPS são serviços territorializados, que atendem a população da sua área de referência, a comunidade a que pertence o usuário vai ser a comunidade na qual o serviço está inserido. Podemos citar as seguintes variáveis da comunidade como importante para a reabilitação do paciente: “nível de patologia relacional dos familiares, solidariedade/hostilidade dos familiares e vizinhos, status social da família, nível de agregação/desagregação social do meio onde vive o paciente (bairro, cidade, etc)”(SARACENO, 1994).

A comunidade como recurso, as famílias como recurso, os pacientes como recurso. Não se trata, por certo, simplesmente de suprir os recursos que não existem, mas de afirmar um princípio fundamental: que a comunidade, as famílias, os pacientes deixam de ser relegado ao papel de “custos”, ou seja, de consumidores de recursos mais ou menos parcimoniosamente colocados à disposição pelo sistema sanitário (SARACENO, 2001, p. 106).

Como sabemos, essas considerações de Saraceno consistem em uma espécie de solo fértil, sobre o qual grande parte das propostas da RP italiana e, posteriormente, brasileira, se constituíram. Contudo, embora seja mundialmente usado, o termo reabilitação recebe críticas dos profissionais da saúde mental. Estas ocorrem principalmente devido a ele ser adotado pela medicina no sentido do uso de técnicas voltadas para a recuperação de uma função ou de um órgão. É importante salientar que no paradigma médico o termo leva a uma visão de cura e de reabilitação de uma forma linear, baseada na etiologia, na patologia, na sintomatologia, no diagnóstico e no prognóstico. Assim, a assimilação de uma terminologia usada em um contexto orgânico para um contexto psicossocial tende a minimizar ou a ignorar a diferença dos fenômenos do corpo e do psiquismo (VENTURINI et al., 2003)

O termo reabilitação é a questão mesma da psiquiatria: o reabilitar significa corrigir, prospecta a “*restitutio ad integrum*” do paciente, a sua re-normalização, pretende o re-torno à condição inicial de saúde; Mas nada é mais equivocado do que esta abordagem, seja do ponto de vista conceitual, seja do científico! É ilusório olhar o passado para restituir a “normalidade”, como se fosse possível voltar atrás e agir sobre a dimensão temporal (VENTURINI et al. 2003, p. 59).

Venturini et al. (2003) propõem a mudança do termo reabilitar pelo de habilitar. Contudo, os autores salientam que apenas uma mudança de termos de “reabilitar” para “habilitar” não é suficiente e não significa necessariamente uma mudança na forma de agir dos profissionais e a valorização das pessoas e suas experiências de vida. Para os autores, seja sobre a consigna habilitação ou reabilitação, a atenção psicossocial, quando vista na materialidade do cotidiano dos serviços, pode carregar, em si uma nota pedagógica e prescritiva de modelos de ser e estar no mundo que desvalorizam as formas particulares de existência da pessoa que sofre de uma doença mental. “Quase nunca é ressaltada a vontade do outro de decidir sobre ser habilitado e de escolher o momento mais oportuno para ele” (p. 60).

Ancorada nessa ideia de que reabilitação ou habilitação não é um processo passivo, em que a vontade ou a participação do usuário não é importante surgiu no meio da saúde mental o conceito de *recovery*.

Monteiro e Matias (2007) apontam que em termos semânticos, *recovery* significa “recuperação” ou “voltar a um estado normal”. Já Lopes et al. (2012) num artigo de divulgação de uma pesquisa multicêntrica brasileira, realizada no campo da saúde coletiva, utilizou o termo “restabelecimento” como uma tradução para *recovery*. Baccari, Onocko-Campos e Stefanello (2013), contudo, apontam que a tradução para o termo permanece controversa. Com base nisso, neste estudo será mantido o termo “*recovery*” em inglês, pois é o mais encontrado na literatura.

Na área da saúde mental a palavra *recovery* começou a ser utilizada quase que principalmente em artigos autobiográficos escritos por pessoas que vivenciam uma experiência de doença mental. Assim, o movimento do *recovery* tem sua origem nos usuários e não nos serviços de saúde mental, sendo uma perspectiva que privilegia mais a experiência vivida do que as teorias acadêmicas (MONTEIRO & MATIAS, 2007).

Duarte (2007), através da leitura de diversos autores, define o *recovery* como: “um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de auto-determinação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade” (p. 127).

Lopes (2012) aponta que embora o *recovery* aconteça de forma diferente para as pessoas é possível detectar algumas dimensões comuns que são citadas de modo repetitivo por diversos autores, como:

Ter esperança em relação ao futuro; aprender a gerir sintomas e dificuldades; estar envolvido em atividades significativas; estabelecer e diversificar as relações sociais; ter rede de apoio; estabelecer objetivos pessoais; assumir o controle e a responsabilidade pela própria vida; superar o estigma; exercer a cidadania; empoderamento (p. 562).

Monteiro e Matias (2007) apresentam três pressupostos à noção de *recovery*: 1. pode ocorrer espontaneamente, independentemente de tratamento; 2. pode ocorrer com suporte de intervenção adequada; 3. recupera à dimensão da esperança, transformando a percepção das representações a respeito das doenças mentais.

É importante frisar que o termo *recovery* não se refere apenas a uma recuperação da doença mental, nem a remissão de sintomas e tampouco deve ser entendido como um produto final ou resultado estático. O *recovery* deve ser entendido como um processo, um desafio diário e uma recuperação da esperança, da fé pessoal, da participação social e do domínio sobre suas vidas. Trata-se de um processo pessoal e contínuo que requer adaptação e habilidades de enfrentamento. Busca-se com o *recovery* não um resultado ou uma cura, pois

ele caracteriza-se por uma aceitação de que as limitações são a base, através da qual, pode-se orientar as possibilidades de cada sujeito (DEEGAN, 1998).

Este é também o paradoxo do *recovery*, pois ao aceitar-se o que não se pode fazer ou ser, começa-se a descobrir quem se pode ser e o que se pode fazer, pois o *recovery* é um processo, é uma forma de vida, é uma atitude e uma forma de abordar os desafios do dia-a-dia (DEEGAN, 1998, p. 113).

O *recovery* deve ser entendido como um processo não linear marcado por sucessivas realizações. Nele os usuários podem vacilar e até mesmo voltar a um estado inicial, é melhor entendido com uma série de pequenos começos e passos muito pequenos. Para que o *recovery* aconteça, pessoas em sofrimento mental devem estar dispostas a tentar e falhar e a tentar novamente. Não há como os programas de reabilitação psicossocial forçarem que o *recovery* aconteça (DEEGAN, 1998).

Matias e Monteiro (2007) ressaltam que:

O *recovery* é um processo lento mas deliberado, que acontece através da junção de um grão de areia de cada vez e por essa razão, os profissionais não podem “produzir” o espírito do *recovery* e dá-lo às pessoas que vivenciam uma doença mental. O *recovery* não pode ser um processo forçado ou apenas um processo desejado. Apesar disso, existem ambientes que proporcionam mais o *recovery* do que outros (p. 113)

Matias e Monteiro (2007) apontam que serviços voltados para o *recovery* devem ser integrados aos recursos comunitários e buscar a não segregação do paciente em um único tipo de serviço. Desta forma os serviços devem possibilitar e facilitar o acesso e promover a participação dos usuários nas atividades de sua comunidade que lhes interessem.

Duarte (2007) faz crítica às abordagens de reabilitação psicossocial por considerar que elas mantêm o desequilíbrio de poder entre os profissionais e os usuários, como também são focadas nas limitações e dificuldades das pessoas em sua falta de competência. Essas abordagens acabam levando o usuário a dependerem dos profissionais e dos serviços e acabam limitando-lhe o acesso às redes de suporte naturais, bem como restringindo suas possibilidades de participação social. O *recovery* vem para modificar um sistema de serviços basicamente controlados por profissionais que têm uma visão reducionista e paternalista das pessoas com experiência da doença mental.

Durante esta construção tentamos demonstrar que a clínica do CAPS, que pode ser chamada de antimanicomial ou ampliada, dentre outras denominações, deve ser entendida como uma clínica que, independente do nome que receba, age e trabalha dentro do campo da reabilitação psicossocial. E, para encerrar, é justo utilizar uma provocação feita por Saraceno (2001) aos reabilitadores: pensar sobre a palavra “entretenimento”. Na origem latina da palavra, entretenimento significa manter dentro. “É aí que está o desafio da reabilitação. Entreter para manter dentro, pode ser manter dentro da hospitalização, dentro da cultura psiquiátrica, que no lugar de produzir saúde reproduz enfermidade (p. 18).” Os trabalhadores têm que romper com esse “entretenimento”, assumindo os grandes cenários: casa, trabalho e rede social.

Assim, acreditamos que independente da denominação que usamos “reabilitar”, “habilitar”, ou “restabelecer”, os serviços de saúde mental devem incorporar em suas práticas de cuidado as orientações emanadas dos princípios do *recovery*. De tal modo, reafirmamos

aqui a questões que nos move no desenvolvimento desta pesquisa: não basta abrir um serviço do tipo CAPS para ter certeza de que ele trabalhará dentro da lógica da reforma psiquiátrica, pautado por uma clínica ampliada, em serviços voltados para a comunidade, que buscam a inclusão social dos usuários. Mas, como viabilizar a lógica da inclusão social, numa sociedade marcada pela competição e pelo individualismo? A seguir, esboçamos uma discussão a esse respeito.

### **3.4 A Sociedade Contemporânea e o Imaginário nas Organizações**

Após a contextualização anterior procuro aqui refletir sobre algumas características da sociedade contemporânea, na qual espera-se alguma inclusão da loucura. Para tanto, busco analisar as características da sociedade ocidental contemporânea, como também algumas mudanças ocorridas no mundo do trabalho, através da leitura do imaginário, com base em Cornelius Castoriadis e na psicossociologia francesa, abordando, principalmente, algumas discussões de Eugène Enriquez.

#### **3.4.1 A sociedade contemporânea**

"O medo ameaça.  
Se você ama, terá Aids  
Se fuma, terá câncer  
Se respira, terá contaminação;  
Se bebe, terá acidentes  
Se come, terá colesterol  
Se fala, terá desemprego;  
Se caminha, terá violência;  
Se pensa, terá angústia  
Se duvida, terá loucura  
Se sente, terá solidão".

(Eduardo Galeano)

Enriquez e Carreiro (2013) apontam que o sujeito contemporâneo vive um paradoxo. O século das luzes – século XVIII - transformou a perspectiva de vida humana com o surgimento dos ideais de democracia, de liberdade, de autorrealização e da busca pela felicidade. Os séculos posteriores – XIX e primeira metade do século XX – favoreceram a instalação da modernidade na sociedade e reafirmaram a ideia de que o homem devia tornar-se um sujeito - histórico, autônomo, de direito, psíquico, moral – portanto, sujeito de suas ações.

Enriquez (2006) observa bem essa transformação do homem em um ser histórico:

Para que o indivíduo pudesse tornar-se um ser histórico, foi preciso naturalmente que ele se tornasse um ser de direito, ou seja, alguém que desfrute de direitos (direito político, direitos civis, e mais recentemente, direitos sociais) e sobretudo que seja reconhecido como tendo direito, como ser humano e como cidadão de um país, de gozar da totalidade dos direitos acordados (ou arrancados) ao conjunto dos cidadãos nacionais ou ao conjunto dos homens residentes num território. O sujeito de direito é, pois,

um indivíduo considerado, respeitado frente a todos os outros e que está sob a proteção de uma lei semelhante para todos (p.7).

Contracenando com ascensão do homem ao campo do direito, segundo Enriquez (2006), o que venceu a partir do século XIX e posteriormente no século XX, não foi à racionalidade do homem, tal como foi apregoada pelo Iluminismo e pela Revolução Francesa, “racionalidade dos fins últimos e dos valores irrigados pelos sentimentos e pelas paixões” (p. 4). Para o autor o que triunfou foi à racionalidade instrumental, aquela que se interessa mais pelos meios, do que pelos fins, que responde apenas a questão do: como? E nunca a questão do: por quê? Vimos surgir assim, a racionalidade econômica, “aquela que permite o cálculo dos melhores meios e dos melhores métodos, cálculo de custos e de vantagens, e que submete todo mundo ao reino do dinheiro” (p. 5).

Enriquez (2006) mostra que essa racionalidade transfigurada e limitada trouxe uma forma de pensamento, de estilo e de ação perversa, balizando o que o Marquês de Sade já havia dito no século XVIII, “se o homem fosse totalmente livre, seria livre para se vender, conduzido à ‘venalidade generalizada’”(p. 5). O autor aponta que o mundo atual tornou-se sádico, de tal modo que os velhos valores de mérito, trabalho, honra e prestígio perderam espaço para um único valor: o dinheiro.

Enriquez e Carreteiro (2013) apontam que sob a égide da valoração máxima ao “dinheiro”, o final do século XX e o início do século XXI trouxeram mudanças aceleradas para a sociedade, levando os homens a serem “empreendedores de suas próprias vidas, atores centrais da sociedade e sujeitos em busca do máximo de prazer” (p.75). A sociedade contemporânea – que para alguns autores é denominada de pós-moderna, supermodernas ou hipermodernas – veio para ratificar o programa elaborado no iluminismo, que é a busca da satisfação para os sujeitos. Satisfação esta que precisa ser comprada.

Costa (1984) ressalta que:

A vida, ensina o capitalismo moderno, é um “mar de rosas” para os que são livres. Como todos foram liberados para gozar, só os incapazes continuam a sofrer. Nesta sociedade, sofrer tornou-se um verdadeiro “infortúnio da virtude”, uma prova de “masoquismo” ou de resignação à ética de renúncia burguesa (p.180).

Para compreender as fontes desse sofrimento, ou as estratégias utilizadas para enfrentá-lo, remetemo-nos a Figueiredo (2007) que aponta que a noção de risco (acidente ou desastre) é uma característica das sociedades contemporâneas ocidentais, chegando mesmo a ser denominadas como “sociedade de risco”<sup>10</sup>. Riscos estes que estão relacionados com situações extremas de concorrência e promessas fascinantes de gozo que provocam um estado incurável de superexcitação e medo. A partir das diversas preleções sobre o risco, as preleções e práticas sobre os “seguros” proliferam. Contudo, quase sempre as preleções em relação ao seguro dependem de uma confiança duvidosa em sistemas nada confiáveis “Ou seja, os riscos em todas as suas modalidades permanecem de tocaia e reaparecem de surpresa, mantendo os indivíduos em estado crônico de desconfiança (p. 84)”.

No plano social, as dificuldades com a “segurança ontológica”, têm implicações bastante evidentes. O termo “segurança ontológica” provém da obra de A. Giddens<sup>11</sup>, sendo

<sup>10</sup> O autor utiliza essa expressão com base em: GIDDENS, A.; BECK, U. & LASH, S. **Modernização reflexiva. Política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Unesp (1997).

<sup>11</sup> GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Unesp (1991).

utilizado para denominar a “confiança no ambiente e em si mesmo que permite que a vida seja vivida com algum prazer e tranqüilidade, com uma disposição de entrega relativamente relaxada (p. 70).” Assim, a desproporção entre a excitação e a segurança aumenta nas sociedades contemporâneas, levando à desconfiança e ao medo, um dos ingredientes básicos do mal-estar atual (FIGUEIREDO, 2007).

Para Costa (1984):

O narcisismo moderno, dissemos, é um narcisismo defensivo, voltado para o investimento do corpo, que se tornou foco de sofrimento e ameaça de morte pela ação da violência. Essa hipótese choca-se aparentemente com as teses do hedonismo da sociedade contemporânea. Porém, a nosso ver, esta faceta vendável da ideologia do bem-estar é divulgada para dissimular o medo do sofrimento e da morte, que apavoram o indivíduo moderno (p.178).

Nessa direção, Azevedo (2013), após a leitura de diversos autores que tratam dessa temática, assinala que a sociedade ocidental contemporânea distingue-se por:

Déficit de ideais e referências, pelo abandono do discurso de emancipação, pela desregulamentação, pelo recrudescimento do domínio privado em detrimento do público, pelo individualismo, pelo enfraquecimento do laço social, entre outras características que restringem as possibilidades de construção de projetos coletivos (p. 52).

As sociedades, sejam elas estruturadas em quaisquer tempos históricos, são complexas e precisam ser analisadas sob diferentes lentes de apreensão da realidade. Não seria possível trabalhar essas diferentes lentes nos limites dessa dissertação, por isso, escolhemos apontar o modo como a psicanálise e a psicossociologia discorrem sobre algumas características que se impõem diretamente ao nosso objeto de estudo. Assim, admitimos que ao eleger as características acima mencionadas, acabamos por desconsiderar outras, que poderiam ser trabalhadas num estudo futuro.

### **3.4.2 A função imaginária**

Para compreender aspectos da dinâmica psicossociológica da sociedade contemporânea, utilizaremos a categoria teórica de imaginário, com base na obra de Cornélius Castoriadis. É importante destacar que o autor tem uma obra vasta, que abrange leituras nas perspectivas filosóficas, sociológicas e psicanalíticas, mas para essa dissertação, abordaremos alguns aspectos que auxiliam na compreensão do conceito de imaginário. Assim, abaixo faremos uma breve apresentação desse conceito, para, em seguida, discutir algumas questões próprias ao trabalho nas instituições.

O imaginário e a razão vêm travando uma contenda ao longo da história, o que gerou debates do campo religioso, filosófico, artístico e científico. Durante um longo período no qual predominou a hegemonia do paradigma positivista, baseado na eficiência e no controle, o imaginário foi associado “ao primitivo, ao sem razão – ou sem ciência – conjunto de imagens, mitos e alegorias que caracterizam um pensamento infantil e, portanto, sem importância” (CARVALHO, 2002, p. 27).

Guist – Desprairies (2002) observa que o imaginário, ao longo da história do ocidente, tem sido objeto de uma desvalorização constante por parte de algumas correntes da filosofia. Contudo, em um período mais recente, correntes culturais como o surrealismo, a psicanálise, a

fenomenologia, entre outras, têm devolvido ao “imaginário o seu valor criativo e estruturante” (p. 181). A autora aponta que Cornélius Castoriadis é um dos autores que, na contemporaneidade, tem atribuído um lugar central ao imaginário em sua obra.

Castoriadis (1982) assinala que o imaginário, na opinião corrente, refere-se a engano, invenção, ilusão de uma mudança de sentido “onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações que não suas significações ‘normais’ ou ‘canônicas’” (p. 155). Porém, o autor defende outra forma de abordagem, assinalando que há uma dimensão simbólica e imaginária importante no que se refere à vida social. “Tudo o que se nos apresenta, no mundo social-histórico, está indissociavelmente entrelaçado com o simbólico” (p. 142). O autor ainda acrescenta que a dimensão imaginária “(...) deve utilizar o simbólico não somente para ‘exprimir-se’, o que é óbvio, mas para ‘existir’, para passar o virtual a qualquer coisa a mais” (p. 154).

Castoriadis (1982) assinala que as coletividades sempre buscaram respostas para suas dúvidas, tais como: “quem somos nós, uns para os outros? Onde e em que somos nós? Que queremos, que desejamos, o que nos falta?” (p. 177). Sem as respostas a essas dúvidas não existiria o mundo humano, nem as sociedades, nem a cultura. O papel das significações imaginárias é o de proporcionar uma resposta a essas dúvidas.

Castoriadis (2004) assinala que estas perguntas e respostas não são colocadas explicitamente e suas definições não são dadas na linguagem, devemos entender isso metaforicamente. A sociedade se funda improvisando as respostas de fato a essas indagações em sua vida, em sua atividade. É no fazer das coletividades que aparecem as respostas a essas perguntas. “O homem é um animal inconscientemente filosófico, que faz a si mesmo as perguntas da filosofia nos fatos, muito tempo antes de que a filosofia existisse como reflexão explícita; e é um animal poético, que forneceu no imaginário respostas a essas perguntas” (p.178). Nesse sentido, ele afirma:

A história da humanidade é a história do imaginário humano e de suas obras. História e obras do imaginário radical, que surge a partir do momento que há uma coletividade humana: imaginário social instituinte que cria a instituição em geral (a forma instituição) e as instituições particulares da sociedade considerada, imaginação radical do ser humano singular (p. 127).

Para Castoriadis (2004) na coletividade o que prevalece é o imaginário social instituinte – potência de criação – que expressa-se nas formas de linguagem, nas instituições, na pintura, na arte, portadoras assim de significações imaginárias sociais. Já nas instituições, essas significações imaginárias sociais tendem a se cristalizar, dando origem ao que o autor denomina de imaginário social instituído. Para o autor, o imaginário social instituído é que garante a continuidade da sociedade, através da reprodução e repetição das normas que a partir daí vão regular a vida dos homens até que “uma mudança histórica lenta ou uma nova criação maciça venha transformá-las ou substituí-las radicalmente por outras” (p. 130).

Castoriadis (2004) ressalta que é necessário que a imaginação radical dos seres humanos seja canalizada e regulada, para poder se adequar à vida em sociedade e também à realidade. Para o autor, se os seres humanos fossem dominados apenas pela imaginação radical não teriam sobrevivido. Assim, por meio da socialização, o imaginário radical, de certa forma, é sufocado, produzindo a alienação ou heteronomia, como expressão da conformidade e da manutenção do mesmo.

Uma forma de entender o conceito de imaginário para Castoriadis (1982) pode ser feita através da análise do mundo moderno, tido como aquele que superficialmente impeliu a racionalização ao seu extremo. Contudo, para o autor “apesar de, ou melhor, por causa dessa

‘racionalização’ extrema, a vida do mundo moderno depende do imaginário tanto como qualquer das culturas arcaicas ou históricas” (p. 188). O autor assinala que tratar o homem como coisa, como o faz as organizações atuais com sua metáfora do homem autômato, representa um aprofundamento no grau do imaginário. O universo atual burocratizado, para Castoriadis, é cercado por todos os lados de imaginário “a fantasia da organização como máquina bem lubrificada cede lugar à fantasia da organização como máquina auto-reformadora e auto-expansiva” (p. 190). Da mesma forma, a fixação das necessidades que a sociedade moderna deveria supostamente atender, é verdadeiramente, a fixação de necessidades artificiais, que não têm nenhuma razão funcional, mas fruto de uma produção imaginária, de um imaginário capitalista.

Embora reconheçamos em Castoriadis a base da discussão sobre o conceito de imaginário, recorreremos aqui também a Eugène Enriquez, autor que muito contribui para a compreensão da função imaginária na dinâmica das organizações e grupos.

Enriquez (2001b) assinala que todo indivíduo nasce em uma sociedade, que estabeleceu, voluntariamente e/ou inconscientemente, uma cultura. Assim, o autor coloca que “é impossível analisar a conduta de um indivíduo sem referi-la à conduta de outros para com ele, conduta estruturada social e culturalmente” (p.28). Partindo desta premissa, o autor retoma a terminologia utilizada por Castoriadis (2004) de que todo indivíduo é essencialmente heterônomo, ou seja, sua forma de pensar e de agir é consonante às regras, normas, padrões, expectativas, modelos das instituições em que se insere.

Contudo, Enriquez (2001b) frisa que mesmo os indivíduos mais heterônimos têm sempre a possibilidade de mostrar alguma parcela de originalidade e de autonomia. Assim, o autor trabalha com a premissa de que a heteronomia completa não pode existir. Para ele, a individualização, que tem despertado tantos anseios, é apenas mais um elemento do processo de massificação. O indivíduo da sociedade atual é um indivíduo conformado, que deve reproduzir comportamentos que agradem a sociedade. Os indivíduos em sua totalidade “devem ter agora o espírito de empresa, quer se trate de pessoas que trabalham na empresa, nas universidades, nos hospitais” (p. 31). Para sociedade ocidental contemporânea torna-se dogma a “cultura da empresa”.

Enriquez e Carreteiro (2013) apontam que no mundo atual do trabalho só os mais fortes sobrevivem e apenas eles são reconhecidos. Contudo, este reconhecimento só persiste se eles conseguem manter níveis elevados de excelência. Neste contexto, o homem torna-se dependente do trabalho, das ordens que podem se modificar a todo instante, como também se torna dependente dele mesmo quando interioriza e aceita como normal a obrigação da produtividade extrema. Os autores explicitam mais esta ideia:

Trata-se de um reconhecimento líquido que desaparece se a eficiência se fragiliza. Os outros, os menos eficientes, vão se juntar à massa de desafiados, dos rejeitados, dos descartáveis, dos “inúteis ao mundo”, retomando a expressão utilizada durante a Idade Média. Assiste-se, então, a um verdadeiro sadismo das empresas onde todos os golpes são permitidos. Ninguém é poupado: tanto os pequenos trabalhadores quanto os grandes. As empresas não têm alma, e aquele que não se submete à normalização é eliminado (p. 82).

Essa reflexão sobre as empresas fica mais clara se lembramos que, tal como Sá e Azevedo (2010) ressaltam, para entender a organização é importante compreendê-la como o produto do encontro de “projetos racionais e conscientes e também de fantasias e desejos que

são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos” (p. 299), formando assim, outra cena, a do inconsciente e do imaginário.

Enriquez (2001c) aponta que todo o grupo se inicia em torno de um projeto comum ou de uma tarefa a cumprir. Esse projeto comum se apóia em um conjunto de crenças e valores que para existir têm que se amparar num “imaginário social comum”. Por imaginário social entende-se que “só podemos agir quando temos uma certa maneira de nos representar aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, aquilo que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir (...)” (p.57). Tais representações, segundo o autor, devem ser não apenas pensadas, mas também sentidas. Não basta apenas querer coletivamente, tem que sentir coletivamente, ter as mesmas necessidades, tornar o sonho em realidade.

Sá e Azevedo (2010) apontam que para a perspectiva psicossociológica a organização é um sistema cultural, simbólico e imaginário, no qual o papel dos sujeitos e dos processos grupais tem destaque. Para compreender isso é preciso nos remeter a Enriquez (1997), que apresenta duas formas de imaginário que são comuns nas organizações: o imaginário enganoso ou enganador e o imaginário motor. Através do imaginário enganador, as organizações apresentam-se para os sujeitos como fonte de proteção do risco de quebra de identidade, da angústia de desmembramento na tentativa de ocupar a totalidade do espaço psíquico de seus membros. Assim, por meio dele, a organização:

se exprime assim, de um lado, como uma organização-instituição divina, todo-poderosa, única referência que nega o tempo e a morte, de um lado mãe englobadora e devoradora e ao mesmo tempo mãe benevolente e nutriz, de um lado genitor castrador e pai simbólico (ENRIQUEZ, 1997, 35).

É importante esclarecer que coexistem nas instituições o imaginário motor e o enganoso, embora suas atuações não precisem ser proporcionais entre si. Tratando de situações em que predomina o imaginário enganoso, Enriquez (1997) assinala a forte tendência da manutenção de uma situação de alienação social, na qual os atores sociais não falam em seu nome e não têm a possibilidade e a capacidade de questionarem os ideais e regras de funcionamento vigente, não controlam o próprio destino, vivendo sob a lógica da heteronomia.

A esse respeito, vale lembrar que Castoriadis (1982) defende que a característica essencial da heteronomia ou alienação é um domínio do discurso do outro “o essencial da heteronomia – ou da alienação, no sentido mais amplo do termo – no nível individual, é o domínio por um imaginário autonomizado que se arrojou a função de definir para o sujeito tanto a realidade quanto seu desejo” (p. 142).

Por sua vez, para se contrapor ao imaginário enganoso e à heteronomia e alienação, Enriquez (1997) propõe o conceito de imaginário motor: trata-se daquele que permite que os membros da organização utilizem no trabalho a sua criatividade, sem a repressão das normas e regras prescritas, ele ocupa a “categoria do diferenciado” (p.35). Assim, ele permite às pessoas:

a possibilidade de poderem criar uma fantasmática comum que autoriza uma experiência com os outros, continuamente reavaliada e refletida e não caindo jamais no inerte e no compacto. Ele preserva pois a parte do sonho e a possibilidade de mudança e mesmo a mutação (ENRIQUEZ, 1997, p. 36).

Nesse sentido, lembramos que para Castoriadis (1982), a autonomia possibilita ao indivíduo o direito à liberdade de se opor à vontade da maioria, de ir contra as ideias

dominantes, mostrando que ele pode ser o criador de sua própria história. “A autonomia não é pois elucidação sem resíduo e eliminação total do discurso do outro não reconhecido como tal. Ela é a instauração de uma outra relação entre o discurso do outro e o discurso do sujeito” (p. 128).

A constituição do imaginário motor, contudo, apresenta-se como um desafio, porque cria a possibilidade de questionamento da organização e de suas leis. Entre os dois tipos de imaginário, o enganoso é o que costuma incidir mais frequentemente na dinâmica institucional. Contudo, Enriquez (2001b) ressalta que mesmo o “indivíduo mais heterônomo (mais conformado aos imperativos sociais) está sempre em condições de demonstrar, como evocava FREUD, uma ‘parcela de originalidade e de autonomia’” (p. 29).

Em meio a essa discussão, Enriquez (2001a) aponta que toda organização – seja de qualquer tipo – “quer, atualmente encarnar a ‘instituição divina’”(p. 47). A cultura organizacional vem propor aos que dela fazem parte, seus valores e suas técnicas de socialização – ou seja, seu imaginário enganoso – que tem como objetivo prender a todos nas malhas tecidas pela organização. A identificação do indivíduo com a organização, o fato de só pensar através dela, a ponto de sacrificar sua vida privada para alcançar as metas por ela impostas, independente de quais forem, faz com que os indivíduos entrem “sem o saber (e de consciência tranquila), num sistema totalitário que se tornou para ele o Sagrado transcendente legitimador de sua existência” (p. 47).

Para concluir a discussão sobre o imaginário organizacional, abaixo tentaremos apresentar a possibilidade de conciliar essa leitura das organizações com os entraves impostos pela contemporaneidade e, especialmente pelas barreiras encontradas nos serviços públicos de saúde.

### 3.4.3 O trabalho nas organizações de saúde

Azevedo (2013) aponta que é necessário entender que os desafios e limitações impostos pelo contexto social contemporâneo - que é “caracterizado pelo individualismo, conformismo, pela incerteza e pelo culto a urgência (p55)” - infligem à efetivação de projetos partilhados e coletivos. Assim, tendo como pano de fundo a “fragmentação e o déficit de ideais emancipatórios na sociedade” (p55), parecem restritas as possibilidades de transformações que solidifiquem a dimensão pública das organizações de saúde.

A atual sociedade contemporânea, com suas características já descritas anteriormente, apresenta-se como um cenário desfavorável à gestão das organizações públicas de saúde que têm como base projetos partilhados e coletivos de cuidado. Assim, o contexto atual, em que prevalece o individualismo, o narcisismo e a baixa responsabilidade para com o outro, mostra-se como um entrave à construção de projetos coletivos de cuidado, voltados para a valorização da vida, e concebidos com o objetivo de alargar o nível de responsabilidade das organizações com sua missão pública e social (AZEVEDO, 2013).

Enriquez (2006) aponta as conseqüências ao nível coletivo das características da sociedade contemporânea ocidental:

Dissolução do vínculo social, exclusão ou “desvinculação social” (R. Castel, 1995)<sup>12</sup>, competição exacerbada, pilhagem do planeta, enfraquecimento dos movimentos sociais, diminuição das lutas sindicais, e, por outro lado,

---

<sup>12</sup> O autor utiliza essa expressão com base em: CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Fayard, 1995.

importância crescente das empresas, que querem ser “as instituições divinas”, e de suas conseqüências ao nível individual: os indivíduos devem se integrar, ou melhor, se identificar às organizações das quais fazem parte, idealizá-las, colocando valores organizacionais – seu próprio ideal do ego – no lugar dos seus próprios valores, transformar-se em instrumentos submissos, dóceis mesmo, e sobretudo acreditar, se lhe disserem e se eles se sentirem responsáveis enquanto sujeitos, que estão a caminho da autonomia (p.5).

Azevedo (2013) assinala que os serviços públicos de saúde brasileiros, vistos dentro de um contexto mais geral, estão também submetidos às condições da sociedade contemporânea. Sendo assim, é importante ressaltar as restrições à governabilidade das organizações de saúde públicas em direção a projetos que favoreçam a mudança e estejam comprometidos com a atenção à saúde direcionada ao cuidado, ao acolhimento e ao espírito solidário. A autora resalta também que nas últimas décadas as instituições de saúde têm sido sucateadas, têm recebido poucos investimentos, o que as leva a serem acusadas de: “paralisia burocrática, clientelismo, baixa qualidade e ineficiência” (p. 65).

Azevedo (2013) resalta também:

(...) desinvestimento ocorrido quanto aos recursos humanos, seja no âmbito das políticas de desenvolvimento, seja no âmbito da força de trabalho e remuneração. Parte importante da força de trabalho é terceirizada, e quanto aos funcionários públicos, à falta de planos de carreira e os baixos salários têm favorecido a inércia e o desinvestimento (p.65-66).

Azevedo (2013) aponta ainda que o individualismo e corporativismo têm favorecido o distanciamento entre as categorias profissionais que disputam privilégios, vantagens e esquemas. Castoriadis (2004) também tem um olhar pessimista sobre o desenho atual da sociedade, compreendendo o cenário contemporâneo como um período de retrocesso da criatividade e da busca da autonomia no plano social e político. Neste contexto, tem triunfado o imaginário capitalista, com conseqüente perda do sentido, reprodução de formas vazias, predomínio da apatia e do conformismo, da irresponsabilidade e do cinismo. O autor acredita que para sair dessa situação é necessária uma atuação intensa do imaginário motor e um renascer social e político.

### **3.5 Revisão Bibliográfica**

A pesquisa bibliográfica foi realizada mediante a busca eletrônica de artigos indexados na base de dados *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, a partir de palavras-chave relacionadas à reabilitação psicossocial e às práticas de cuidado dos profissionais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A amostra abrangeu as publicações de artigos indexados no *Scielo* selecionados a partir de uma leitura prévia dos resumos anexados, que seguiu os seguintes critérios de inclusão: I) Veículo de publicação: optou-se por periódico indexado, visto que são órgãos de maior divulgação e de fácil acesso para os pesquisadores; II) Idioma de publicação: artigos publicados na íntegra em língua portuguesa (do Brasil); III) Ano de publicação: foram selecionados artigos publicados entre 2001 e 2013, totalizando, portanto, um período de 12

anos; IV) Modalidade de produção científica: foram incluídos pesquisas de campo, estudos de caso e relatos de experiência; V) Pesquisas realizadas com profissionais que trabalham em CAPS; VI) Trabalhos relacionados a quaisquer práticas de cuidados dos profissionais que trabalham em CAPS.

Foram selecionados artigos através dos descritores: (1) CAPS, (2) reabilitação psicossocial AND atenção psicossocial e (3) desinstitucionalização AND desospitalização. Para a expressão CAPS foram encontrados 337 estudos, dos quais 54 preencheram o critério para a inclusão. Para as expressões reabilitação psicossocial AND atenção psicossocial foram encontrados 61 estudos, dos quais 13 atendiam aos critérios de inclusão (sendo 9 artigos comuns a pesquisa na expressão CAPS). Para as expressões desinstitucionalização AND desospitalização 4 artigos foram encontrados e nenhum preencheu os critérios de inclusão. Assim, ao todo foram selecionados 59 artigos (Tabela 1).

**Tabela 1:** Trabalhos científicos selecionados na base de dados segundo combinação de termos de busca

<b>Descritores</b>	<b>Capturados</b>	<b>Selecionados</b>
CAPS	337	54
(Reabilitação Psicossocial( AND (Atenção Psicossocial)	61	3
(Desinstitucionalização) AND (Desospitalização)	4	0
<b>Total</b>	<b>402</b>	<b>57*</b>

(\*) O total de artigos selecionados exclui as repetições  
 Fonte: Produção própria

Após a recuperação dos artigos, foi realizada a leitura analítica e integral de todos os trabalhos, a identificação das idéias-chave, a hierarquização dos principais achados e a síntese dos resultados. Todos os artigos foram inspecionados por duas (2) pessoas: duas psicólogas.

Para melhor organização do material incorporado, seguiu-se a identificação de 12 dimensões de análise, a saber: ano de publicação, fonte (periódicos de indexação), cidade onde a pesquisa foi feita, autores, estratégia metodológica, tipo de delineamento de pesquisa, instrumento de coleta de dado utilizados, tipo de análise de dados, descrição sumária da amostra e principais temas estudados.

### 3.5.1 Resultados

Após a seleção dos artigos observou-se que na análise dos anos de publicação, foram selecionados dez (10) artigos para os anos de 2011 e 2012, nove (9) artigos para o ano de 2009, oito (8) artigos para 2013, no ano de 2008 foram selecionados seis (6) artigos, em 2010 foram selecionados cinco (5), em 2006 quatro (4), em 2004 e 2007 dois (2) cada, em 2003 um (1) e nos anos de 2001, 2002 e 2005 não foram selecionados nenhum artigo, de acordo com a tabela 2.

**Tabela 2:** Artigos encontrados e selecionados de acordo com o ano

Ano de publicação	Artigos selecionados
2013	8
2012	10
2011	10
2010	5
2009	9
2008	6
2007	2
2006	4
2005	0
2004	2
2003	1
2002	0
2001	0
<b>Total</b>	<b>57</b>

Fonte: Produção Própria

Das cinquenta e sete (57) pesquisas selecionadas, dezessete (17) receberam algum tipo de financiamento, sendo que quatro (4) desses estudos originaram-se do banco de dados da pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)” financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). O CNPQ foi a agência que mais estudos financiou com nove (9) pesquisas, seguido da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com quatro (4), o Ministério da Saúde com duas (2) e Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Aliança de Pesquisa Comunidade Universidade (ARUC – Canadá) com uma (1). Os anos de publicação de artigos oriundos de pesquisas que mais tiveram financiamento foram: 2009, 2010 e 2011 com três (3), seguido de 2012 e 2013 com duas (2) e 2008 com uma (1).

Do total de periódicos analisados, seis (6) deles publicaram quatro (4) ou mais trabalhos, e os demais publicaram de um (1) a três (3) artigos (Tabela 2). A revista *Ciência & Saúde Coletiva* publicou o maior número de artigos sete (7), seguido pela revista *Saúde e Sociedade* seis (6), *Caderno de Saúde Pública* cinco (5). As revistas: *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, *Psicologia Ciência e Profissão* e *Escola de Enfermagem USP* publicaram quatro (4) revistas cada, conforme a Tabela 3.

**Tabela 3:** Quantidade de trabalhos publicados por periódicos científicos

Periódico Científico	N
<i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>	7
<i>Saúde Sociedade</i>	6
<i>Caderno de Saúde Pública</i>	5
<i>Interface: Comunicação Saúde e Educação</i>	4
<i>Psicologia Ciência e Profissão</i>	4
<i>Escola de Enfermagem USP</i>	4
Outros*	27
<b>Total</b>	<b>57</b>

\* Periódicos com até 3 trabalhos publicados

Fonte: Produção própria

Em relação à região de origem das pesquisas, destaca-se que vinte e seis (26) foram realizadas na Região Sudeste do Brasil, seguido da Região Nordeste com quinze (15) pesquisas, na Região Sul doze (12), na Região Centro Oeste um (1). Nenhum estudo foi realizado na região norte do país. Três (3) estudos não especificaram a região do país.

Em relação às cidades onde foram realizados os estudos vinte e nove (29) delas tiveram os nomes citados nos estudos. Observa-se que ainda se mantém a tendência a estudar municípios de médio e grande porte, de tal modo que apenas 24% das cidades nomeadas no estudo possuem menos de 50.000 habitantes. Entre as capitais brasileiras o Rio de Janeiro foi a mais representativa com sete (7) pesquisas, seguido da cidade de São Paulo cinco (5), Fortaleza e Natal quatro (4), Aracajú duas (2), Campina Grande, Cuiabá e Salvador uma (1) pesquisa cada. Quatro (4) cidades consideradas de grande porte tiveram uma representação significativa nas pesquisas que são: Campinas sete (7), Sobral três (3), São Carlos e Pelotas duas cada (2). As demais cidades de grande porte são: Diadema, Ribeirão Preto, Petrolina, Nova Hamburgo, Foz do Iguaçu e Rio Grande com uma (1) pesquisa. Quatro (4) cidades de médio porte participaram da pesquisa, que são: Campo Bom, Sapiranga, Alegrete e Canguçu, com uma (1) pesquisa em cada. Sete (7) cidades de pequeno porte foram pesquisadas, que são: Andradas, Estância Velha, Jaguarão, Santa Vitória do Palmar, São Lourenço do Sul, Capão do Leão e Pedras Altas com uma (1) pesquisa (Tabela 4). Nove (9) artigos não citaram os nomes dos municípios investigados na pesquisa (TABELA 4).

**Tabela 4:** Número de pesquisa por cidade

Região	Cidade	N	População*
Sudeste	Rio de Janeiro	7	6.320.446
	Campinas	7	1.164.098
	São Paulo	5	11.253.503
	São Carlos	2	241.389
	Diadema	1	412.428
	Andradas	1	40.092
	Ribeirão Preto	1	666.323
Nordeste	Fortaleza	4	2.591.188
	Natal	4	869.954
	Sobral	3	201.756
	Aracaju	2	632.744
	Petrolina	1	331.951
	Campina Grande	1	405.072
	Salvador	1	2.921.087
	Pelotas	2	342.873
Sul	Nova Hamburgo	1	238.940
	Campo Bom	1	64.171
	Sapiranga	1	79.560
	Estância Velha	1	46.444
	Alegrete	1	78.499
	Foz do Iguaçu	1	263.782
	Canguçu	1	55.801
	Jaguarão	1	28.310
	Rio Grande	1	207.860
	Santa Vitória do Palmar	1	31.436
	São Lourenço do Sul	1	44.541
	Capão do Leão	1	25.382
	Pedras Altas	1	2.195
Centro Oeste	Cuiabá	1	580.489
<b>Total</b>		<b>29</b>	

\* IBGE População estimada em 2015<sup>13</sup>

Fonte: Produção própria

<sup>13</sup> Dados disponíveis em: (<http://cidades.ibge.gov.br/>). Acesso em: 05/11/2015.

Os artigos selecionados foram escritos por cento e trinta e seis (136) autores, sendo que cinquenta e cinco (55) deles identificaram sua graduação nos artigos e setenta e um (71) sua pós-graduação e três (3) são discentes e participavam de programa de iniciação científica. Pela distribuição dos autores segundo sua área de atuação, pode-se observar a predominância de profissionais da área de Enfermagem: vinte e quatro (24), seguido dos de Psicologia: vinte (20), de Terapia Ocupacional: seis (6), Medicina: dois (2). Os demais estão distribuídos nas seguintes áreas: Educação Física, Farmácia e Pedagogia com um (1) cada. Um (1) dos autores é formado em psicologia e enfermagem.

Dos cinquenta e sete (57) artigos selecionados, todos utilizaram como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa. Os tipos de pesquisa mais utilizados foram: estudo de caso: oito (8), descritiva e exploratório-descritiva: seis (6), exploratória: cinco (5), avaliação participativa, elaboração teórica, etnográfica, cartográfica e avaliativa: três artigos cada (3), analítica, descritiva - interpretativa, participante e pesquisa – intervenção com um (1) artigo cada.

Entre os instrumentos de coleta de dados mais utilizados, encontramos a entrevista, adotada em quarenta (40) estudos, estando dividida em: semi-estruturada trinta (30), individual e estruturada duas (2) cada, semi-dirigida, semi-diretiva, não diretiva, fenomenológica, coletiva (roda de conversa) e em profundidade uma (1) cada. Logo em seguida vieram os instrumentos de observação utilizados em vinte e dois (22) artigos, sendo: participante sete (7), sistemática, etnográfica e simples três (3), de campo (2), não participante, observação, acervo fotográfico e livre uma (1). Abordagens grupais foram usadas onze (11) vezes, sendo: grupo focal oito (8), grupo operativo duas (2) e GAP (Groupes, D'Appréciation Partagée) uma (1). Foram usados também o questionário uma (1), questionário aberto uma (1) e questionário de incidentes críticos uma (1). Os demais instrumentos foram: análise de documento quatro (4), relato de experiência quatro (4), pesquisa ação duas (2), relato gravado, avaliação participativa uma (1), instrumento de contextualização do sujeito uma (1) e instrumento multifásico de identidade social (IMIS) uma (1) (TABELA 5).

**Tabela 5:** Instrumentos de Coleta do Material Empírico

<b>Instrumento</b>	<b>Tipo</b>	<b>Quantidade</b>
Entrevista	Semi-estruturada	30
	Individual	2
	Estruturada	2
	Semi-dirigida	1
	Semi-direta	1
	Não direta	1
	Fenomenológica	1
	Coletiva	1
	Profundidade	1
	Observação	Participante
Sistemática		3
Etnográfica		3
Simple		3
Campo		2
Não participante		1
Observação		1
Acervo fotográfico		1
Livre		1
Grupos		Grupo focal
	Grupo Operativo	2
	GAP	1
Questionário	Questionário	1
	Aberto	1
	Incidentes críticos	1
Análise de documento		4
Relato de Experiência		4
Pesquisa Ação		2
Relato Gravado		1
Avaliação Participativa		1
Instrumento de contextualização do sujeito		1
IMIS		1

Fonte: Produção própria

Sobre o tratamento dos dados, quarenta e três (43) artigos definiram qual forma utilizaram, sendo que a análise de conteúdo foi utilizada em onze (11) deles, seguida de análise temática e análise do discurso com cinco (5) cada, eixo temático, mapa de associação de ideias e sistema de signos, significados e significantes duas (2) cada e triangulação do material empírico, práticas discursivas, teoria ego ecológica, sistematização temática descritiva, software nvivo 2.0 e temáticas com uma (1) cada. Dez (10) artigos basearam-se na hermenêutica e se referiram a ela das seguintes formas: circuito de análise hermenêutico – dialético duas (2); círculo hermenêutico duas (2); hermenêutica crítica proposta por Ricoeur duas (2) e hermenêutica Gadameriana duas (2); hermenêutica crítica uma (1) e hermenêutica interpretativa uma (1).

Todas as pesquisas selecionadas foram realizadas em CAPS, sendo que vinte e oito (28) não especificou qual era a modalidade desse serviço. Das pesquisas que especificaram o tipo de CAPS, obtivemos a seguinte resultado: CAPS II dezessete (17), CAPS III doze (12), CAPS ad sete (7), CAPS i duas (2) e CAPS I uma (1). Três (3) estudos foram realizados juntamente com serviços de Estratégia Saúde da Família, um (1) com Unidade Básica de Saúde e um (1) com Ambulatório.

Os sujeitos das pesquisas foram trabalhadores e coordenadores dos CAPS, gestores municipais de saúde mental e supervisores clínicos institucionais, sendo que a classe da enfermagem (nível médio e superior) foi a mais investigada com cinco (5) pesquisas específicas para a classe, seguido dos psicólogos (4).

Quanto ao conteúdo das publicações, considerando-se a análise qualitativa, observou-se a abordagem de diversas temáticas que foram agrupadas e descritas a partir de categorias importantes para esse estudo. Os temas que mais apareceram foram: modelo de atenção psicossocial x modelo manicomial/asilar; práticas de cuidado; iniciativas exitosas de cuidado no território; apoio matricial e articulação de rede: possibilidades e limites; reabilitação psicossocial; crise; equipe; e supervisão. O quadro 1 descreve a distribuição dos trabalhos por temática.

**Quadro 1:** Trabalhos distribuídos de acordo com os temas

TRABALHOS CIENTÍFICOS RECUPERADOS A PARTIR DA BASE DE DADOS								
AUTOR (ANO)	CATEGORIAS DE ANÁLISE							
	A	B	C	D	E	F	G	H
FURTADO, J. P. et. al. (2013)	N	S	N	N	N	N	S	N
MINOZZO, F.; COSTA, I. I. (2013) a	S	S	N	N	S	S	S	N
ALVES, H. M. de C.; DOURADO, L. B. R.; CÔRTEZ, V. da N. Q. (2013)	S	N	N	S	N	N	S	S
QUINDERÉ, P. H. D. et. al.(2013)	N	N	N	N	S	N	N	N
MINOZZO, F.; COSTA, I. I. (2013) b	S	N	N	N	S	N	S	N
ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. (2013)	N	S	N	N	N	N	N	N
VASCONCELOS, M. de F. F. de; MACHADO, D. de O.; FILHO, M. M. (2013)	N	N	S	N	N	N	N	N
GALVANESE, A. T. C.; NASCIMENTO, A. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. (2013)	N	S	N	N	N	N	N	N
MARTINHAGO, F. ; OLIVEIRA, W. F. (2012)	S	N	N	N	S	S	S	N
ARAUJO, A. K. de ; TANAKA, O. Y. (2012)	S	S	N	N	S	N	S	N
LEÃO, A.; BARROS, S. (2012)	N	N	S	S	N	N	N	N
AZEVEDO, E. B. et. al. (2012)	N	N	S	S	N	N	N	N
GODOY, M. G. C. et. al.(2012)	N	N	S	N	N	N	N	N
SILVA, G. M. et. al. (2012)	N	N	N	N	N	N	N	S
ALBERTI, S.; PALOMBINI, A. de L. (2012)	S	N	N	N	N	N	S	S
CANTELE, J. C.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. (2012)	S	N	N	N	N	S	S	S
LIMA, M. et. al. (2012)	N	N	N	N	S	S	N	N
FIORATI, R. C.; SAEKI, T. (2012)	N	S	N	S	N	N	N	N
PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (2011)	S	N	N	N	N	N	N	N
ONOCKO-CAMPOS, R. T.; BACCARI, I. P. (2011)	N	N	N	N	N	N	S	S
LEÃO, A. ; BARROS, S. (2011)	S	N	N	N	N	N	N	N
MIELKE, F. B. et. al. (2011)	S	N	N	N	N	N	N	N
BALLARIN, M. L. G. S. et. al. (2011)	N	S	N	N	S	N	S	N
PAULON, S. M. (2011)	N	S	N	N	N	N	N	N
MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. de A.; MACHADO, A. L. (2011)	N	N	N	N	N	N	S	N
JORGE, M. S. B. (2011)	N	S	N	N	N	N	N	N
SOARES, R. D. et. al. (2011)	N	S	N	N	N	N	N	N
WILRICH, J. Q. (2011)	N	N	N	N	N	S	N	N
DIAS, C. B.; SILVA, A. L. A. (2010)	N	N	N	N	N	N	S	N
MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. (2010)	N	N	N	N	S	N	S	N
MONDONI, D.; ROSA, A. da C. (2010)	S	N	N	N	N	N	S	N
FILHO, N. G. V.; ROSA, M. D. (2010)	N	N	N	N	N	N	S	N
QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (2010)	N	N	N	N	S	N	N	N
ONOCKO-CAMPOS, R. T. et. al. (2009)	N	N	N	N	S	S	N	N
SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. (2009)	N	S	N	N	N	S	N	S
KIRSCHBAUM, D. I. R. (2009)	S	N	N	N	N	N	N	N
MIELKE, F. B. et. al. (2009)	N	S	N	N	N	N	S	N
SALES, A. L. L. de F.; DIMENSTEIN, M. (2009) a	S	N	N	N	N	N	N	S
SALES, A. L. L. de F.; DIMENSTEIN, M. (2009) b	N	S	N	S	N	N	S	N
CAVALCANTI, M. T. et. al. (2009)	N	N	N	N	S	N	N	N
RIBEIRO, A. M. (2009)	N	N	S	N	N	N	N	N
OLSCHOWSKY, A. et. al. (2009)	N	N	N	N	N	N	S	N
SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. (2008)	N	S	N	N	N	N	S	N
BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. (2008)	N	N	N	N	S	N	N	N
KANTORSKY, L. P.; MIELKE, F. B.; JÚNIOR, S. T. (2008)	N	S	N	N	N	N	S	N
NUNES, M. et. al. (2008)	N	S	N	N	N	N	S	N
MELLO, R. ; FUREGATO, A. R. (2008)	S	N	N	S	N	N	S	N
LEÃO, A.; BARROS, S. (2008)	S	N	N	N	N	S	S	N
ANTUNES, S. M. M. de O.;QUEIROZ, M. de S. (2007)	S	N	N	N	N	N	N	N
OLIVEIRA, A. G. B. (2007)	N	N	N	N	N	N	S	N
ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. (2006)	S	N	N	N	N	N	N	N
GARCIA, M. L. P.;JORGE, M. S. B. (2006)	S	N	N	N	N	N	S	S
ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. (2006)	S	N	N	N	N	N	S	N
JORGE, M. S. B. et. al. (2006)	S	S	N	S	N	N	N	N
BABINSKI, T.; HIRDES, A. (2004)	N	N	N	S	S	N	N	N
FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. (2004)	S	S	N	N	N	N	N	N
TAVARES, C. M. de M. (2003)	S	N	N	S	N	N	N	N

**Legenda:**

A: Modelo de Atenção Psicossocial X Modelo Manicomial/Asilar

B: Práticas de cuidado

C: Iniciativas exitosas de cuidado no território

D: Apoio Matricial e articulação de rede: possibilidades e limites  
E: Reabilitação Psicossocial  
F: Crise  
G: Equipe  
H: Supervisão  
S: Sim  
N: Não  
Fonte: Produção Própria

## **Modelo de Atenção Psicossocial X Modelo Manicomial/Asilar**

Em pouco mais de três décadas o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira veio desconstruindo paulatinamente a dominância dos hospitais psiquiátricos e do modelo asilar/manicomial de cuidado e foi implantando em seu lugar o modelo de atenção psicossocial. O desmonte do antigo modelo asilar levou a criação de uma rede de serviços de saúde abertos e com inserção territorial, que são chamados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Atualmente, o modelo de atenção psicossocial é utilizado pelo Ministério da Saúde como diretriz para a atenção em saúde mental no Brasil. Contudo, alguns artigos selecionados mostram que a superação de um antigo modelo não é tarefa tão fácil assim e que em muitos serviços os dois modelos – asilar e psicossocial – coexistem, indicando que a existência de um CAPS não significa superação paradigmática (MINOZZO & COSTA, 2013a; MINOZZO & COSTA, 2013b; MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; ALBERTI & PALOMBINI, 2012; CANTELE, ARPINI & ROSO, 2012; PANDE & AMARANTE, 2011; LEÃO & BARROS, 2011; MIELKE et. al., 2011; MONDONI & ROSA, 2010; ANTUNES & QUEIROZ, 2007; JORGE et. al., 2006; ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006).

Pesquisas mostraram que muitos profissionais de CAPS não têm conhecimento sobre o que representa a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os profissionais apontaram que existe uma lacuna entre os conteúdos discutidos na formação – principalmente na área de saúde pública e saúde mental - e o que esses profissionais vivem e observam no cotidiano dos serviços. Advertem ainda, que os cursos de graduação em saúde ainda são pautados no modelo biomédico (ALVES, DOURADO & CÔRTEZ, 2013; MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; CANTELE, ARPINI & ROSO, 2012; SALES & DIMENSTEIN, 2009 a).

Garcia e Jorge (2006) e Alvergara e Dimenstein (2006) assinalam em seus estudos que não são todos os serviços substitutivos – pautados no modelo da atenção psicossocial - que são capazes de desfazer a lógica manicomial que sustenta saberes e práticas cronicadoras e de dominação que vigoram na sociedade. Os trabalhadores carregam em seu imaginário a força da tradição psiquiátrica levando a transição do confinamento no hospital psiquiátrico ao confinamento no CAPS. Pande e Amarante (2011) apontam que essa nova cronicidade difere da anterior – do hospital psiquiátrico – porque atualmente os profissionais mantêm os usuários dentro do serviço na intenção de protegê-los da sociedade. Nesses contextos, as grades do serviço são um símbolo do cuidado, porque são elas que protegem o doente mental da sociedade e a sociedade do doente mental (LEÃO & BARROS, 2011).

Os trabalhos apontam também que em muitos CAPS ainda prevalece uma visão organicista e biológica da doença mental. Nesse serviços a presença do médico e do diagnóstico psiquiátrico ainda tem grande influência sobre os demais profissionais, consequentemente, o direcionamento do cuidado segue o sentido de conter e/ou abolir os

sintoma através da medicação. A doença mental é vista como incurável e o louco permanece carregando a insígnia de incapaz e improdutivo para a vida independente. Nesse contexto, pouco e nada se discute com o usuário sobre seu projeto de tratamento e suas possibilidades de alta. Assim, vários trabalhos concluem que a tendência nesses serviços é de tratar o usuário de forma infantil (ARAÚJO & TANAKA, 2012; ALBERTI & PALOMBINI, 2012; PANDE & AMARANTE, 2011; MIELKE et. al., 2011; MONDONI & ROSA, 2010; KIRSCHBAUM, 2009; LEÃO & BARROS, 2008; MELLO & FUREGATO, 2008; ANTUNES & QUEIROZ, 2007; ALVERGARA & DIMENSTEIN, 2006).

Embora muitos autores apontem para a manutenção de algumas características manicomial no cotidiano do CAPS, também são numerosos aqueles que avaliam que os serviços têm avançado em direção à lógica da atenção psicossocial. Tal avanço é bem descrito quando se referem às práticas de cuidado, tal como apresentamos abaixo.

### **Práticas de Cuidado**

A pesquisa de Furtado et al. (2013) mostrou que existem formas distintas de se realizar o cuidado dentro do CAPS, apontando para uma complexa gama de conceitos e práticas que carregam a sua singularidade. Na mesma direção, diferentes pesquisas mostraram que os profissionais acreditam que o trabalho no CAPS deve ser criativo e voltado para a produção de vida, devendo seguir os princípios da integralidade. A ênfase do cuidado é dada à pessoa que sofre e não ao sintoma (PAULON et al., 2011; NUNES et al., 2008; JORGE et al., 2006).

Algumas das equipes estudadas apontaram que os profissionais trabalham para acolher as diferenças que são peculiares à doença mental, sendo esse acolhimento feito com qualidade e pautado no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento de um elo de confiança entre usuário, familiar e profissional. Esse elo e/ou vínculo de confiança é determinante para a corresponsabilização do cuidado, frente o qual o usuário e sua família são convidados a participar da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do mesmo. Esse tipo de abordagem leva o usuário a ser protagonista no seu tratamento e a exercer a sua autonomia e sua liberdade de escolha (ALVES; OLIVEIRA & VASCONCELOS, 2013; JORGE et al., 2011; SOARES et al., 2011; PAULON et al., 2011; MIELKE et al., 2009; NUNES et al., 2008).

Em adição Mielke et al. (2009), Sales e Dimenstein (2009b) e Kantorsky, Mielke e Júnior (2008) observaram que o cuidado no CAPS estudados diferencia-se do cuidado do hospital psiquiátrico, principalmente por ser feito de portas abertas sendo organizado por uma lógica dos múltiplos modos de saber fazer. Ao usuário geralmente é oferecido uma variedade de possibilidades de cuidado que vai do atendimento individualizado, ao atendimento em grupo, oficinas, assembleias, atividades de lazer dentro do serviço, como também atividades fora do CAPS - no território. As atividades de cuidado não se restringem, contudo, àquelas já consagradas e conhecidas, pois considera-se como um tipo de cuidado também o acompanhamento do almoço, as festas e atividades sociais, a ida ao banco, entre outras. Nesse sentido, o cuidado deve ser visto como um potencializador para a inserção social do usuário.

Salienta-se, ainda, que as estratégias de cuidado no CAPS também são voltadas para a família como: grupo de família, atendimento individual, busca/chamamento, oficinas, visita domiciliar e participação da família nas atividades comemorativas (KANTORSKY; MIELKE & JÚNIOR, 2008; SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Por outro lado, algumas pesquisas identificaram que os profissionais se mostraram distantes do que vem sendo preconizado como serviços de saúde acolhedores. Nesses casos, observou-se que a porta aberta não se constitui como um momento de atenção ao usuário, mas

como uma imposição jurídica que interfere na dinâmica do serviço. O cuidado nesses serviços mostra-se tecnicizado e centrado na tecnologia médico-clínica, sendo relegado apenas ao espaço restrito do CAPS (FIORATI & SAEKI, 2012; ARAUJO & TANAKA, 2012; FIGUEIREDO & RODRIGUES, 2004).

### **Iniciativas exitosas de cuidado no território**

Leão e Barros (2012), Azevedo et al. (2012) e Godoy et al. (2012) convergem ao indicar que os CAPS são serviços substitutivos de base comunitária e territorial. Sendo o território o espaço potencializador de ações de cuidado.

O estudo de Leão e Barros (2012) traz o cuidado no território como um mediador de estratégias terapêuticas voltadas para a convivência e o estabelecimento de redes de afeto. Os sujeitos da pesquisa vêem o território como um espaço infinito, que vai além de sua área de abrangência, e defendem em seu discurso que as ações realizadas no território são o que marca a diferença entre o CAPS e o hospital psiquiátrico.

Indo ao encontro ao estudo acima, Azevedo et al. (2012) em seu estudo mostram que os profissionais acreditam que as práticas extra-muros têm a importância de incluir os usuários em atividades sociais de caráter lúdico e de lazer, o que contribui para a ressocialização. Contribuem também para desconstruir o estigma sobre a periculosidade do louco e o constrangimento que alguns familiares têm em ocuparem alguns lugares sociais com a pessoa em sofrimento mental. Os profissionais buscam não reproduzir o modelo manicomial no CAPS, lutando para a não cronificação do usuário. Eles apontam a inclusão social como obrigação dos profissionais, gestores, familiares e sociedade. Destacando a ação dos gestores municipais na construção de espaços que foram distribuídos pelos bairros da cidade, que são áreas abertas ao público essenciais para a efetivação das ações.

A pesquisa de Godoy et al. (2012) e Mielke et al. (2011) também mostram que ações no território como: oficinas de arte, horta comunitária, farmácia viva, cursinho pré-vestibular, cursos profissionalizantes, ensaios de grupos de dança e atividades físicas em espaços comunitários e participação em festas e eventos sociais. Os autores destacam que esse tipo de ação tem a função de vencer a resistência de alguns profissionais em implicar-se em ações para além da assistência individual e grupal dentro do CAPS. Como também de evitar atitudes paternalistas de alguns serviços com tendência a manter o usuário dentro dele.

Uma forma de promover o cuidado para além dos muros do CAPS “tomando o território de assalto” é destacada nos estudos de Vasconcelos, Machado & Filho (2013) e Ribeiro (2009) sobre o Acompanhamento Terapêutico (AT). Os autores apresentaram o AT como uma clínica com pouco enquadre, que estabelece uma relação entre o cuidado e a sociedade. Nesse tipo de trabalho, os técnicos devem ter condições de desenvolver funções que vão além do que está limitado por sua formação específica, mostrando flexibilidade e vontade para viver o inesperado “o ato de sair dos muros físicos e mentais dos serviços, mesmo os substitutivos (...) numa clínica nômade” (VASCONCELOS, MACHADO & FILHO, 2013, p. 105).

### **Reabilitação Psicossocial**

Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013) Azevedo et al. (2012) Leão e Barros (2012), Sales e Dimenstein (2009b) convergem ao apontar que nos serviços voltados para a reabilitação psicossocial o cuidado é feito através da corresponsabilização entre usuários, familiares e profissionais e utiliza o território como potencializador da inserção social do

usuário. Esses autores fazem uma avaliação distinta daqueles citados na primeira categoria (ARAÚJO & TANAKA, 2012; ALBERTI & PALOMBINI, 2012; PANDE & AMARANTE, 2011; MIELKE et. al., 2011; MONDONI & ROSA, 2010; KIRSCHBAUM, 2009; LEÃO & BARROS, 2008; MELLO & FUREGATO, 2008; ANTUNES & QUEIROZ, 2007; ALVERGARA & DIMENSTEIN, 2006).

Babinski e Hirdes (2004) elegeram como tema de discussão de sua pesquisa a reabilitação psicossocial na perspectiva dos profissionais dos CAPS. Os profissionais trouxeram em sua narrativa o entendimento de reabilitação psicossocial como um processo amplo e complexo, no qual os profissionais estabelecem uma relação mais próxima com usuários e familiares na busca de resgatar a saúde mental e não apenas tratar a doença mental. Reabilitação Psicossocial é vista por eles como um espaço de negociação entre usuário, família, comunidade e profissionais visando à melhoria das condições de vida das pessoas e o aumento do poder contratual e de escolha do usuário.

Na mesma direção Alves, Oliveira e Vasconcelos (2003) em uma pesquisa a cerca do empoderamento em saúde mental, mostraram que os profissionais o entendem como um processo que visa à autonomia e valorização do usuário no seu processo de escolha sobre o que é melhor para a sua vida e seu tratamento. Quando exitoso esse processo leva os usuários a enfrentarem seus problemas cotidianos, de modo à neles interferir numa busca de soluções para as dificuldades que surgirem.

Tavares (2003) mostrou o papel da arte nas ações de reabilitação psicossocial. A pesquisa aponta o potencial que as oficinas terapêuticas nos CAPS têm para alargar a capacidade do usuário em exercer sua autonomia dentro de suas possibilidades.

A pesquisa de Mello e Furegato (2008) em parte concorda com as anteriores. Os profissionais que dela participaram desenvolvem ações de inclusão social bem próximas à perspectiva de reabilitação psicossocial, como: aquisição de carteirinhas para gratuidade em passagens de ônibus, projetos de alfabetização, o encaminhamentos para centros comunitários e cooperativas do município e o incentivo a participação em festas comunitárias. Contudo, essa equipe se mostra dividida em relação a acreditar no usuário e nas suas potencialidades - alguns profissionais ainda carregam em seu discurso a visão da incapacidade e a desvalorização do poder contratual do usuário.

Na mesma direção, ao discutir acerca da visão da equipe de saúde mental sobre a reabilitação psicossocial, Jorge et al. (2006) mostram que os profissionais apontaram a importância da necessidade de ampliação do conceito de reabilitação psicossocial, de modo que o olhar do profissional seja multifacetado, não enfocando apenas o diagnóstico e o sintoma. Contudo, um dos participantes da pesquisa admitiu que para a promoção da reabilitação psicossocial realiza apenas consultas neurológicas: “é a reinserção do psicopata na sociedade e as atividades que eu realizo para promover essa reabilitação são as consultas neurológicas e a medicação (Entrev. D) (p. 737)” o que vem a contradizer tudo que os demais membros da equipe falaram.

Finalmente, vale ressaltar que vários estudos apontaram a importância da família no processo de reabilitação do usuário, entendendo a reabilitação não com uma ação isolada dos CAPS (AZEVEDO et al. 2012; JORGE et al., 2006; BABINSKI & HIRDES, 2004).

#### **Apoio Matricial e articulação de rede: possibilidades e desafios**

No que se refere ao apoio matricial e o contato do CAPS com os demais dispositivos de saúde da rede, os estudos mostraram que ainda existe um desconhecimento em relação ao conceito de apoio matricial pelos profissionais do CAPS (MINOZZO & COSTA, 2013 b), como também pelos profissionais da Saúde da Família (SF) e Unidades Básicas de Saúde

(UBS) (MINOZZO & COSTA, 2013 b; QUINDERÉ et al. 2013; ONOCKO – CAMPOS et al., 2009).

Os estudos sobre os CAPS mostram grande preocupação destes com o elevado número de pacientes encaminhados da Atenção Básica (AB). Os profissionais desta, por sua vez, parecem desconhecer ou ter pouco interesse no matriciamento (QUINDERÉ et al., 2013; MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; ARAÚJO & TANAKA, 2012). Essa realidade contrasta com a observação de que recebem cotidianamente casos que envolvem problemáticas como: violência, maus-tratos, abuso de drogas e psicotrópicos, entre outros. Sem formação e apoio para lidar com essas questões, os trabalhadores da AB costumam precipitar-se e encaminhar pacientes para o CAPS com diferentes graus de sofrimento e problemas, sem tentativas prévias de intervenção (BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008)

Os profissionais da AB apontam que as dificuldades de realizarem ações de saúde mental na AP se deve a diferentes motivos, tais como: rotina intensa do serviço e a carga excessiva de trabalho; não se sentirem capacitados para atuarem nos casos de saúde mental, ainda que leves; falta de medicações psiquiátricas para oferecerem (MINOZZO & COSTA, 2013 b; QUINDERÉ et al., 2013; MIRANDA & ONOCKO – CAMPOS, 2010; BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008). Citam também a insuficiência de uma rede que dê suporte ao CAPS e destacam fatores como ausência de leitos em hospital geral e indisponibilidade do SAMU para atender as solicitações do CAPS (MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; LIMA et al., 2012; ARAÚJO & TANAKA, 2012; CAVALCANTI et al., 2009).

Em contrapartida, os trabalhadores do CAPS citaram como empecilhos para o matriciamento: o excesso de trabalho da equipe; a ausência de troca interna entre a equipe; o pouco tempo que dispõem para reuniões e o trabalho isolado de cada especialidade; o apoio matricial visto como mais uma atividade; e a má remuneração dos profissionais do CAPS (MINOZZO & COSTA, 2013 b; MIRANDA & ONOCKO–CAMPOS, 2010; BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008).

Situação diferente é observada por Minozzo e Costa (2013 a, b), que constataram que o apoio matricial vem ocorrendo e produzindo dois efeitos contraditórios: em alguns momentos a equipe vislumbra a doença mental por meio de um foco ampliado, mas, ao mesmo tempo, se estão diante de um usuário em crise acabam repetindo ações próprias ao modelo asilar. Martinhago e Oliveira (2012) e Quinderé e Jorge (2010) citam ainda como empecilho a presença do estigma e do medo dos profissionais da atenção básica na atenção à crise. Observaram vários profissionais que ainda guardam no imaginário que pessoas com sofrimento mental devem ser tratadas apenas nos serviços destinados para elas, mesmo nos cuidados que pedem uma assistência básica em saúde. Por isso, afirmam: “Percebemos no discurso do trabalhador os ‘escombros’ do manicômio” (QUINDERÉ & JORGE, 2010, 578).

Por outro lado, Minozzo e Costa (2013 b), Quinderé et al. (2013), Ballarin et. al. (2011) e Bezerra e Dimenstein (2008) observam que as ações de Apoio Matricial, mesmo que ainda incipientes, produzem efeitos positivos, pois levam os profissionais do CAPS a assumirem uma postura de articulador da rede de saúde e a criar estratégias para melhorar o fluxo resolutivo e desmontar a lógica dos encaminhamentos.

## **Crise**

Ao considerar o cotidiano dos CAPS em relação às situações de crise, as publicações selecionadas demonstram que os afetos despertados nos profissionais pelos pacientes em crise ainda são conflitantes, como também existe conflito nas formas de entender e tratar o fenômeno. Sentimentos como medo, insegurança, temor, dúvida e incertezas se fizeram

presente na fala dos profissionais ao se referirem à crise, como também a ligação entre crise e periculosidade e a necessidade de segurança e vigilância constante (MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; CANTELE, ARPINI & ROSO, 2012; LIMA et al. 2012; WILRICH, 2011).

Diferentes entendimentos sobre o que é a crise apareceram nos estudos. Na pesquisa de Lima et al. (2012) a crise é entendida pelos sujeitos em dois sentidos diferentes e complementares: “os significados que direcionam à descrição da pessoa em si (do usuário/louco) e aqueles que remetem às conseqüências decorrentes do seu estado de alteração para ele e para os outros” (p.428). Os usuários quando em crise tornam-se “perigosas, violentas, agressivas, brabas, despertam medo, incomodam os outros, quebram e destroem coisas, gritam” (p. 428). Na mesma direção, no estudo de Leão e Barros (2008) a crise é atribuída a um descontrole diante de alguma insatisfação de uma necessidade não atendida.

Na mesma pesquisa foi encontrado em um dos CAPS de Aracajú – SE, a associação de que às crises quando acolhidas em seu estado radical, remetem à noção de que os usuários têm algo mais além da doença, eles têm saúde também. Os profissionais vêem a crise como potência criativa, que deve ser trabalhada na oficina de crise sob cuidado intensivo, e só recorrem à internação como última possibilidade (LIMA et al., 2012). Visão esta que é compartilhada pelo estudo de Shmidt e Figueiredo (2009), que mostra que a internação só é aceita pela equipe do CAPS estudado como último recurso. Os profissionais dessa equipe também acreditam que essa internação só é aceitável se a equipe tiver acesso ao usuário durante toda a internação, que deve ser o mais curta possível.

Na pesquisa de Onocko – Campos et. al. (2009) também apareceram posições antagônicas de entendimento da crise: uma ligada à emergência de sintomas a serem contidos e outra que compreende o momento como de extrema fragilidade e oportunidade de reconstruções.

Em seu estudo, Kirschbaum (2009) avalia que os profissionais do CAPS apresentam uma cisão entre os entendimentos de clínica e reabilitação psicossocial. Acreditam que reabilitar e superar a crise significa adotar uma posição pedagógica, uma espécie de reeducação, buscando normalizar o usuário, ou seja, adaptá-lo a uma norma instituída exteriormente a ele. Para a autora, os sujeitos deste estudo ainda preservam uma concepção infantilizada do doente mental, o que gera práticas o que se assemelham ao tratamento moral

Os estudos de Martinhago e Oliveira (2012) e Cantele, Arpini e Roso (2012) verificaram que alguns serviços ainda seguem o modelo clássico – asilar de enfretamento da crise, centrado no controle dos sintomas. Para a maior parte dos profissionais a atenção à crise está ligada à contenção, à medicação e, especialmente às internações hospitalares. Consideram que para lidar com a crise é necessário mais médicos, como também profissionais habilitados a acolher os sujeitos nestas circunstâncias, capacidades que eles alegam não possuir. Diante desse problema, apontam como solução a necessidade de investimento em capacitação e supervisão dos profissionais, já existentes, e na seleção de novos profissionais para trabalhar no CAPS. Ainda nesse estudo, indica-se que os profissionais vêem o CAPS como lugar para tratar usuários estabilizados, a maioria medicada, o que leva a equipe a fazer grande esforço para evitar que o usuário entre em crise.

Alguns estudos apontam a importância do vínculo com a equipe na hora de tratar uma crise, pois quando o usuário é desconhecido pela equipe o acompanhamento é mais difícil (LIMA et al, 2012; WILRICH, 2011; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Foram apresentados como dificuldade em lidar com a crise em cidades sem a retaguarda de CAPS III a falta de preparo dos profissionais, a ausência de serviços que façam

a retaguarda em caso de crise, a resistência e rejeição de outros serviços para atenderem crise, insuficiência do CAPS para o atendimento da crise e dificuldade das famílias em lidarem com a crise em serviços abertos. Familiares e profissionais apontam que o acolhimento noturno é imprescindível para a atenção à crise (LIMA et al., 2012). Em serviços do tipo CAPS III os profissionais apontaram como dificuldades em lidar com a crise: dificuldade de parceria com a rede, acompanhamento de usuários desconhecidos pela equipe e leito noite usado acima de sua capacidade (ONOCKO-CAMPOS, 2009).

## **Supervisão**

Algumas pesquisas apontaram a importância da presença da supervisão clínico-institucional e da educação permanente como um diferencial para o cuidado no CAPS. A falta de capacitação e/ou conhecimento na área de Saúde Mental foi citada, em diferentes estudos, também com um fator que interfere no cuidado. Diante disso, os autores apontam a supervisão clínico-institucional e a educação permanente como saída para a qualificação dos técnicos (MINOZZO & COSTA, 2013 b; MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; CANTELE, ARPINI & ROSO, 2012; ONOCKO – CAMPOS & BACCARI, 2011; LEÃO & BARROS, 2008; GARCIA & JORGE, 2006).

Nesse sentido, Sales e Dimenstein (2009a) em um estudo com psicólogos observaram uma defasagem entre os conteúdos discutidos na formação acadêmica e o que os profissionais observam no cotidiano dos serviços, como também apontam que a formação em psicologia é deficiente em relação aos assuntos referentes à saúde pública e à saúde mental.

A supervisão clínico-institucional – apontada nos estudos acima como um fator importante para o cuidado no CAPS - não é tarefa fácil, segundo o estudo de Silva et al. (2012), segundo o qual antes de iniciar o trabalho, o supervisor deve fazer uma pesquisa em relação ao serviço no qual irá trabalhar, para ter conhecimento de questões como: número de funcionários e usuários, o tipo de vínculo empregatício, quais atendimentos prestados pelo serviço, a relação com os familiares, o intercâmbio com a rede, a postura dos gestores, entre outros fatores que podem ajudar para o início do trabalho. Os autores apontam que a escolha dos supervisores deve ser pautada em alguns parâmetros como: a experiência e o conhecimento em relação à saúde coletiva para conhecer as demandas do SUS; a experiência pessoal e profissional que vem associada à formação específica de cada profissional; e uma postura flexível para conduzir as equipes em suas questões.

O supervisor deve garantir que o espaço da supervisão seja o “lugar de fala” para os profissionais de nível médio e superior. Fala esta que às vezes não é possível devido à inibição do nível médio em falar nas reuniões de equipe e da impossibilidade do nível superior em participar das reuniões, devido ao acúmulo de trabalho (ALBERTI & PALOMBINI, 2012). Para os autores, o supervisor deve utilizar a escuta e a palavra como ferramentas imprescindíveis que possibilitam a circulação dos discursos nas reuniões de equipe, permitindo a construção coletiva dos casos clínicos, para assim, avaliar o funcionamento da equipe e a implicação de cada um no trabalho com o usuário (SILVA et al. 2012; ALBERTI & PALOMBINI, 2012).

O supervisor tem como função dar suporte e direção ao trabalho (SCHMIDT & FIGUEIREDO, 2009). Deve levar a equipe a problematizar questões do seu cotidiano para poder interrogar e repensar suas condutas, retirando os trabalhadores da lógica de receber conteúdos e repetir um saber (SILVA et al. 2012; ALBERTI & PALOMBINI, 2012).

## Equipe

A portaria 336 determina o número mínimo de profissionais que deverão atuar em cada tipo de CAPS, mas a realidade que traduz a noção de trabalho em equipe no CAPS supera tal determinação.

Ballarin et. al. (2011) apontam que o trabalho da equipe do CAPS deve ser criativo e voltado para a produção de vida. Deve ser um cuidado humanizado onde há vínculo entre equipe e usuário e havendo a responsabilidade de ambos pelo cuidado (MIELKE et. al., 2009). O estudo de Filho & Rosa (2010) aponta a existência no serviço da assembléia geral – entre técnicos e usuários – com periodicidade semanal, onde deve existir a participação ativa dos usuários.

Por outro lado, alguns estudos mostram que em alguns serviços há certo desconforto por parte dos técnicos em relação a essa horizontalidade nas relações entre eles e os usuários. Onocko- Campos et al. (2009) em seu estudo mostram que há um desconforto entre os técnicos com a falta de discriminação entre os espaços abertos aos usuários e aqueles privativos aos trabalhadores. Na mesma direção o estudo de Alverga & Dimenstein (2006) mostram a divisão do refeitório em mesa dos técnicos e de usuários, o que vem a marcar o lugar específico dos técnicos – onde os usuários não podem ocupar – o que aponta a diferença de hierarquia entre usuários e técnicos, presente no serviço.

O trabalho em equipe deve se orientar de acordo com a interdisciplinaridade, que apresenta características mais coletivas do processo de trabalho, buscando a descentralização do poder (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008). Contudo, estudos apontam a dificuldade de gerenciamento de médicos por profissionais não médicos e que estes apresentam maior resistência as mudanças nas práticas profissionais (MONDONI & ROSA, 2010; ONOCKO-CAMPOS et. al., 2009). O estudo de Cantele, Arpini & Roso (2012) e Alberti & Palombini (2012) mostra que em alguns serviços há um lugar de destaque na equipe para psiquiatras e psicólogos.

Onocko-Campos & Baccari (2011) ressaltam em seu estudo que nem sempre a organização institucional garante a horizontalidade do poder e que o nível médio ressentem-se da desvalorização de seu trabalho pelos demais membros da equipe, decorrente da ausência de reconhecimento de sua competência. O que dificulta a contribuição desses profissionais para o desenvolvimento dos casos.

O trabalho em equipe no CAPS é organizado a partir de uma lógica dos múltiplos modos de saber fazer (KANTORSKY, MIELKE & JÚNIOR, 2008). Miranda & Onocko-Campos (2010) ressaltam que no CAPS a única ação que é realizada apenas por uma categoria profissional é a prescrição médica. Fato tido como um fator de força e angústia pela equipe, pois, alguns técnicos apontam desconforto com a imprecisão dos papéis na equipe, para os quais nem sempre tiveram formação específica. O estudo de Soares et al. (2011) aponta que os enfermeiros não sabem exatamente qual é o seu papel junto à equipe, como também desconhecem os papéis desempenhados pelos outros especialistas.

Alguns serviços têm trabalhado com o conceito de equipe de referência (BALLARIN et. al., 2011; MIRANDA & ONOCKO-CAMPOS, 2010), ou grupos de referência (ALBERTI & PALOMBINI, 2012). A equipe de referência é uma forma de organização institucional que permite uma circulação maior dos usuários entre um número maior de profissionais o que possibilita ao usuário estabelecer vínculo com mais de um técnico. Por possibilitar que diversas categorias profissionais sejam responsáveis pelo cuidado de um usuário a equipe de referência leva a uma maior e melhor discussão, convidando os profissionais a desenvolver práticas que ultrapassem seu núcleo profissional (MIRANDA & ONOCKO-CAMPOS, 2010).

O estudo de Alberti & Palombini (2010), contudo, mostra que em alguns serviços o grupo de referência atua em torno da figura do médico - o que desvirtua a importância da horizontalidade dos saberes e poderes na equipe - e leva a um engessamento do trabalho e excessiva medicalização.

Outras questões que interferem no trabalho em equipe são relativas à organização do serviço como: recursos humanos, recursos materiais, infra – estrutura, carga horária e remuneração, não foi o objeto principal de nenhuma das pesquisas selecionadas. Contudo, esses temas aparecerem em alguns artigos e foram destacados como motivo de sofrimento e insatisfação com o trabalho.

O acúmulo de funções dos profissionais, o excesso de demanda e a falta de técnicos necessários para o trabalho foram citados em diferentes pesquisas, como aspectos que interferem negativamente na qualidade e nas possibilidades do cuidado (FURTADO et al., 2013; MINOZZO & COSTA, 2013b; ALVES, DOURADO & CÔRTEZ, 2013; ARAÚJO & TANAKA, 2012; ONOCKO-CAMPOS et al., 2009; OLSCHOWSKY et al. 2009; MELLO E FUREGATO, 2008; LEÃO & BARROS, 2008).

Diferentes estudos também apontam a insatisfação salarial como fator de desmotivação para o trabalho (ONOCKO- CAMPOS & BACCARI, 2011; DIAS & SILVA, 2010; ONOCKO-CAMPOS et. al., 2009; NUNES et. al., 2008; OLIVEIRA, 2007; GARCIA & JORGE, 2006). O estudo de Onocko-Campos e Baccari (2011) realizado com técnicos e auxiliares de enfermagem em CAPS III mostra que os profissionais consideram que o salário é incompatível com a responsabilidade que assumem e criticam a grande desigualdade de remuneração existente entre nível médio e superior.

A pesquisa de Onocko-Campos e Baccari (2011) e Onocko- Campos et al. (2009) assinalam que os plantões noturnos nos CAPS III são as maiores fontes de angústia para os profissionais de enfermagem por serem os únicos profissionais no serviço – os autores apontam isso como uma interdisciplinaridade travestida de sucateamento do serviço. No estudo de Mororó, Colvero e Machado (2011) a equipe noturna ressent-se do pouco contato que tem com a equipe diurna e da falta de integralidade da equipe na elaboração os projeto terapêutico singular.

Outros pontos citados como negativos na estrutura dos CAPS se referem ao espaço físico e/ou infra-estrutura. Como também a falta de: alimentos para os usuários, materiais de oficina terapêutica, medicamentos, telefone, transporte para atenção aos usuários e de qualificação para os profissionais. Além de citarem a precariedade dos vínculos empregatícios e a ausência de um processo seletivo para os profissionais trabalharem nos CAPS (MINOZZO & COSTA, 2013a; MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; ONOCKO-CAMPOS & BACCARI, 2011; BALLARINI et al.,2011; DIAS & SILVA, 2010; OLSCHOWSKY et al.,2009; SALES & DIMENSTEIN, 2009; MELLO & FUREGATO, 2008; OLIVEIRA, 2007).

### **3.5.2 Considerações Finais sobre a revisão bibliográfica**

Publicados predominantemente em revistas de Saúde Coletiva e desenvolvidos em cidades de grande ou médio porte, a partir de metodologias qualitativas, os estudos apontam, em geral, que apesar dos desafios que a Reforma Psiquiátrica teve e ainda terá, avanços significativos foram alcançados ao longo de sua trajetória para a consolidação da atenção psicossocial como PNSM. Na pesquisa realizada teve destaque a expansão de uma rede comunitária de cuidado que tem o CAPS dispositivo estratégico de tratamento, de reabilitação

psicossocial e de acesso a reinserção social. Observou-se, também, a importância do cuidado diferenciado pautado no vínculo e na corresponsabilização entre usuários, familiares e técnicos; das práticas grupais; do trabalho em equipe; e da supervisão clínico institucional. Como também, foram destacadas experiências exitosas e inovadoras de ações de cuidado vinculadas com o território.

Contudo, percebe-se uma série de desafios a serem ainda enfrentados, principalmente no que tange à diminuição do estigma social da loucura, a necessidade do fortalecimento das redes de cuidado para evitar a cronificação dos usuários nos serviços e a desassistência no território. Foram encontradas também algumas contradições como a coexistência do modelo asilar e de atenção psicossocial em um mesmo serviço. Outros problemas como: a precariedade dos vínculos empregatícios, estrutura física dos serviços, falta de medicação, de material para oficina terapêutica e de capacitação para a equipe foram colocados como pontos que dificultam o trabalho.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de Pesquisa

Definido o objeto e os objetivos desta pesquisa o método escolhido para a realização da mesma foi o qualitativo, sendo que o referencial teórico-metodológico no qual será embasada será pertinente ao campo da hermenêutica Gadameriana e do paradigma construtivista.

A história do método qualitativo – compreensivos - interpretativos – data do final do século XIX com a ideia de criar as Ciências do Homem. O seu surgimento derivou-se uma contenda histórica entre positivistas e a sociologia compreensiva sobre a identidade científica e metodológica no campo das ciências sociais, tendo como um dos seus principais expoentes Wilhelm Dilthey (TURATO, 2003; DESLANDES, 2008). Dilthey, em sua obra *Introdução às Ciências do Espírito*, questiona o positivismo, afirmando que os “fatos humanos não são suscetíveis de quantificação e objetivação porque cada um deles tem sentido próprio e identidade peculiar” (MINAYO, 2008, p.96).

Minayo (2008) aponta que as metodologias de pesquisa qualitativas são aquelas:

Capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTECIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*<sup>14</sup>, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p. 22).

O método qualitativo vai de encontro ao paradigma construtivista. Guba e Lincoln (2011) definem paradigma como: “sistema de crenças básico, um conjunto de suposições que estamos dispostos a fazer, que sirvam como critério para orientar nossas atividades” (p.91). Para esta pesquisa foi escolhido o paradigma construtivista.

O paradigma construtivista surgiu há várias centenas de anos, contudo, foi apenas há algumas décadas que ele emergiu com um importante antagonista ao paradigma convencional, ou positivista. A principal característica do paradigma construtivista “é a suposição de que as realidades, certamente as realidades sociais/comportamentais, são construções mentais” (p.18). O investigador construtivista parte da premissa de que existem diferentes realidades socialmente construídas e, estas construções são idealizadas pelas pessoas quando tentam dar sentido às suas experiências, valores e conhecimentos prévios. Este paradigma acredita que é impraticável separar o investigador do investigado, sendo a interação entre eles que cria o material empírico que surge da investigação (GUBA & LINCOLN, 2011).

No paradigma construtivista a pergunta metodológica é respondida com a asseveração de que a pesquisa deve ser realizada de uma forma que exponha as construções dos interessados, onde há possibilidade de crítica em relação à outras construções e crie chances para construções revistas ou inteiramente novas, numa metodologia hermenêutica (GUBA & LINCOLN, 2011).

O referencial teórico no qual esta pesquisa será embasada será a hermenêutica gadameriana. A palavra hermenêutica deriva de Hermes – o Deus grego que traduzia as

---

<sup>14</sup> Grifos da autora.

mensagens do Olimpo para os mortais. Surgiu no Século XVII quando o teólogo Johann Conrad Dannhauer o criou para denominar o que antes era chamado de *Auslegungslehre* ou a arte da interpretação. Assim, a hermenêutica surgiu como um método para ajudar a interpretar os textos sacros (ONOCKO-CAMPOS, 2008; GRONDIN, 2012).

Após Dananhauer outras pessoas se empenharam em pensar sobre a hermenêutica. Pode-se destacar: Schleiermacher (1768-1834), Wilhelm Dilthey (1833-1911) e Martin Heidegger (1889-1976). Schleiermacher dedicou-se a exegese dos textos bíblicos, das obras clássicas da filosofia, como também de textos jurídicos, formando assim uma única ciência e arte da compreensão em geral (ONOCKO-CAMPOS, 2008; GRONDIN, 2012).

Dilthey – no século XIX – tentou elevar a hermenêutica ao método de entendimento das ciências humanas em sua totalidade. Contudo, ele sucumbiu à uma concepção da verdade próxima a da metodologia das ciências da natureza, o que desautoriza todo envolvimento da subjetividade na investigação (GRONDIN, 2012).

Heidegger – no século XX – levou a hermenêutica à uma virada existencial, a partir da qual ela deixou de ser entendida de maneira técnica, normativa e metodológica. Heidegger foi o responsável pela transformação filosófica da hermenêutica, com ele, esta muda seu objeto e deixa de refletir “sobre os textos ou sobre as ciências interpretativas” para refletir sobre a própria existência (GRONDIN, 2012, p.38). Apesar disso, foi Hans-George Gadamer (1900-2002) com sua obra “Verdade e Método” que levou a Hermenêutica ao centro dos debates filosóficos. Com Gadamer a Hermenêutica se torna uma filosofia universal da interpretação e das ciências humanas. Seu alvo inicial é explicar a questão da verdade nas ciências humanas propondo a concepção participativa do entendimento, o que constitui a primazia do que ele chamou do “problema hermenêutico” (GRONDIN, 2012).

Para Gadamer (2008) o problema hermenêutico surge do reconhecimento da importância dos preconceitos para a compreensão. Para a hermenêutica gadameriana, o intérprete não é obrigado a se livrar dos preconceitos acumulados durante a vida, pois entende-se que a tradição, a historicidade, não é algo externo, da qual o indivíduo possa se livrar.

Gadamer (2008) aponta que esse retorno no tempo permite ao indivíduo fazer a seleção entre os bons e os maus preconceitos. Nesse sentido, o autor enfatiza que a condição da hermenêutica para a compreensão é identificar o pertencimento a uma tradição, de modo que “é preciso compreender o todo a partir do individual e o individual a partir do todo” (p.385). Quando acontece a compreensão o “círculo do todo e das partes não se dissolve” (p.388) alcançando assim, um entendimento mais verdadeiro.

A fusão de horizontes é um princípio importante para a hermenêutica. Trata-se de uma busca de contato com outro horizonte, que pode ser: pessoa, cultura, época lugar e/ou experiência. Nesse processo, não se supõe que eu e o outro tornem-se os mesmos, temos nossa singularidade, mas podemos viver um comum compartilhando momentos lingüísticos nos mais diferentes níveis. Esses encontros criam nossas experiências em comunidades e ampliam nossa realidade de modo infinito, para além de nossas fronteiras corporais e de nossa experiência temporo-espacial (AYRES, 2008). Note-se que a fusão de horizontes impele-nos, necessariamente, a sair do lugar onde nos situamos antes do trabalho hermenêutico, ou seja, produz mudanças, gera conhecimento.

Esse processo de fusão de horizontes se faz a partir da linguagem, pois esta, resulta dos acordos entre as pessoas, é a nossa maneira de participar do mundo. É através dela que nos constituímos, na medida em que somos falados pelo outro e com ele falamos, em movimentos dialógicos (AYRES, 2008).

A partir dessa compreensão da linguagem, a hermenêutica propõe que a compreensão é participativa, comunicativa e dialógica (DENZIN & LINCOLN, 2006). Para a hermenêutica no desenrolar de um diálogo o sujeito que responde a pergunta está aceitando dois pressupostos. O primeiro é de que a pergunta é digna de resposta e de que consegue acrescentar-lhe algo. O segundo é de que se existe diálogo é porque nenhuma das partes está de posse de uma compreensão irrefutável (AYRES, 2008).

Gadamer (2008) aponta que no diálogo hermenêutico a pergunta tem prioridade. A pergunta é o que nos impulsiona em direção ao outro. O princípio hermenêutico da primazia da pergunta nos mostra que a instância que causa a busca pela verdade vem expressa na forma de uma questão originária. Questão essa que vem da tradição, que surge dos nossos preconceitos, que nos faz buscar a fusão de horizontes e nos convida ao diálogo. Não há outra forma de saber se não perguntar e estar disposto a ouvir as respostas.

Entender nossos preconceitos nos leva a interromper a sua validade. Gadamer aponta que a forma coerente de realizar essa interrupção é transformar nossas crenças e pressupostos em perguntas. Compreender pressupõe elaborar o que nos incomoda em questões. Questões essas que – no caso de nossa pesquisa – possibilitaram elaborar o roteiro dos grupos focais (ONOCKO-CAMPOS, 2008).

Para hermenêutica o intérprete é uma pessoa comprometida em uma análise crítica ou elucidação de um texto. A hermenêutica filosófica defende que a compreensão não deve ser um trabalho circunscrito por métodos ou por normas, sendo, isso sim, uma condição do ser humano. Sendo pautada pela revisão dos preconceitos e pelo diálogo com o outro ou o texto, a “compreensão é a interpretação” (DENZIN & LINCOLN, 2006, p. 198).

A tradição que nos embasa para o desenvolvimento desta pesquisa são os conceitos de: atenção psicossocial de Costa-Rosa (2000, 2003), Amarante (2007) e Alves e Guljor (2004), de reabilitação psicossocial proposto por Saraceno (2001) e de clínica ampliada proposto por Campos (2007). Tratam-se de conceitos já trabalhados no corpo do referencial teórico.

Os preconceitos que me moveram para a realização desta pesquisa surgiram das questões que foram me incomodando no decorrer da minha carreira como profissional de saúde mental. Os principais são: acreditar que não basta abrir um serviço do tipo CAPS para ter a certeza de que ele trabalha dentro do paradigma da atenção psicossocial e da reabilitação psicossocial; a consideração de que para a efetivação da RPB como política de governo e dos CAPS como dispositivos estratégicos da atenção, não podemos sustentar a máxima de que o “melhor hospital psiquiátrico é pior do que o melhor CAPS”, porque não pode existir comparação entre o cuidado realizado nos dois serviços – manicômio e CAPS; e, finalmente, a aposta de que o cuidado em saúde mental deve ser articulado com o território e pautado na desinstitucionalização e na reabilitação psicossocial.

## **4.2 Campo e Objeto de Estudo**

O campo de estudo da presente pesquisa são os Centros de Atenção Psicossocial que compõem a jurisdição da Unidade Regional de Saúde de Manhumirim – SES MG, que é dividida em duas regiões de saúde, que são: região de saúde de Carangola (Ampliada Sudeste) com 11 municípios e região de saúde de Manhuaçu (Ampliada Leste do Sul) com 23 municípios. Atualmente, a Gerência Regional de Saúde (GRS) tem 17 serviços do tipo CAPS, sendo: 2 CAPS ad, 3 CAPS i, 1 CAPS II e 11 CAPS I. A jurisdição da GRS de Manhumirim ainda conta com: 1 Serviço Residencial e Terapêutico(SRT) regional, 10 Leitos

de Atenção Integral para pessoas em sofrimento mental e com necessidade em decorrência do uso de Álcool e Outras Drogas( 4 em Carangola, 2 em Espera Feliz e 4 em Ipanema), 2 Centros de Convivência e 1 Associação de Usuários<sup>15</sup>. A região de saúde de Manhuaçu tem o Hospital Galba Veloso e o Instituto Raul Soares – ambos da rede FHEMIG – como referência caso necessite de internação psiquiátrica.

Todas as 34 cidades têm alguma atenção em saúde mental, de acordo com a lógica territorial da Portaria 3.088 que 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.

Está pesquisa foi realizada em dois CAPS de uma das regiões de saúde. Para a escolha dos serviços pesquisados foi consultada a Referência Técnica em Saúde Mental da jurisdição da Unidade Regional de Saúde de Manhumirim. Os CAPS que fizeram parte da pesquisa foram 1 (um) CAPS II e 1 (um) CAPS I. O CAPS II foi escolhido por ser o serviço mais antigo e o CAPS I pela equipe ter sido totalmente mudada após a realização de um processo seletivo.

O CAPS II está situado em um município da zona da mata mineira que foi fundado em 5 de novembro de 1877. Sua população estimada para 2015 é de 86.844<sup>16</sup> habitantes segundo dados do IBGE. A cidade ocupa uma área de 628,318 Km<sup>2</sup> estando distante da capital Belo Horizonte 283 Km, faz divisa com 10 municípios e compõe Circuito Turístico Pico da Bandeira<sup>17</sup>. A economia do município possui como principais setores: a agricultura, o setor de serviços e comércio e a indústria. A cidade ocupa o segundo lugar do ranking do Produto Interno Bruto (PIB) dos 142 municípios que integram a zona da mata<sup>18</sup>. De acordo com o Observatório da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) o município ocupa a posição 134<sup>a</sup> em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mineiro<sup>19</sup>.

O CAPS II está em funcionamento desde 2002 e é responsável por prestar assistência em saúde mental para mais quatro municípios. A população dos cinco municípios corresponde a 112.353<sup>20</sup>. O serviço funciona em sede própria – construída com recursos do CAPS. Seu horário de funcionamento é de 08:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. Sua equipe é composta por: 1 (um) assistente social, 2 (dois) enfermeiros, 2 (dois) médicos psiquiatra, 1 (um) pedagogo, 3 (três) psicólogos e, 1 (um) terapeuta ocupacional, 1 (um) farmacêutico, 1 (um) assistente administrativo, 1 (um) escriturário, 3 (três) oficinheiros, 2 (dois) auxiliares de enfermagem, 2 (dois) técnicos de enfermagem, 3 (três) cuidadores e 3 (três) auxiliares de serviços gerais. Apenas 3 (três) profissionais no momento da pesquisa não eram concursados: 2 (dois) técnicos de enfermagem e 1 (um) psiquiatra (que tomou posse no concurso em janeiro de 2016). O coordenador do serviço é uma das psicólogas, ela não exerce função técnica e trabalha 4 (quatro) horas por dia. O número de profissionais dessa equipe é superior a equipe mínima exigida pela portaria GM 336.

---

<sup>15</sup> Fonte: (<http://forumsaudemental.blogspot.com.br/2015/08/saude-mental.html?view=sidebar>). Acessado em: 21/12/2015.

<sup>16</sup> Fonte: (<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313940>). Acessado em: 21/12/2015.

<sup>17</sup> Fonte: (<http://www.minasgeraismg.net/cidades/manhuacu#a-cidade-de-manhuaçu-mg>). Acessado em: 21/12/2015.

<sup>18</sup> Fonte: (<http://www.portalcaparao.com.br/noticia/13700/pib-manhuacu-e-o-2-da-zona-da-mata>). Acessado em: 21/12/2015.

<sup>19</sup> Fonte: (<http://www.hospitalcesarleite.com.br/InstitucionalExb.php?idInstitucional=3>). Acessado em: 21/12/2015.

<sup>20</sup> Fonte: (<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>). Acessado em: 21/12/2015.

O município conta em sua rede com os seguintes serviços públicos de saúde: 19 (dezenove) Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 1 (uma) Equipe de Atenção Primária, 2 (duas) Equipes de Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF), 3 (três) serviços do tipo CAPS (II, ad e i), 1 (uma) Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ambulatório de especialidades (com psiquiatra). O município conta com um Hospital filantrópico com 217 leitos, sendo 157 destinados ao SUS, o hospital tem uma abrangência regional.

Já o município que sedia o CAPS I localiza-se na zona da mata mineira e foi fundado em 31 de dezembro de 1943. Sua população estimada para 2015 é de 19.421<sup>21</sup> habitantes, segundo dados do IBGE. A cidade ocupa uma área de 486, 543 Km<sup>2</sup> estando distante da capital Belo Horizonte 316 Km. Faz divisa com 5 (cinco) municípios e também compõe o Circuito Turístico Pico da Bandeira. Sua principal fonte de economia é a produção de café<sup>22</sup>

O CAPS I está em funcionamento desde 2008 e é responsável por prestar assistência em saúde mental a mais 1 (um) município, o que significa que faz cobertura de uma população de 28.265 habitantes<sup>23</sup> (considerando-se os dois municípios). O serviço não possui sede própria e funciona de 08:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira. A equipe é composta por: 1 (um) assistente social, 1 (um) enfermeiro, 1(um) farmacêutico, 1 (um) médico psiquiatra, 1 (um) pedagogo, 1 (um) psicólogo, 1 (um) técnico de enfermagem, 1 (um) auxiliar administrativo, 1 (um) diretor administrativo, 2 (dois) auxiliares de serviços gerais e 1 (um) estagiário de psicologia. O coordenador do serviço também exerce função técnica e trabalha oito horas por dia. A unidade possui a equipe mínima descrita pela portaria GM 336.

O município conta em sua rede com os seguintes serviços públicos de saúde: 9 (nove) equipes de ESF, 1 (um) NASF, 1 (um) Posto de Urgência e Emergência, ambulatório de especialidades (com psiquiatra).

A equipe do CAPS I solicitou que o nome do município fosse suprimido da pesquisa. Todos os nomes citados nessa dissertação – das cidades e dos usuários – são fictícios.

O objeto de estudo desta pesquisa são os modos através dos quais os profissionais dos CAPS estudados relatam suas práticas de cuidado e de reabilitação psicossocial, suas possibilidades e seus desafios, como também compreender o imaginário sobre reabilitação psicossocial segundo a visão dos mesmos.

### 4.3 Sujeitos

Os sujeitos de nossa pesquisa foram os trabalhadores de todas as categorias profissionais dos CAPS investigados. A escolha dos sujeitos foi intencional, participou dos grupos um profissional de cada categoria profissional existente nos CAPS investigados.

De acordo com Turato (2013) a amostra intencional é aquela em que o pesquisador escolhe quais os sujeitos farão parte de seu estudo, de acordo com o que ele acredita serem as características necessárias para trazer informações substanciais para o assunto em questão.

A escolha dos participantes foi feita pela equipe dos CAPS, tomando como base os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos pela pesquisadora.

---

<sup>21</sup> Fonte: (<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=316760>). Acessado em: 21/12/2015.

<sup>22</sup> Fonte: (<http://www.simonesia.mg.gov.br/index.php/cidade>). Acessado em: 21/12/2015.

<sup>23</sup> Fonte: (<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315890>). Acessado em: 21/12/2015.

#### 4.4 Critérios de Elegibilidade

- Estar trabalhando no serviço há pelo menos 6 (seis) meses.
- Interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

É importante esclarecer, porém, que não foi possível seguir o primeiro critério de elegibilidade para o CAPS I investigado. Três profissionais – enfermeira que é também a coordenadora, assistente social e farmacêutica – estavam no serviço a menos de 6 (seis) meses. Por entender que a participação deles seria importante para a pesquisa, optou-se em abrir essa exceção.

#### 4.5 Estratégia de Pesquisa

No presente trabalho, o material empírico foi construído através da técnica do grupo focal. Minayo (2008) assinala que a pesquisa qualitativa e o trabalho de campo tendem a perpetrar interposições entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica.

A técnica do grupo focal foi utilizada pela primeira vez no campo das ciências sociais durante a Segunda Guerra Mundial em uma investigação sobre a potencialidade de convencimento da propaganda. Atualmente, esta técnica tem sido amplamente utilizada em pesquisas nas áreas educacionais, de saúde e ciências sociais, com o propósito de acompanhar e avaliar experiências, programas e serviços, a partir da perspectiva dos grupos neles envolvidos (MIRANDA, et. al. 2008; WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996).

O grupo focal é uma técnica de construção de material empírico que acontece através da interação grupal entre pessoas que possuem características comuns. Esta técnica é utilizada para se investigar o conhecimento, a opinião, as representações, os preconceitos, as atitudes e os valores do grupo pesquisado sobre um determinado assunto. Para serem bem sucedidos necessitam ser bem esquematizados, não se restringindo a uma dinâmica de perguntas e respostas, pois buscam construir um material de pesquisa através do aprofundamento da interação entre os participantes, seja para gerar concordância, ou para apontar divergências (MIRANDA et. al., 2008; MINAYO, 2008; GONDIM, 2003; WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996).

O moderador do grupo focal tem o papel de focalizar o tema, criar uma atmosfera agradável a todos e engajar todos na discussão, ressaltando que não há respostas certas ou erradas; promover a circulação das falas, lidar com possíveis conflitos e pedir maiores esclarecimentos quando uma questão não ficar clara o suficiente. Os grupos focais, geralmente, são coordenados por um único moderador que deve contar com o auxílio de um observador. Cabe a este estar atento para as comunicações não-verbais, como também para as conversas paralelas, anotando as contribuições de cada membro do grupo. A discussão deve ser gravada em áudio, com o conhecimento e autorização dos respondentes da pesquisa, para garantir a preservação do material coletado (MIRANDA et. al., 2008; MINAYO, 2008). Os grupos focais foram coordenados pela pesquisadora, que contou com o auxílio de um observador nos dois primeiros encontros realizados.

Westphal, Bógus & Faria (1996) apontam que o número de participantes dos grupos focais pode variar de 6 a 15 pessoas, escolhidas por critérios de homogeneidade, os quais são determinados pelo objetivo do estudo. Apesar da composição de um grupo específico ser

habitualmente homogênea, o delineamento do estudo comumente prevê que o material empírico seja obtido de mais de um grupo com características diferentes. No caso desta pesquisa, a condição de homogeneidade dos respondentes circunscreve-se ao fato de todos serem trabalhadores de um mesmo serviço, onde estão inseridos há pelo menos seis meses.

Nesta pesquisa, a escolha feita para composição dos grupos utilizou o critério de local de trabalho, ou seja, os grupos foram realizados com trabalhadores do mesmo serviço. No CAPS II pesquisado, os profissionais foram separados em dois grupos: técnicos de nível universitário e técnicos de nível médio. No CAPS I o grupo mesclou técnicos das duas categorias: universitários e nível médio. Foram realizados um total de seis grupos focais, cada um constituído por seis ou sete pessoas. Optou-se pela realização de dois grupos do CAPSII porque o serviço possui uma equipe com 26 profissionais, sendo que a maior parte deles interessou-se por participar da pesquisa. Considerando as observações de Onocko-Campos e Baccari (2011) sobre a tendência de profissionais de nível médio se colocarem menos frente aos colegas de nível universitário, dado a um sentimento de desvalorização, optamos por dividir os dois grupos por categorias. No CAPS I não foi feita essa separação porque apenas um profissional de nível médio quis participar do grupo. Não foi observada dificuldade do profissional de nível médio em se posicionar junto aos demais colegas, sendo possível assim, o conhecimento de algumas colocações próprias a sua categoria. Foram realizados um total de 6 (seis) grupos focais, cada um constituído por no mínimo 6 (seis) e no máximo 7 (sete) pessoas.

Westphal (1992) aponta que o roteiro dos grupos focais é organizado na forma de questões abertas que procuram enfocar todos os temas de interesse da pesquisa. Este roteiro deve ser organizado de acordo com os objetivos e referencial teórico utilizado na pesquisa.

Nesta pesquisa, o grupo focal foi utilizado com o objetivo de discutir como os profissionais de dois CAPS da microrregião de saúde de Manhuaçu vêm a operacionalização que fazem das práticas de reabilitação psicossocial nos respectivos serviços. Utilizou-se os “grupos focais narrativos”, de acordo com trabalho desenvolvido por Miranda *et.al.* (2008). Para tanto, foram realizadas duas rodadas de grupos focais com cada equipe de profissionais. A primeira rodada seguiu o roteiro estabelecido, os principais assuntos abordados foram: história do serviço, práticas de cuidado, reabilitação psicossocial e política de saúde mental brasileira (ANEXO A). As falas dos respondentes foram áudio-gravado e transcritas – de acordo com técnicas habituais e consagradas – e a partir dessas transcrições, foram elaboradas as narrativas das discussões de cada um dos grupos. Procedeu-se então com a realização de mais um encontro com cada um dos grupos, para a leitura da narrativa construída.

A primeira rodada de grupo focal aconteceu nas seguintes datas: CAPS II: grupo de técnicos de nível universitário – dia 11/05/2015; grupo de técnicos de nível médio: 23/06/2015. CAPS I dia 11/05/2015. Cada grupo durou em média 2 (duas) horas, sendo um total de 6 (seis) horas de gravação.

A narrativa que foi construída após o primeiro grupo focal se manteve fiel à discussão do grupo, mas não necessariamente seguiu uma sequência temporal, ou se reproduzirá nas formas lexicais do grupo. Nesta primeira construção narrativa foi iniciada a operação de reconhecimento dos núcleos argumentais, que foram explorados no segundo encontro grupal. Onocko - Campos (2011) aponta que um núcleo argumental “é um conjunto de frases [identificadas nas transcrições dos grupos focais ou construídas através delas] - que não somente se referem a um tema, como também tentam atribuir a ele algum tipo de explicação [pautada no raciocínio dos integrantes do grupo]”(p. 1278). Onocko - Campos (2011) ressalta que a codificação do material por meio dos núcleos argumentais permite criar a “*tessitura da intriga*” (p. 1278) sobre os temas levantados nos grupos focais, o que significa organizá-los

de modo que os argumentos apresentados e discutidos sejam concatenados, conformando um texto narrativo.

Após, este primeiro tratamento do material empírico a pesquisadora retornou aos grupos (que permaneceram os mesmos, com exceção de uma ou duas pessoas por grupo) para fazer a leitura da narrativa. Esse retorno aconteceu nas seguintes datas: CAPS II técnicos de nível superior dia 22/06/2015, técnicos de nível médio dia 25/08/2015; CAPS I dia 07/07/2015. Cada grupo durou uma média de 1 (uma) hora, sendo um total de 3 (três) horas de gravação.

#### **4.6 Análise e Interpretação do Material Empírico**

A análise do material empírico foi feita através da hermenêutica gadameriana, que sugere que as crenças e pressupostos da pesquisadora sejam transformados nas questões que embasam os grupos focais (ONOCKO-CAMPOS, 2008). Conforme explicamos acima, dos grupos focais realizados foram construídas narrativas que, juntamente da discussão da segunda rodada de grupos, nos propiciou o material empírico para análise.

Ricoeur (1997) apud Onocko-Campos (2011) aponta que a construção de narrativas incide basicamente em uma “estratégia de tornar denso o material, mantendo-se fiel a história que nele se conta” (p. 1273). O autor ressalta que as narrativas são histórias que ainda não foram narradas, que possibilitam às pessoas perceberem o caráter de passagem do tempo, num contínuo que não cessa.

O material empírico foi dialogado com a teoria de reabilitação psicossocial – já trabalhada no corpo teórico do trabalho – como também com o modo de atenção psicossocial nas questões da divisão do trabalho transdisciplinar, as formas de organização dos CAPS, o relacionamento com os usuários e a população e as implicações éticas de suas práticas. Para a análise da categoria do imaginário foi utilizado a psicossociologia francesa e sua discussão sobre o conceito de imaginário, tal como proposto por Engène Enriquez (1997; 2001c).

A partir deste referencial, buscou-se compreender como a reabilitação psicossocial compõem o imaginário dos CAPS estudados, suas formas de articulação com outros componentes imaginários, seus efeitos sobre as práticas de cuidado e, ao mesmo tempo, os efeitos que sofre desta organização imaginária de que faz parte. Os núcleos argumentais que surgiram após os grupos focais e construção das narrativas foram: reabilitação psicossocial, organização de rede e equipe.

#### **4.7 Questões Éticas**

Conforme determina a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde para que seja realizada a pesquisa em qualquer situação de interação empírica, alguns passos devem ser seguidos, sendo eles: apresentação, menção do interesse da pesquisa, apresentação de credencial, explicação dos motivos da pesquisa, justificativa da escolha do entrevistado, garantia de anonimato e sigilo e apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO B).

Os sujeitos receberam o TCLE, contendo os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, além de explicitar a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade dos participantes na divulgação dos resultados da pesquisa.

Breakwell et *al.*(2010) aponta que mesmo que o participante da pesquisa tenha concordado e assinado um termo de consentimento, ele tem o direito de se retirar do estudo sem que o pesquisador tente influenciá-lo ou pressioná-lo a permanecer. Com base nisso, aos participantes foi esclarecida a liberdade para abandonar a pesquisa a qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo.

Após a leitura das informações e esclarecimentos de dúvidas ocasionais os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE.

A pesquisa foi autorizada pelas Gerentes dos CAPS pesquisados e aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sob o protocolo de número 528/2014.

## 5 AS NARRATIVAS

Nos seis encontros realizados com os grupos houve participação efetiva de todos os trabalhadores. Na segunda rodada dos grupos focais alguns profissionais não participaram e suas ausências foram justificadas das seguintes formas: férias, transferência e problemas pessoais. A médica do CAPS II estava no serviço, mas alegou que não participou do grupo porque sua agenda estava cheia. A médica do CAPS I participou apenas ao final do segundo grupo, também alegando que sua agenda para o dia estava cheia.

Os dois CAPS pesquisados possuem características bem distintas que devem ser melhor explicitadas antes de passar para a narração dos grupos.

O CAPS II é um serviço com 14 (quatorze) anos de existência e foi fundado 1 (um) ano após a aprovação da Lei 10.216. A sede do serviço foi construída para abrigar um CAPS III e é muito bem conservada. A média de tempo de serviço dos profissionais gira em torno de 5 (cinco) anos, sendo que a coordenadora e uma das auxiliares de serviços gerais estão no serviço desde a inauguração. A equipe é formada por 11 (onze) profissionais de nível universitário e 15 (quinze) profissionais de nível médio. Apenas três funcionários na época da pesquisa não eram efetivos. O tamanho da equipe foi um dos motivos que me levaram a realizar dois grupos focais. O outro motivo foi pessoal, durante os 14 (quatorze) anos em que trabalho em CAPS sempre observei uma separação (ainda que implícita) entre técnicos de nível universitário e médio. A realização de um encontro destinado exclusivamente aos técnicos de nível médio foi muito produtiva para a pesquisa.

O CAPS I é um serviço com 8 anos de existência. Pouca informação foi conseguida sobre os cinco primeiros anos do serviço, os profissionais apenas falaram que o CAPS, neste período, era malvisto pelas pessoas da cidade e da região. A equipe é formada por 6 (seis) profissionais de nível universitário e 6 (seis) profissionais de nível médio. Todos os profissionais de nível universitário passaram por processo seletivo que tem duração de 2 (dois) anos. Possuem, em média, 1 (ano) e meio de permanência no serviço. Acho importante destacar que quatro profissionais que participaram do grupo são muito novas, não posso afirmar, mas acredito que o trabalho no CAPS seja primeiro emprego delas. O serviço funciona em uma casa de dois andares, com cômodos pequenos, apertados e com pouco espaço para atendimentos individualizados. As oficinas terapêuticas acontecem em uma área externa do serviço. Mesmo com a precariedade atual, as profissionais relataram que antes o serviço funcionava em um local que lembrava um porão. Apenas uma profissional de nível médio – a diretora administrativa - quis participar do primeiro grupo. Ao final do segundo grupo observei que ela funciona como um tipo de mediador entre os profissionais do CAPS e a administração municipal.

A primeira rodada de grupo focal transcorreu sem nenhum incidente em todos os grupos. A segunda rodada, quando foi feita a leitura das narrativas, não foi tão tranquila. Os dois grupos do CAPS II acharam que a narrativa retratou exatamente o que eles haviam falado e fizeram apenas algumas correções e observações. A equipe do CAPS I também concordou que a narrativa retratou exatamente o que eles haviam falado, mas ficaram preocupados com possíveis retaliações da administração municipal, caso ficassem sabendo do conteúdo discutido. Foi um grupo muito tenso, os profissionais ficaram divididos em relação ao texto. Em alguns momentos levantaram a possibilidade de ir até a prefeita da cidade para fazer a leitura com ela e ver o que deveria ser mantido e o que deveria ser suprimido. Após uma

votação preferiram manter o texto do jeito que estava e pediram apenas que o nome do município não fosse citado.

Foi muito bom para mim enquanto pesquisadora a participação nos grupos. Mas ressalto que o segundo grupo com o CAPS I foi pouco prazeroso. Quando saí do serviço estava me sentindo cansada e com sentimentos confusos em relação àquele grupo, sentimentos esses que iam de raiva à pena. Precisei de certo período de tempo para trabalhar o material de áudio gravado e só o consegui fazê-lo após muito refletir. Vi naquele grupo o reflexo do serviço em que trabalho, como também de outros serviços da região, que possuem profissionais com potencial de crescimento, que querem fazer um bom trabalho, mas que se encontram reféns de uma situação política perversa, que lhes provoca medo de sofrer represálias caso façam críticas ou questionamentos acerca da estrutura em que estão inseridos. Explicaram que estavam no serviço porque passaram em um processo seletivo, mas este poderia ser renovado por mais dois anos ou encerrado após a vigência do prazo de validade – que é de dois anos. Sentiam que tal prorrogação poderia ser impedida se tivessem desentendimentos com a gestão municipal.

Nos trechos de narrativa apresentados abaixo, os grupos serão identificados da seguinte forma: **CAPS II:** - grupo de técnicos de nível universitário: Grupo “Cuidado cuidadoso”; - grupo de técnicos de nível médio: Grupo “Somos Multiuso”; **CAPS I:** - Grupo “É uma Luta”. Vale ressaltar que esses nomes foram dados em função dessas expressões terem se repetido muitas vezes em cada grupo.

Foram observadas diferenças interessantes entre os grupos, o que possibilitou observar as relações existentes entre cada equipe, materializando a indicação de que “(...) pela observação dos grupos focais ainda é possível conhecer os processos dinâmicos da interação entre os participantes” (WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996, p. 473).

Contudo, mesmo com as diferenças, algumas discussões apareceram em todos os grupos, enquanto que outras, embora menos comuns, mostraram pontos de vista e modos de funcionamento esclarecedores para algumas das questões dessa pesquisa. Após sucessivas leituras flutuantes da transcrição de todo o material de áudio gravado, construímos três núcleos argumentais que, tal como já anunciamos acima são: **reabilitação psicossocial; organização de rede; e trabalho em equipe.**

## 5.1 Reabilitação Psicossocial

Quando foi perguntado sobre a reabilitação psicossocial, todos os grupos associaram-na com: aumento da autonomia do usuário, maior circulação pelo território e inserção no mercado de trabalho - mesmo que a ênfase dada por cada um deles para tal inserção tenha sido diferente.

Os profissionais do grupo “Cuidado cuidadoso” relataram que a discussão sobre reabilitação psicossocial sempre perpassa a equipe, no sentido de tentarem entender:

O que é reabilitação psicossocial? Como é que faz isso? Como você consegue colocar esse psicótico, que não tem sozinho essa estrutura, nesse circuito de reabilitação de habilitação pra conviver, pra estar em outros espaços sem deixá-lo correr risco? Como “*dar asas pra ele voar, de deixar ele ir.*” Achamos difícil às vezes porque o CAPS é o lugar de circulação deles, eles fizeram amizades aqui. Achamos que “*esse discurso que é tão cuidadoso nosso, a gente acaba segurando esses pacientes aqui mais do que era necessário*” (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Os profissionais desse grupo salientaram que um dos empecilhos para a reabilitação psicossocial é a ausência no município de um Centro de Convivência ou a dificuldade de criar dentro do próprio serviço espaços para o usuário ir apenas para socializar, tais como:

*“uma oficina de socialização, ou de amizade, ou pro chá das 5, mas viesse naquele momento ali. Ele não precisava ficar o dia todo. Mas a gente ainda não criou esse espaço e talvez por uma necessidade nossa de retificar esse conceito reabilitação, acreditar um pouco mais de que é possível”* (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Os grupos “Somos multiuso” (CAPS II – nível médio) e “É uma Luta” (CAPS I) destacaram que as pequenas melhoras devem ser comemoradas. Para o grupo “Somos multiuso”:

A Ruth é uma paciente jovem que a mãe mesmo diz que era “igual um bicho, não podia virar o olho na direção dela que ela avançava, batia, agredia”. Hoje ela está bem, voltou a cuidar do filho e a decidir as coisas dela. Como também tem a noção de que estava ruim antes e que depois do tratamento melhorou (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível médio do CAPS II).

Os profissionais desse grupo disseram que observaram que vários usuários do CAPS voltaram a circular pela cidade e a “*ter autonomia social*”. Relataram casos de usuários que passaram em concurso, casaram e tiraram carteira de motorista.

Os profissionais do grupo “É uma luta” destacaram o seguinte caso como sucesso em reabilitação psicossocial:

O José é usuário com o diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica que, quando iniciou o tratamento no CAPS, tinha muita dificuldade de socializar, de se comunicar, apresentava muitas estereotípias. Não aceitava ficar no CAPS sem a mãe, nem ao menos ficava em um ambiente onde ela não estivesse. Hoje, além de ficar no CAPS sozinho, ele já tem certa circulação social no seu município tipo “*sair na rua, ir à farmácia comprar remédio, ir à padaria, ir ao mercado, fazer alguns pequenos favores para a mãe dele*”, coisas que antes ele não conseguia. Esse ano na passeata do 18 de maio ele fez uma leitura de um texto em cima do palco, no microfone, na frente de muitas pessoas. Foi um sucesso! (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais do CAPS I).

O grupo “É uma Luta” ainda enfatizou que o trabalho deve caminhar no sentido de destacar a diferença do usuário e não no de enquadrá-lo no nosso padrão de normalidade. Os profissionais apontaram que a doença mental sempre ocupou o lugar da diferença e da exclusão na sociedade e que é através da reabilitação psicossocial que os profissionais devem tentar modificar a visão que a sociedade tem da loucura.

Os profissionais do grupo “É uma luta” disseram utilizar como estratégia para reverter à visão preconceituosa da sociedade em relação à loucura a passeata de 18 de maio e um grupo de teatro. Sobre a passeata, destacaram que é um dia em que os usuários são vistos pela

sociedade, sendo que dela participam não apenas profissionais do CAPS e seus usuários e familiares, mas também outros profissionais da saúde e pessoas da sociedade. O grupo de teatro foi criado pelos profissionais do CAPS e dele participam funcionários e usuários, seu nome é “Saúde Mentol”. É um teatro mudo em que os participantes pintam o rosto para que a platéia não consiga diferenciar usuários de funcionários.

Os profissionais do grupo “Cuidado cuidadoso” (nível universitário CAPS II) também ressaltaram a arte como forma de reabilitação psicossocial. Um dos casos de sucesso de reabilitação psicossocial citados pelo grupo fala de uma usuária que melhorou a técnica de confeccionar tapete na oficina do CAPS e que hoje circula pela cidade vendendo sua produção. Nenhum dos serviços fez referência à oficina de geração de renda.

Os três grupos fizeram referência ao retorno ao mercado de trabalho como fator de sucesso ou insucesso nos casos de reabilitação psicossocial. Os profissionais do grupo “Cuidado cuidadoso” nos dois casos destacados como de sucessos de reabilitação psicossocial, falaram que *“houve uma reabilitação social e uma maior circulação pela cidade”*, mas consideram que não houve propriamente reabilitação psicossocial *“porque os usuários já eram aposentados”*. Destaco um dos casos para mostrar que mesmo com a melhora do usuário, os profissionais apontaram uma reabilitação social e não uma reabilitação psicossocial.

O Adolfo é um paciente que tem o diagnóstico de um transtorno de humor, com diversas tentativas de suicídio. Ele está com 55 anos, é casado e pai de três filhos. Trabalhou como vigilante de carro forte durante muito tempo e teve o surto por volta dos 35, 38 anos, mais ou menos. É um paciente que não saía de casa, que não conseguia ir à mercearia a uns 50 metros da casa dele. Quando ele começou o tratamento, a esposa o trazia e buscava do serviço, foi um caso muito grave inicialmente. Ele não teve uma reabilitação profissional, até porque ele é aposentado. Como ele é aposentado, já tem seu dinheiro, não precisou que fizéssemos um trabalho de reabilitação psicossocial. Mas ele teve uma reabilitação social e uma circulação social. Hoje esse paciente tem uma circulação, vai à rua, ao banco, paga todas as contas para a família e tem um vínculo com uma igreja. Foi a Recife esses dias, viajou de avião, conseguiu se lançar nessa experimentação do novo (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Esses profissionais mostraram, assim, que fazem ligação direta entre reabilitação psicossocial e inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, inclusive, associam diretamente a dificuldade de reabilitar às dificuldades que os usuários têm de conseguir um emprego:

Outro ponto que gostaríamos de destacar é em relação à reabilitação psicossocial é a dificuldade de recolocação do usuário no mercado de trabalho. O trabalho é importante na vida das pessoas e o mercado de trabalho está difícil para todo mundo. O usuário *“ele já entra com uma desvantagem enorme em relação ao mercado de trabalho em relação às outras pessoas e os critérios de aposentadoria são bem, assim, severos”*. Observamos que os usuários não conseguem trabalhar e com isso se sustentar e também não conseguem aposentar. Aqui em Esplendor temos empresas que disponibilizam vagas, mas observamos que *“é uma vaga fictícia, ela não existe realmente”*. Essas vagas nunca são ocupadas, o candidato nunca tem o perfil, a gente tentou por várias vezes com alguns

pacientes (Trecho da segunda narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Os profissionais do grupo “É uma Luta” – CAPS I - também associaram o fato do não retorno do usuário às suas antigas atividades de trabalho como fator de insucesso em relação à reabilitação psicossocial:

Um caso que não tivemos sucesso é um usuário de Felicidade, esquizofrênico grave. Ele chegou *“a ser professor e tudo e a doença evoluiu e ele ficava em um quarto trancado, ele comia com a mão, um estado péssimo de higiene”*. Com a nossa intervenção terapêutica, medicamentosa e social, ele foi melhorando. Hoje já tem uma adequação melhor. Mas não vai readquirir a capacidade de trabalho porque já deteriorou muito (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais do CAPS I).

Os profissionais do grupo “Somos Multiuso” destacaram como sucesso de tratamento de reabilitação psicossocial um usuário que é acompanhado há muitos anos no CAPS, já tendo passado por algumas internações psiquiátricas: *“ele surta mesmo de quebrar tudo e você não poder ficar na frente dele”*. Mas, ressaltaram que quando esse paciente sai da crise *“ele vai seguir a vida dele, ele trabalha e circula na vida”*.

Os profissionais dos três grupos se referiram a pacientes que não melhoram apesar de todas as estratégias de cuidado da equipe. Citaram jovens a quem não conseguem ajudar devido ao quadro considerado por eles como *“grave, deteriorado, com prognóstico ruim”*. Os profissionais dos dois grupos do CAPS II destacaram pacientes jovens que utilizam o serviço e lhes trazem inquietações. Os trabalhadores do grupo “Cuidado cuidadoso” – formado por profissionais de nível universitário – citaram como um caso de insucesso em reabilitação psicossocial um usuário cujo caso não avança, que não consegue melhorar.

Ele é um rapaz jovem filho de uma usuária do CAPS. Ele frequenta o serviço, mas não conseguimos fazer com que ele siga o projeto terapêutico delineado para ele, observamos que, para ele, o que é proposto não faz o menor sentido. Na hora que ele precisa ele busca o CAPS. Mas a gente não sabe responder bem o que ele busca. O que ele precisa? Qual é a necessidade dele? Sabemos que ele vem ao serviço quando precisa da gente. Nós é que não sabemos no que podemos atender. Porque ele também não traz esse esclarecimento do que ele veio buscar, ele fica por ai. Sabemos apenas que somos uma referência (Trecho da segunda narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Os trabalhadores do grupo “Somos Multiuso” – profissionais de nível médio - chegaram a mencionar que um desses pacientes causa um desconforto em todos eles:

Tem um caso aqui que incomoda a todos nós técnicos de nível médio, o Marcelo. Esse caso nós achamos que não melhora devido à postura que o técnico de referência tem em relação a ele. Ele tem muita proteção por parte do serviço. Ele pode fazer o que quer, pode quebrar jogar coisas para o alto e não podemos falar nada. Ele não tem regras e o TR não admite que sejam impostas regras a ele. Outro dia tivemos uma reunião com o TR para conhecer melhor o caso dele *“nós éramos 13. Ela e mais 12 funcionários. 11 foram contra ela, 1 funcionário ficou em cima do muro, não manifestou*

*opinião. Os outros 11 todos foram contra ela”. Queríamos uma mudança de postura em relação a ele porque “ele é um paciente para o resto da vida” e vamos continuar com esta postura? Queríamos que algo mudasse, mas a nossa opinião não valeu de nada, o que vale é apenas a opinião de TR (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível médio do CAPS II).*

Na segunda rodada de grupo focal, os profissionais desse grupo comunicaram que o problema havia sido solucionado. Relataram que aconteceu o que já haviam previsto: um dia o usuário iria machucar (ou quase machucar) alguém e só assim uma atitude seria tomada pelo TR ou pela coordenação. Nesse caso, a atitude veio da coordenadora que após o incidente chamou o usuário para conversar e *“estipulou regras e limites”*. Ainda acrescentaram que a TR do usuário *“teve que baixar o facho e calar. Ela só calou”*. Eles completaram o assunto enfatizando: nesse caso, *“não estávamos errados nem falando besteira”* e completaram que a opinião deles é válida porque são os profissionais que mais têm contato com os usuários, por circularem mais pelo serviço que os técnicos de nível universitário.

Esse mesmo grupo destacou que sua relação com os usuários é de respeito e carinho, mas que não confiam neles porque *“são imprevisíveis”*. Comentaram, ainda, que famílias inteiras se tratam no CAPS, que alguns usuários têm parentes tratando no CAPS i e no CAPS ad.

*“Igual à família da ‘Roberta’: é uma família toda ela com problema. Os pais já tinham, teve um monte de filhos. Aqueles filhos tiveram um monte de filho. Aqueles filhos já estão gerando filho e todo mundo com problema”*. Achamos que o governo deveria ter um programa de controle de natalidade – *“uma castração”* – *“devia existir um jeito de não deixar gerar isso tudo”*. *Devia ter um jeito de “reduzir essa proliferação”*. *“Não é porque eles são doentes que eles não têm direito”*. Porque *“tem que ter um meio. Porque o que não pode é a sociedade ser encharcada de pessoas com problemas e não ter uma estrutura em todos os lugares para resolver isso”*. Abre tanto serviço para atender *“drogado”*, devia ter um serviço para essas pessoas também não apenas CAPS (Trecho da segunda narrativa do grupo de profissionais de nível médio do CAPS II).

Os trabalhadores do grupo *“É uma luta”* (CAPS I) ressaltaram que a demanda do serviço é composta por demanda interna (permanência dia) e externa. Os usuários da permanência dia são aqueles que conseguem ir até o serviço sozinhos, sendo considerados pela equipe como tranquilos e estáveis. A demanda externa é composta pelos demais usuários que são assistidos através de consultas agendadas e visitas domiciliares. Para que essas visitas possam acontecer, enfatizam: *“temos que agendar o carro com bastante antecedência, ficar pedindo para um e para outro”*. O fato de não possuírem um carro próprio parece atrapalhar bastante suas rotinas.

Assim, nossa demanda interna não é organizada pela gravidade do caso e sim pela disponibilidade do usuário de vir sozinho para o serviço. Muita da nossa demanda externa é composta de usuários graves, que se beneficiariam da permanência dia, mas que só vêm nas consultas regulares *“quando conseguem”*. Isso nos chateia muito, mas não fazemos nada de muito

diferente, porque dependemos da prefeitura... (Trecho da primeira narrativa do CAPS I).

Os profissionais do grupo “Cuidado Cuidadoso” (nível universitário do CAPS II) por sua vez ressaltaram que o serviço está com dificuldade de fazer visita domiciliar devido à falta de transporte. Apenas os casos mais graves recebem visita domiciliar, mas os profissionais apontam que essa falha não advém da equipe, e sim da administração municipal, que não tem carros suficientes para os serviços. Fato este que é contestado pelos trabalhadores do grupo “Somos Multiuso” (nível médio do CAPS I), que embora sejam do mesmo CAPS, apontam que a ausência de carro não é motivo para desassistência, visto que o serviço tem os telefones dos postos de ESF e dos próprios pacientes. Os profissionais participantes desse grupo apontaram que esse é um ponto falho do serviço, comentando: *“já que é para falar, vamos falar sobre o que está errado!”*. Acrescentaram, ainda, que observaram um aumento do número de internação psiquiátrica desses usuários que deveriam estar sendo acompanhados por visitas domiciliares.

É importante destacar que apenas o CAPS II falou sobre assembléia de usuários e sobre associação de usuários e familiares. A assembléia foi descrita rapidamente quando apresentaram as oficinas. A pedagoga (única profissional que participa da assembléia) relatou que a assembléia acontece mensalmente, sendo ela a responsável por levar a solicitação dos usuários para a coordenação. É interessante destacar que os usuários só ficam sabendo se suas solicitações serão aceitas ou não no mês seguinte. A única associação de usuários e familiares existente na GRS pertence a esse serviço, mas os profissionais da equipe “Cuidado cuidadoso” apontaram que no momento ela não está sendo muito atuante.

## 5.2 Organização de Rede

Os dois grupos realizados com profissionais de nível universitário consideraram o apoio da rede precário, mas se referiram a problemas diferentes. Os profissionais do grupo “Cuidado Cuidadoso” relataram que a rede da cidade é composta por: CAPS ad e CAPS i, UPA e ambulatório, com os quais consideram mantêm um bom contato. Destacaram, também, que no município há uma comunidade terapêutica, mas que não consideram que ela faça parte da rede de saúde.

A citação abaixo explicita bem o que os profissionais do grupo “Cuidado cuidadoso” falaram sobre o trabalho das unidades de ESF em relação ao cuidado com a pessoa com doença mental.

Quando a gente freqüentava as unidades da ESF os médicos diziam *“eu não me sinto seguro para atender um paciente de início, eu prefiro que vá ao psiquiatra que seja avaliado. O psiquiatra analisa e avalia e depois já me encaminha sob controle para eu dar continuidade”*. Mas o que observamos é que eles nem tentam atender, o que acaba gerando essa fila [referência a fila de espera de 42 pessoas para o atendimento no ambulatório de psiquiatria]. Mas é importante ressaltar que quando damos alta não encaminhamos o usuário diretamente para a Casa Azul e sim para a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Contudo, gostaríamos que nosso usuário ao receber alta daqui do CAPS fosse acompanhado na Casa Azul *“tanto que a gente quer mais vagas lá para a gente referenciar os nossos*

*pacientes*” (Trecho da segunda narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Para esses trabalhadores, faltam parcerias também com o CRAS, NASF, corpo de bombeiros e polícia militar. Criticaram o NASF, frisando que não conhecem o trabalho feito pelos apoiadores. Relataram ainda que é comum referência à AB e NASF como programas diferentes: “é um vício que temos aqui em Esplendor, aqui falamos ‘*Atenção Básica e NASF*’. Acharmos que esse erro vem da nossa dificuldade de ‘*entender esse NASF dentro da Atenção Básica*’. Aqui no município não há uma união dos dois, o que é um ponto ruim”.

Os profissionais do grupo “É uma luta” por sua vez destacaram como positivo o contato deles com a ESF. Disseram que a equipe entende que o paciente “*não é do CAPS, ele é do município, é da ESF, ele é do SUS.*” Ponderaram, ainda, que sempre que é necessário, o Pronto Atendimento (PA) atende os pacientes que necessitam de um cuidado mais urgente de saúde mental ou que estão em crise. Ressaltaram que com toda a limitação da cidade, a equipe do CAPS usa a criatividade: “*O importante é ter uma boa rede de apoio, se temos uma boa rede de apoio e temos uma boa conduta à gente consegue agir*”.

Contudo, os profissionais do grupo “É uma luta” apontaram como dificuldade da rede o cuidado às crianças e adolescentes e aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas. O CAPS i e o CAPS ad de referência ficam em dois outros municípios, o que dificulta esse cuidado. No caso do CAPS i, cuja distância é de 81 km, esse problema se agrava. Eles observaram que essa rede, às vezes, é controversa e que o usuário acaba mesmo ficando “*igual uma bola de pingue pongue*”. Como exemplo, citaram “*um caso de um adolescente encaminhado para um CAPS ad e eles dizem que não atendem adolescentes, tem que ir pro CAPS i. Chega ao CAPS i e dizem que ele é de CAPS ad porque é usuário de drogas*”.

Outra questão diretamente relacionada à rede assistencial diz respeito à atenção à crise. Esta foi tratada em todos os grupos, mas não em relação ao que representa, e sim sobre a importância de se manter ou não os leitos em hospitais psiquiátricos e de contar com leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Os profissionais dos grupos “Cuidado cuidadoso” e “É uma luta” destacaram a importância de tais leitos, enfatizando que a internação ainda é uma realidade necessária, porque em alguns casos o CAPS “*não tem mais o que fazer*”.

Em relação à internação psiquiátrica em casos de crise os profissionais do grupo “É uma luta” disseram:

Quando não conseguimos dar conta da crise no município enviamos para internação psiquiátrica em Belo Horizonte, um fluxo que está cada vez mais limitado. Infelizmente a internação ainda é uma realidade necessária. “Esse envio às vezes ele é inevitável, porque não é só em decorrência da patologia em si, decorre de toda uma estrutura social que muitas vezes esse usuário não tem. Familiar, social, financeira que não existe”. Precisamos continuar internando (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais do CAPS I).

O grupo “Cuidado cuidadoso” ficou dividido em relação ao hospital psiquiátrico, alguns profissionais consideraram-no inviável, outros acharam que não.

Quando o assunto é a atual proposta de saúde mental brasileira, nossa equipe se divide. Uns acreditam que o hospital psiquiátrico é inviável, outros pensam que não. Nós concordamos que o hospital psiquiátrico necessita ser

remodelado, deve ser diferente do que é oferecido hoje, mas não tem como acabar com eles. Uma parte de nós acredita que não podemos fechar os olhos e ver que, em alguns momentos, necessitamos internar. Tem alguns cuidados que nosso serviço não dá conta. (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Os profissionais desse mesmo grupo citaram que as últimas internações encaminhadas pelo serviço não foram boas. Lembraram de uma usuária que ficou internada por mais de 4 meses e não voltou bem.

É um caso que tem uma ou outra questão que a gente não está intervindo que é uma questão importante na doença dela, no sofrimento dela. Porque nem o hospital conseguiu e é uma paciente que eles optaram por sessões de eletrochoque e tudo. Na primeira internação, o hospital entrou em contato e disse que iria “devolvê-la” porque já não havia mais o que fazer com ela. Em menos de quinze dias ela foi internada novamente (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Segundo esse grupo, mesmo quando o usuário volta bem, ele traz no seu discurso a clareza de que não quer voltar para o hospital, explicitando a preferência pelo tratamento no CAPS

### **5.3 Trabalho em Equipe**

Todos os trabalhadores dos grupos apontaram o trabalho da equipe como um diferencial e ressaltaram que suas funções no serviço vão muito além do que o que é peculiar a cada profissão. Os profissionais dos grupos “Cuidado cuidadoso” e “É uma luta” – formados quase que exclusivamente por profissionais de nível universitário – citaram como cuidado dispensado pela equipe: atendimento psiquiátrico, psicológico, de enfermagem, farmacêutico, de assistência social, oficinas terapêuticas e pedagógicas. Apenas o grupo “Cuidado cuidadoso” fala sobre a equipe trabalhar com técnico de referência.

Os profissionais do grupo “Somos multiuso”, que foi formado apenas por profissionais de nível médio do CAPS II, citaram outras funções como: secretariado, suporte aos médicos na elaboração de receitas, suporte farmacêutico na separação da medicação, oficinas, serviços gerais, alimentação, banho e higiene dos pacientes, monitoria no transporte, entre outros.

O cuidado com o banho e a higiene dos usuários no CAPS II foi um ponto de destaque. Os profissionais do grupo “Cuidado cuidadoso” citaram que esse cuidado é feito por apenas uma profissional de nível médio que ainda acha tempo de “*mimar as pacientes femininas fazendo a unha delas*”. Quando esse mesmo ponto foi discutido no grupo “Somos multiuso” do mesmo CAPS, os trabalhadores apontaram a sobrecarga de trabalho dessa funcionária, que é responsável pelo banho dos usuários masculinos e femininos. Ressaltaram que apenas há pouco tempo designaram uma técnica de enfermagem para auxiliá-la. Já a referida funcionária, responsável pelo banho, fala da dificuldade de acompanhar os usuários masculinos, comentando que apenas entrega a toalha, mas que eles saem de lá do jeito que entraram: “*eu não sei como vou fazer isso, porque tem chegado muito rapaz novo mal intencionado*”. Os profissionais comentaram, ainda, que devido a esse problema no banho masculino, o cheiro das oficinas tem ficado ruim. Apontaram que a higiene do usuário deveria

ser feita pela família e que o técnico de referência precisaria cobrar maior responsabilidade dos familiares em relação ao usuário.

Os trabalhadores do grupo “Somos multiuso” alegaram que as funções que exercem fazem com que eles tenham muito mais contato com os usuários que os técnicos de referência e complementaram *“o nível médio segura o nível superior”*.

A verdade é que nós circulamos no serviço, nós chegamos e não ficamos parados. *“Os TR não, eles chegam e ficam ali na sala do TR. Ficam naquelas salinhas da frente. Se a gente precisa deles a gente vai neles. A gente não vê eles vindo na gente”*. A coordenadora já falou que eles devem ir às oficinas, mas até agora não vimos isso acontecer. *“Por exemplo, eu acho assim, na hora do café eles não podiam ir lá e observar como eles estão tomando café? Porque estão todos reunidos”*. Podiam dar mais atenção, ter mais convívio, a gente convive *“eles não querem conviver”* (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível médio do CAPS II).

O relacionamento entre a equipe de nível médio e universitário do CAPS II é entendido de forma diferente pelos dois grupos de profissionais. Enquanto os profissionais do grupo “Cuidado cuidadoso” apontaram esse trabalho com um diferencial em que os *“técnicos sempre levam em consideração tudo o que as pessoas que trabalham nas outras áreas aqui dentro trazem a respeito dos usuários”* (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II). Tal como comentamos mais acima, os profissionais do grupo “Somos multiuso” observaram dificuldades de relacionamento deles com alguns TR's, como também ressaltaram problemas entre os profissionais de nível universitário.

Apenas o CAPS II realiza reuniões de equipe semanalmente e dela participam somente profissionais de nível universitário. A participação do médico é quinzenal, devido a compromissos deles com outros serviços. Os profissionais apontaram que as reuniões são de grande valia para o serviço.

Nessa reunião são discutidos os casos mais difíceis, o que cada um pode fazer o que traz muito benefício, o caso evolui muito quando vai pra reunião porque são vários saberes discutindo e pensando sobre o caso. Nessas reuniões discutimos o que deu certo e o que deu errado, o que nos faz amadurecer muito clinicamente. Porque quando discutimos em equipe nos abrimos para escutar um novo parecer a respeito das questões, tentamos juntar aquilo com o que você já sabe, uma grande caminhada se faz aí (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível universitário do CAPS II).

Os profissionais de nível médio do grupo “Somos multiuso” tinham iniciado as reuniões semanais para estudo de caso, duas semanas antes do primeiro grupo focal acontecer. Dessa reunião participava um técnico de referência que apresentava aos trabalhadores de nível médio o caso de um usuário que ele acompanhava. Embora a iniciativa tenha sido reconhecida como importante, alguns profissionais não consideram que ela seja eficaz.

A primeira reunião foi muito proveitosa, foi apresentado o caso da Joana, uma usuária que apesar de todo o acompanhamento não tem melhorado. A

outra reunião foi para discutir o caso do Roberto<sup>24</sup> e a gente esperava ser escutado. O comportamento dele incomoda a todos nós, mas como já foi dito, não podemos fazer nada. Não gostamos do modelo da reunião, não precisamos que apresentem o caso pra gente, o que foi falado lá nós sabemos, nós conhecemos o usuário. Queríamos que a nossa opinião fosse escutada em relação à forma de tratamento dispensado ao usuário (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais de nível médio do CAPS II).

Na segunda rodada do grupo focal os profissionais de nível médio desse grupo disseram que essa reunião não estava acontecendo mais. Alegaram que, como o caso do Roberto foi resolvido pela coordenadora, acharam desnecessário continuar com as discussões: *“Não achamos necessário reunir para ficar ouvindo sobre o caso deles, achávamos que estávamos perdendo tempo”*.

Os profissionais do grupo “É uma luta” não realizam reunião de equipe, alegaram *“falta de tempo”*. Eles discutem os casos dos usuários entre os atendimentos e não consideram isso um problema por entenderem que *“é o que dá pra fazer”*.

Os trabalhadores dos três grupos apontaram que para trabalhar no CAPS o profissional tem que ter *“perfil, amor e afinidade”*. A grande maioria dos participantes das três equipes não passou por processo de capacitação para o trabalho no CAPS, mas considera que é no dia a dia que a formação acontece.

Por outro lado, é interessante notar que dos profissionais de nível universitário que participaram do grupo focal do CAPS II, apenas uma profissional não tinha pós-graduação na área de Saúde Mental.

Os profissionais do grupo “Somos multiuso” ressaltaram que o que eles têm são *“dois C ‘cara e coragem’”* para trabalhar no CAPS, admitiram que alguns passaram por algum tipo de formação (estudo dos CID’s), ou tiveram alguns exemplos de situações nas quais tinham que tomar cuidado, viram filme, etc, mas isso não ocorrera com todos, pois não foram admitidos no serviço na mesma época.

Os trabalhadores do grupo “É uma luta” apontaram que, quando iniciaram o trabalho no CAPS, não conheciam nada sobre Saúde Mental e/ou CAPS. Falaram que foram para o CAPS por terem sido designados após o processo seletivo, mas que queriam trabalhar em qualquer outro lugar menos lá:

Não fomos escolhidas para trabalhar no CAPS pelo nosso perfil, viemos porque foi o que sobrou pra gente. O CAPS na época era muito malvisto pelas pessoas da cidade e da região, por isso, queríamos trabalhar em qualquer outro lugar menos aqui. Aos poucos a nossa visão foi se modificando, fomos nos *“apaixonando pela saúde mental”*. Foi quando procuramos *“modificar tudo aquilo que a gente não concordava, tudo aquilo que a gente achava que não era parte do serviço de saúde mental”*. Teve uma integração muito grande entre esses profissionais. Dessa equipe, que começou em 2014, duas pessoas já saíram do serviço, a enfermeira e assistente social, mas saíram por motivos particulares e não por causa do trabalho em si (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais do CAPS I).

---

<sup>24</sup> Idem nota 13. O Caso Roberto foi destacado acima pelos profissionais da equipe de nível médio do CAPS II como o caso que gerava desconforto entre eles.

Os trabalhadores do grupo “É uma luta” foram então buscar orientações sobre como trabalhar em um CAPS no CAPS II da região e nos Fóruns Regionais de Saúde Mental<sup>25</sup>.

Outro ponto que destacamos com uma luta que a equipe trava é a questão de treinamento e formação. Em nossa equipe apenas a psiquiatra teve uma formação específica para trabalhar em saúde mental todas as demais têm apenas a graduação. Quando viemos trabalhar aqui buscamos por nossa conta informação de como funciona mesmo um CAPS e do que é esperado dos profissionais. Visitamos o CAPS II de Esplendor<sup>26</sup> e começamos a frequentar as reuniões do Fórum de Saúde Mental que acontece mensalmente. Foi nesses espaços que tivemos acesso a informações do tipo que devemos fazer os acolhimentos “*que o CAPS ele não atende só aquilo que está marcado, nem agendado*”. Mas foi uma luta! Nem sempre tínhamos carro para irmos aos fóruns, tiveram vezes que tivemos que falar “*não vão oferecer, então a gente vai assim mesmo. De bater o pé, começar a enfrentar. Porque foi quando a gente começou a enfrentar que a gente conseguiu algumas mudanças*” (Trecho da primeira narrativa do grupo de profissionais do CAPS I).

Em 2014 esses trabalhadores promoveram um Seminário de Saúde Mental no município, convidando profissionais que já trabalhavam há mais tempo com saúde mental para falarem para eles e os demais profissionais da saúde.

Apenas a equipe do CAPS II pesquisado já teve supervisão clínico institucional. Eles montaram um projeto para o Ministério da Saúde e ganharam a verba para pagar o supervisor. Contaram que as poucas supervisões que tiveram foram muito boas. Devido a problemas de licitação, não gastaram toda a verba que receberam, restando-lhes ainda R\$ 7.500,00. Os trabalhadores dessa equipe fizeram algumas críticas à administração municipal. Queixaram-se da ausência de um coordenador de saúde mental municipal, pois entendem que uma cidade que conta com três CAPS (II, ad e i), 19 ESF e 2 NASF necessita de alguém para articular às ações desses serviços. Contudo, alegaram que a administração municipal entende a necessidade de se ter um coordenador, mas quer que a função seja exercida voluntariamente, sem remuneração. Queixaram-se também de que, nos últimos tempos, saíram do serviço três profissionais de nível superior e 3 de nível médio, que ainda não foram repostos. Reclamaram, ainda, da ausência de carro para visita domiciliar, conforme comentamos mais acima.

Já as queixas dos profissionais do grupo “É uma luta” vão muito além das dos trabalhadores do grupo “Cuidado cuidadoso”. Apontaram como pontos problemáticos: a ausência de transporte para os usuários, a falta de medicação, a falta de material para oficinas terapêuticas e a falta de infra - estrutura da casa onde funciona o serviço. Contudo, esses trabalhadores mostraram-se incomodados e divididos após a leitura da narrativa. Incomodados porque ficaram com medo de possíveis represálias por parte da administração municipal.

---

<sup>25</sup> O Fórum Regional de Saúde Mental, criado, através de Ata, no dia 29 de julho de 2004, em Manhumirim, MG, é um órgão colegiado de caráter permanente consultivo constituído por membros representantes da Micro Região de Manhuaçu, com a finalidade de fortalecer as ações e estratégias de saúde mental em conformidade com as Leis nº 10.216 de 06 de abril de 2001 e 11.802 de 18 de janeiro de 1995. (Disponível em: <http://forumsaudemental.blogspot.com.br/2010/03/regimento-do-forum-de-saude-mental.html?view=magazine>). Acessado em: 21/12/2015.

<sup>26</sup> Nome fictício.

Ficamos divididas entre duas opções: omitir o nome da cidade no trabalho e manter toda a narrativa do jeito que foi escrita, ou ler a narrativa junto com a prefeita e ver o que ela acha sobre manter ou não o nome da cidade. Como somos uma equipe prevaleceu à vontade da maioria, optamos em não dizer o nome da cidade e manter o texto do jeito que ele está. Afinal, o que falamos é a realidade que vivemos. Mas sabemos que *“ficar fazendo muita crítica é perigoso”*. Temos medo que o serviço sofra com falta de investimento financeiro, caso a administração fique chateada com o que falamos. Um ponto que pesou em nossa opinião do grupo foi à posição de uma de nós, que é contratada pela prefeitura, e não passou pelo processo seletivo – ela sempre se manteve pró prefeitura defendendo a administração sempre que alguma crítica é feita (Trecho da segunda narrativa do grupo de profissionais do CAPS I).

## **6 ENTRE O EMPÍRICO E O TEÓRICO: o encontro das narrativas com o contexto da produção do cuidado e da reabilitação psicossocial**

Após apresentar detalhadamente as principais questões identificadas no material empírico, passaremos a dialogá-las com a literatura. Essa divisão, embora artificial, permitiu que nos expressássemos de modo mais claro.

### **6.1 Reabilitação Psicossocial**

Os trabalhadores dos CAPS, sem dúvida, manifestaram o carinho que têm com os usuários e o prazer com o trabalho. Contudo, ao discutirem o conceito de reabilitação psicossocial, percebe-se que têm dificuldade de o relacionarem às práticas de cuidado desenvolvidas por eles no serviço. Apesar de reconhecerem casos cujo tratamento foi exitoso, de modo geral, ao se discutir sobre o conceito de reabilitação psicossocial, pode-se perceber que ainda vivem sob a égide de um sistema imaginário povoado pelas associações entre doença mental e incapacidade de viver uma vida plena e com qualidade – observando-se a singularidade de cada caso. A dificuldade de inserção no mercado de trabalho acaba sendo interpretada como prova dessa incapacidade.

Contudo, apoiados em Silva (2014) podemos questionar essa posição dos profissionais, pois o autor aponta que o objetivo primário da reabilitação não é alcançar um modo de autonomia que nivele os doentes mentais ao restante da sociedade, “como um ideal competitivo de habilidades ou de ‘normatização’” (p. 148). Ao contrário, a reabilitação psicossocial deve possibilitar que, em sua diferença, lhes seja possível constituir “relações de trocas que permitam aumentar suas oportunidades de alcançar uma inserção social mais satisfatória” (p. 148).

Assim, perguntamo-nos que lugar há para o louco numa sociedade que, segundo Enriquez (2001a) divide o mundo do trabalho entre: vencedores e parasitas. O autor destaca que é importante entender que numa sociedade pautada pela competitividade qualquer um pode ser tomado como um parasita a ser eliminado. Apenas devemos ouvir certos discursos e atos em relação aos: soropositivos, toxicômanos, pessoas com HIV, como também os loucos que historicamente perderam seu direito a cidadania no século XVIII, para entender a “violência da possibilidade de exclusão que pode atingir os que não são ‘sadios’” (p. 55).

Silva (2014) faz afirmações no mesmo sentido, apontando que as dificuldades de acesso das pessoas com sofrimento mental ao mercado de trabalho são significativas. Entre elas, o autor assinala as características singulares das pessoas com doença mental que podem afetar suas habilidades para desempenhar algumas modalidades de trabalho, mas também adverte para o preconceito dos empregadores, familiares, profissionais de saúde e dos próprios colegas de trabalho que acabam por criar barreiras à ocupação ou a permanência nos postos de serviço.

Saraceno (2001) aponta que no modelo social que tem o mercado como centro, o modelo de autonomia é ainda Dawiniano, de modo que é perseguida a capacidade do indivíduo participar de forma vitoriosa na batalha pela sobrevivência. O autor questiona como um sujeito fraco pode entrar na dinâmica da negociação:

As possibilidades são duas: ou se torna “forte” e participa do mercado dos “fortes”, ou continua “fraco” mas o mercado dos fortes é de tal forma articulado que deixa de ser mercado dos fortes para se tornar mercado das trocas. Um dos mitos ou, mais frequentemente, mistificação da cultura da reabilitação é a referência à “autonomia” dos sujeitos desabilitados como objetivos primários de reabilitação. O mito da autonomia é o maior responsável pela hiperseleção dos pacientes em programas de reabilitação e do complementar abandono dos pacientes não selecionados. De fato, e uma vez mais, a psiquiatria é um microcosmo onde se auto-reproduz a cultura dominante: “os mais dotados conseguem, e então se selecionam aqueles que provavelmente são os mais bem dotados a fim de que consigam”; por outro lado, os “menos dotados não conseguem, então é anti-econômico selecioná-los (p. 113).

A relação estreita entre trabalho e normalidade, entretanto, não é uma novidade é pertinente apontar que essa posição dos profissionais em relação ao retorno ao mercado de trabalho é parecida com a postura adotada pelos principais expoentes da psiquiatria brasileira do início do século XX. Amarante (1994) aponta que no século passado o “trabalho” tinha destaque nas terapêuticas dos hospícios. Rezende (2000) aponta que neste período a psiquiatria - que era fortemente influenciada pela ideologia da burguesia européia - enxergava a inadaptação para o trabalho como mais uma forma de estabelecer o limite entre o normal e o patológico. O autor ainda completa “Wanderley Guilherme dos Santos<sup>27</sup> afirma que o próprio conceito de cidadania, neste país, não se define pela simples pertença do indivíduo à comunidade nacional, mas define-se pela sua inserção em uma categoria profissional reconhecida e definida por lei” (p.47-48).

Entre os serviços que estudamos, nenhum se referiu à oficina de geração de renda quando falaram sobre as oficinas oferecidas pelo serviço, o que é curioso devido à importância que deram ao “trabalho” ou as formas sustento do usuário. Saraceno (2001) aponta que a tradicional inserção no mercado de trabalho se encontra falida sendo importante evoluir para o desenvolvimento de cooperativas de trabalho protegido. Em adição Alcântara (2007) ressalta que as oficinas de geração de renda têm tido um papel importante na reabilitação psicossocial, por permitirem que “pessoas com reduzido nível de desenvolvimento de habilidades e com diferentes graus de autonomia possam exercer atividades laborativas e serem remunerados por elas” (p. 161).

A questão do trabalho dos usuários dos serviços de saúde mental sempre se mostrou um desafio para a Reforma Psiquiátrica. Algumas ações foram realizadas através da parceria do Ministério da Saúde com a Secretaria Nacional de Economia Solidária, no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego em 2004, instituindo a Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária. Entre essas ações podemos citar a Lei 1.1169 de 2005, que prevê incentivo financeiro para os projetos de inclusão social pelo trabalho para as pessoas com sofrimento mental. Tais parcerias visam ampliar e potencializar as iniciativas de geração de trabalho e renda de usuários da rede de saúde mental que atuam nos moldes do cooperativismo social e na perspectiva da economia solidária (BRASIL, 2005).

Silva (2014) ressalta que em 2010, 640 empreendimentos de trabalho e renda foram identificados pelo Ministério da Saúde<sup>28</sup>. Contudo, pondera que:

---

<sup>27</sup> SANTOS, W. G. Cidadania e justiça. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1979.

<sup>28</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental em dados 10. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Álcool e outras Drogas. Ano VII, número 10, março de 2012.

Os dados disponíveis não nos permitem avaliar o número de pessoas incluídas, os resultados referentes à remuneração obtida, a relação entre trabalho protegido e postos de trabalho no mercado e a relação entre os aspectos terapêuticos e laborais, o que limita a avaliação do alcance das políticas e programas atualmente em desenvolvimento (p.156).

Lembramos que Leal (2004) ressalta que ajudar os usuários a conseguir trabalho – um meio de sustento e/ou um meio de auto-realização e reinserção social - deve ser entendido pelos profissionais como parte das intervenções de cuidado. Nos CAPS as atividades geradoras de renda – como as oficinas de geração de renda - tornam-se um dispositivo eficaz para promover novas relações entre os usuários e criar redes permeáveis à articulação de pessoas como transtornos mentais graves. A autora ressalta, ainda, que as atividades geradoras de renda facilitam também a articulação do serviço com novas redes sociais, o que ajuda a romper com as características exclusivamente sanitárias dos serviços de saúde. Note-se que a autora defende as estratégias de reinserção social como formas de cuidado, como meios através dos quais os usuários podem ampliar sua produção normativa, o que se coloca diferente de uma proposta de adaptação/submissão a um mercado de trabalho e consumo.

De todo modo, vale ressaltar que os profissionais do grupo “Cuidado Cuidadoso” identificaram alguns casos que se sucederam bem através das oficinas terapêuticas, como a pessoa que aprendeu a fazer tapetes e passou a vendê-los. Casos como o dessa usuária devem ser comuns em vários serviços de saúde mental. Usuários que utilizam suas potencialidades para superar as limitações trazidas pela doença. Esse exemplo se aproxima muito do que Monteiro e Matias (2007) colocam como um dos três pressupostos do *recovery*, frisando que ele pode ocorrer naturalmente, independente de tratamento, tal como apresentamos em capítulos anteriores.

Esse quadro nos remete a Lopes (2012), para quem o *recovery* é a antítese da visão tradicional da psiquiatria sobre a esquizofrenia, que mantém um olhar pessimista sobre a evolução da doença. O *recovery* traz uma expectativa de futuro e de possibilidades de uma vida plena, mesmo dentro de um contexto de uma doença persistente.

Essa visão pessimista sobre a esquizofrenia (ou qualquer outra doença mental grave e persistente) foi observada durante os grupos. Foi comum para os trabalhadores o uso de expressões como: “*são imprevisíveis*”, “*ele é um paciente para o resto da vida*”, “*grave, deteriorado, com prognóstico ruim*”, “*reduzir essa proliferação*”. Estas afirmativas nos ajudam a compreender o descrédito que esses profissionais têm na possibilidade de inserção social do usuário. Como, também, denota a exclusão do louco de sua condição de cidadão, cujos direitos básicos (como ter filhos) não são respeitados.

Oliveira e Passos (2009) nos ajudam a compreender esse quadro quando ressaltam que no processo de desinstitucionalização da loucura a luta não é apenas pela superação do manicômio ou do controle da psiquiatria sobre a doença mental, lutamos contra o perigo que pode sutilmente manter a relação manicomial entre a loucura e o corpo social. Os autores colocam que a lógica manicomial não se encontra apenas nos manicômios:

É necessário derrubar não apenas os muros manicomiais, mas pôr em análise a relação manicomial que se capilarizou por todos os lugares e no cotidiano das relações sociais, tornando-se invisível, inclusive nos espaços ditos “abertos” como é o caso dos serviços substitutivos de saúde mental. Essa lógica refere-se ao conjunto de dizeres, olhares, gestos, atitudes,

intolerâncias, sobrecodificações e diferenças produzidas por um determinado saber/poder manicomial (p. 325).

Vasconcelos et al. (2013) também fala sobre dessa dificuldade em superar o modelo asilar, apontando que muitos profissionais ainda carregam dentro si “muros invisíveis, jalecos mentais” (p. 96) o que faz com que, em suas práticas cotidianas, acabem reproduzindo antigas formas de “tratamento” que levam à cronicidade do usuário. O efeito dessa cronicidade tem desencadeado apelidos pouco elogiosos dados aos CAPS como “capsilhas, capsômios, ou capscização” (p. 97).

No que se refere à cronicidade de usuários nos novos serviços de saúde mental, Desviat (2008) aponta que “a questão de cronicidade, sobretudo da incapacitante, converteu-se em questão da credibilidade das reformas” (p. 89). Após o questionamento dos manicômios, as perguntas se voltam para a nova cronicidade que surge fora dos muros manicomiais. Observa-se que alguns serviços substitutivos aos manicômios não conseguiram abolir a cronicidade, mas apenas as formas de confinamento asilar.

Podemos nos apoiar também nas palavras de Saraceno (2001), que aponta que desinstitucionalizar não é apenas superar as condições de dependência do usuário em relação ao hospital psiquiátrico, mas também em relação às estruturas extra-hospitalares, aos serviços que denominamos substitutivos aos manicômios. O autor acrescenta que há sempre o risco de reproduzir a lógica manicomial nos dispositivos substitutivos tipo CAPS, permitindo-se que permaneça a lógica de controle e contenção, bem como das relações sociais manicomiais. Essa preocupação de Saraceno (2001) parece materializar-se no grupo “Cuidado cuidadoso” que, ressentindo-se da falta de centro de convivência na cidade, pensa em criar um espaço dentro do CAPS, voltado exclusivamente à socialização dos pacientes com eles mesmos. Com isso, novamente encontramos indícios de que no imaginário desses profissionais persiste a dificuldade de pensar no louco ocupando um espaço na cidade. Essa equipe chega a explicitar que *“esse discurso que é tão cuidadoso nosso, a gente acaba segurando esses pacientes aqui mais tempo do que era necessário”*. Os limites entre cuidado e controle mostram-se, assim, bastante tênues.

Os estudos de Garcia e Jorge (2006) e Alvergara e Dimenstein (2006) apontam similaridades com o estudo que estamos realizando, mostrando que alguns trabalhadores ainda carregam no imaginário a força da tradição psiquiátrica e levam para os serviços substitutivos práticas cronicadoras e de dominação, de modo que o confinamento é apenas deslocado do hospital para o CAPS. Mello e Furegato (2008) também observaram em seu estudo que apesar dos profissionais do CAPS desenvolverem ações de inclusão social do usuário, alguns deles ainda carregam no imaginário a noção de incapacidade e a desvalorização do poder contratual do doente mental.

Em paralelo a esta pesquisa, o estudo de Pande e Amarante (2006) observou que há um diferencial entre a nova (do CAPS) e a antiga cronicidade (do hospital psiquiátrico), porque hoje a equipe mantém os usuários dentro do serviço com a intenção de protegê-los da sociedade. Yasui (2007) aponta que devemos tomar cuidado porque “um justo limite é aquele que escorrega no fino gelo entre produzir autonomia ou dependência, cuidar ou tutelar. Entre produção da liberdade ou a reprodução da servidão” (p. 166).

Um ponto em comum nos discursos dos três grupos foi o de que existem usuários que, apesar de todos os esforços da equipe e das estratégias de cuidado pensadas, não melhoram, preservando a ideia de que os transtornos mentais – especialmente os graves – evoluem quase que fatalmente para a deterioração, o que faz com que o estigma ligado a loucura se mantenha vivo. Os profissionais da equipe “É uma luta” (CAPS I) chegaram a mencionar que nas

doenças mentais “*pequenas melhoras devem ser comemoradas*”, mas logo em seguida se contradisseram ao apresentar o caso de insucesso de reabilitação psicossocial e citaram um usuário que apesar de toda a melhora apresentada, não voltará a um estado de normalidade anterior à doença porque “*já deteriorou muito*”.

Oliveira e Passos (2009) também discutem essa questão da cronicidade e apontam que há três tipos de cronicados que vêm sendo constituídos nos serviços abertos, que são:

- 1) cronicidade dos usuários que são retidos nos muros invisíveis dos CAPS;
- 2) cronicidade dos profissionais que não põem em análise os modos de atenção e de gestão, muito menos as instituições que estão sendo produzidas e reproduzidas nestas organizações;
- 3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental, efeito da inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde que não amplia nem conecta os diferentes serviços, garantindo uma efetiva abertura dos CAPS que tendem a possuir “porta de entrada”, mas, muitas vezes, não possuem “porta de saída” (p. 335-336).

Para Oliveira e Passos (2009), a sociedade contemporânea caracteriza-se pelo esfacelamento dos muros que definiam as instituições, de modo que controle não incide mais sobre a vida, mas a sobre a dimensão pulsional do viver, que agora pode ser controlada a céu aberto, mantendo-se capturada, segmentada, seriada e cerceada. Através dessa nova forma de poder contemporâneo há o risco de que a tutela que anteriormente era exercida pelo manicômio, parasse materialize nos serviços abertos, produzindo a cronificação de seus usuários.

Nesse sentido, observamos que o que prevaleceu no discurso dos profissionais dos dois CAPS pesquisados é o entendimento de que CAPS é para o resto da vida. Mas, apoiados em Delgado e Leal (2007) é necessário lembrar que:

É importante ressaltar que não é a magnitude do sintoma que define o serviço que deverá ter responsabilidade pelo cuidado, num dado momento da vida do paciente. Será, sim, a complexidade dos cuidados necessitados naquela situação; e essa complexidade se define a partir de um conjunto de aspectos em que a magnitude do sintoma é apenas mais um desses elementos (p. 151).

Para romper com essa nova institucionalização e/ou cronificação dos usuários no CAPS, Delgado e Leal (2007) apontam que é importante que pensemos nessas instituições funcionando em rede. Os autores ressaltam que rede implica “ligação, articulação viva entre as instituições, processo no qual ao longo do tempo se produzem encontros e se operam separações, mas principalmente se dá movimentos” (p. 150).

Onocko – Campos (2001) faz um contraponto a esse discurso de nova cronificação e aponta que devemos lutar contra os “focos de cegueira” e ideologia excessiva, que às vezes encontramos no discurso antimanicomial, que tende a imprimir certa idealização da loucura. Nesse sentido, a autora lembra que, colocar a doença entre parênteses não significa negá-la. Não há como negar as dificuldades concretas em que vivem as pessoas em sofrimento psíquico grave e a importância do vínculo com o serviço e com os profissionais para o seu tratamento. Assim, encaminhar um usuário para a ESF, ou para o Centro de Convivência ou qualquer outro dispositivo da rede não significa que o usuário esteja para sempre desvinculado do CAPS e de seus profissionais. É importante entender que em algum momento de sua vida esse usuário pode necessitar novamente dos cuidados do CAPS e deve

ter a certeza de encontrar a porta aberta para ele. Ou, como aponta Deegan (2008), o *design* (processo de desinstitucionalização) dos programas de reabilitação psicossocial deve ser não linear, ou seja, com vários pontos de entrada e a não delimitação de um ponto de saída

O risco da cronificação das práticas de cuidado e dos usuários, bem como a própria complexidade que envolve a loucura, não nos impediu de notar que em alguns momentos dos grupos tenha aparecido menção a movimentos próprios ao imaginário motor. Exemplo disso pode ser a observação, feita pelos profissionais do grupo “É uma luta” (CAPS I), de que é através da reabilitação psicossocial que “*devem tentar modificar a visão que a sociedade tem da loucura*”, ou de que “*o trabalho deve caminhar no sentido de destacar a diferença do usuário e não de tentar enquadrá-lo no nosso padrão de normalidade*”.

Contudo, invariavelmente, o discurso apresentava contradições e as equipes acabaram reproduzindo (talvez sem darem-se conta) a lógica manicomial. Observamos que nos CAPS pesquisados foram privilegiados aspectos funcionais da Reabilitação Psicossocial, ou utilizando as palavras de Leal (2007), trabalham a Reabilitação Psicossocial de forma *ortopédica*. Observamos que por esperarem “resultados excelentes” dos usuários em relação à reabilitação psicossocial, não dão a devida importância aos resultados possíveis, tais como: a venda de “tapete” ou, “a leitura na praça” (que, a nosso ver, podem ser vistos como efeito do imaginário motor). Assim, mesmo que em alguns momentos esses profissionais apresentassem experiências de autonomia e criatividade, o que prevaleceu nas discussões foi à égide do imaginário enganoso e da heteronomia.

Essa questão, no entanto, não deve ser analisada sem a consideração das condições sociais, culturais e econômicas em que os CAPS estão envolvidos. Deste modo, vale lembrar que Castoriadis (2004) aponta que na contemporaneidade o movimento de criação está em via de esgotamento e acrescenta que apenas uma ínfima parcela das sociedades tem a possibilidade e a capacidade de questionar as instituições. Sobre essa carência de imaginação radical e de autonomia, o autor completa:

Um caminho parece, desde já, claramente traçado, pelo menos no que se refere a sua orientação geral. É o caminho da perda do sentido, da repetição de formas vazias, do conformismo, da apatia, da irresponsabilidade e do cinismo e que é, ao mesmo tempo, aquele do domínio crescente do imaginário capitalista da expansão limitada de um “domínio racional”, pseudodomínio pseudo-racional, de uma expansão ilimitada do consumo pelo consumo, vale dizer por nada, e da tecnocracia autonomizada em sua corrida e que é, evidentemente, parte ativa da dominação desse imaginário capitalista (p.148).

## 6.2 Organização de Rede

Nos apoiaremos nas palavras de Yasui (2007) para começarmos a discussão desse tópico:

O CAPS é meio, caminho e não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido numa ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho (p. 159).

Os dois CAPS estudados salientaram suas dificuldades em relação à rede intra e intersectorial como um problema enfrentado por eles. Porém, as dificuldades relatadas pelos dois serviços são bem distintas – até porque os serviços operam em realidades muito diferentes.

Os profissionais do CAPS II – especialmente o grupo “Cuidado cuidadoso” (profissionais nível universitário) – ressaltaram a dificuldade deles em estabelecer uma parceria com: ESF, NASF, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), corpo de bombeiros e polícia militar. A relação com os demais serviços, que são: CAPS ad, CAPS i e UPA foi descrita como boa.

As dificuldades de articulação de rede apontadas pelos profissionais do CAPS II são similares aos problemas encontrados por Luzio e L´Abbate (2009) em um estudo realizado em municípios de pequeno e médio porte. As autoras apontaram que nessas realidades o desafio não é o desmonte do antigo cenário asilar e hospitalocêntrico, mas sim o incremento de uma rede comunitária, que até então era inexistente.

A dificuldade de articulação de rede, entretanto, não é exclusiva de municípios de pequeno e médio porte. O Documento Técnico “Inovação e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil” (2015) encontrou na análise dos resultados relativos ao “Desenvolvimento de cuidados de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica)” resultados “significativamente baixo, considerando-se que este é um dos eixos primordiais para o avanço da rede comunitária” (p. 55). A pesquisa observou que em todas as regiões brasileiras – exceto a região Sul - a articulação dos serviços de Saúde Mental e Atenção Primária ainda é insatisfatória.

Em uma revisão bibliográfica exploratória sobre saúde mental na Atenção Básica, Gama e Onocko-Campos (2009) apontaram que o Ministério da Saúde (MS) começou a se preocupar com o enfrentamento da saúde mental na Atenção Básica em 2001 – se considerarmos os mais de 30 anos na Reforma Psiquiátrica e Sanitária podemos dizer que foi em um período recente. Os autores listaram as seguintes iniciativas do MS:

Março de 2001: Oficina de trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Em abril de 2002, temos o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica e, em julho de 2003, a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”. Em novembro de 2003, temos a edição de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, denominada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica” (p. 117).

Neste último documento é que começam a ser delineadas algumas propostas de aproximação entre a Saúde Mental e a AB, a partir do Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da AB (GAMA & ONOCKO-CAMPOS, 2009). Vale esclarecer que, formulado por Campos (1999), o Apoio Matricial caracteriza-se como um suporte técnico especializado que é oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde com a finalidade de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

É curioso ressaltar que, apesar de “reclamarem” da difícil relação com a AB e de apontarem que desconhecem o trabalho desenvolvido pelo NASF, os profissionais do grupo “Cuidado cuidadoso” não mencionaram o Apoio Matricial. Até citaram que, em algum momento da trajetória do CAPS, já mantiveram um contato mais estreito com as unidades de

ESF, “quando a gente freqüentava as unidades de ESF”, mas não chegaram a especificar “quando” nem “porque” esses encontros cessaram.

Para questionar essa distância do CAPS em relação às equipes de ESF nos apoiaremos na legislação dos CAPS. Os CAPS são organizadores de rede e, como tais, deveriam buscar estreitar os laços entre o campo da saúde mental e a comunidade. A portaria nº 336 de 2002, que define e estabelece diretriz para o funcionamento dos CAPS, aponta que é função do serviço “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica” no âmbito de seu território. Sendo assim, é preciso questionar a atitude adotada pelos profissionais do grupo “Cuidado cuidadoso” de retirar a sua responsabilidade em relação ao trabalho desenvolvido pelas equipes de ESF.

Esse cenário não é estranho à revisão bibliográfica realizada para esta pesquisa, pois encontramos estudos que apontam que ainda existe um desconhecimento do conceito de Apoio Matricial pelos profissionais dos CAPS (MINOZZO & COSTA, 2013b). Por outro lado, vale lembrar que outros estudos (MINOZZO & COSTA, 2013b; QUINDERÉ et al., 2013; BALLARIN et al., 2011) já mostraram que, apesar de ainda incipientes, as ações de Apoio Matricial produzem efeitos positivos, pois levam os profissionais do CAPS a assumirem a postura de reguladores da rede de saúde, o que acaba criando estratégias para desmontar a lógica dos encaminhamentos.

Os encaminhamentos para atenção especializada (CAPS ou Ambulatório) foi outra crítica que os profissionais do CAPS II fizeram aos “médicos” da ESF. Trata-se de uma lógica indiscriminada de encaminhamento, associada a certo desinteresse dos profissionais da AB em atender os casos de saúde mental, que também foi apontada como uma preocupação nas pesquisas de Quinderé et al. (2013), Martinhago e Oliveira (2012) e Araújo e Tanaka (2012).

Tais encaminhamentos nunca cessarão se a AB não for capacitada para atender os casos de saúde mental porque, como nos aponta Figueiredo e Onocko - Campos (2009) cerca de 6 a 8 % da população brasileira sofrem de transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e cerca de 9 % apresentam algum tipo de transtorno mental leve: casos pelos quais a AB pode responsabilizar-se. Os autores mostram também dados da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde que estimam que 80 % das pessoas encaminhadas aos profissionais de saúde mental não apresentam uma demanda específica que justifique a necessidade de atenção especializada.

É curioso apontar que os profissionais do CAPS II fizeram crítica “aos médicos”. No entanto, o cuidado na AB não é privilégio de apenas uma classe profissional, centrada em apenas um núcleo de saber. Esse “aparente equívoco” do grupo já foi comentado por Franco e Merhy (2006), que em seus estudos observaram que há, também na ESF, uma tendência no sentido de transpor o modelo médico centrado e a vocação curativa e individual para o trabalho em equipe, de modo que esta passa a ser representada apenas pela medicina. Os autores completam que o caráter prescritivo do programa de ESF tende a engessar a criatividade dos profissionais, o que acaba impedindo a formulação de arranjos criativos e autônomos.

Como vimos, os problemas levantados pelos profissionais do CAPS I – grupo “É uma luta” – são diferentes dos apresentados pelos do CAPS II. Eles relatam ter uma boa relação com as equipes de ESF e contar com o apoio de um ambulatório de psiquiatria, contudo, queixam-se da dificuldade em lidarem com casos que necessitem de intervenção do CAPS i e do CAPS ad.

Essa lacuna no tratamento de crianças e adolescentes foi observada no Documento Técnico “Inovação e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil” (2015) que observou o baixo ritmo na implantação de CAPS i no país - atualmente o Brasil

conta com apenas 201 serviços para atenção à criança e ao adolescente. Nas recomendações finais do referido documento encontra-se registrada a necessidade de “expandir a rede de serviços comunitários de saúde mental da infância e da adolescência” (Anexo pg. 3).

Couto, Duarte e Delgado (2008) já apontavam a importância de que seja pautada com efetividade, a agenda da política de saúde mental para crianças e adolescentes, assim com a expansão dos serviços infanto-juvenis. Os autores apontam também a necessidade de uma maior aproximação com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, como: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos para garantir, assim, a integralidade do cuidado.

Um ponto comum entre os profissionais dos grupos “Cuidado cuidadoso” (CAPS II) e “É uma luta” (CAPS I) foi a constatação da necessidade da política nacional de saúde mental avançar em relação à implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pois se deparam com situações em que a internação do usuário é necessária. Em relação à existência do hospital psiquiátrico, é curioso observar que não há consenso, pois alguns profissionais, mesmo que dizendo-se defensores da RP, insistem na sua manutenção, ainda que com mudanças.

Outro ponto ressaltado no Documento Técnico “Inovação e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil” (2015) diz respeito à ampliação do número de CAPS III e de internações psiquiátricas em hospitais gerais. As 5 (cinco) primeiras recomendações feitas pelo documento diz respeito a esse assunto:

1. Tomar as medidas necessárias a uma expansão progressiva dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III e das unidades de internação psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com os dados de planejamento sobre as necessidades previstas para o futuro;
2. Desenvolver iniciativas que ampliem a participação do hospital geral na rede de cuidados de saúde mental;
3. Continuar a redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, de forma responsável, com substituição por serviços de saúde mental comunitários;
4. Qualificar a porta de entrada dos hospitais psiquiátricos, redirecionando as internações, quando necessárias, para hospitais gerais ou serviços comunitários capacitados para este acolhimento;
5. Qualificar a rede de urgência e emergência, ampliando a sua efetividade no atendimento às urgências em saúde mental (Anexo pg. 2).

O estudo de Lima et al. (2012) também discutiu a dificuldade dos profissionais em lidar com a crise em cidades sem retaguarda de um CAPS III. Os autores citaram como dificuldades encontradas: ausência de serviços de retaguarda em caso de crise, a resistência e rejeição de outros serviços para atenderem a crise, insuficiência do CAPS para o atendimento da crise e a dificuldade das famílias em lidar com a crise em serviços abertos. Destacam que tanto profissionais como familiares apontaram a importância do acolhimento noturno para a atenção à crise.

A interiorização da atual política de saúde mental é uma realidade e pode ser expressa em alguns números: em 2010, 40, 36 % dos CAPS<sup>29</sup> do país estão situados em cidades com menos de 50.000 habitantes. Mesmo com a mudança significativa do cuidado realizado no CAPS, as pessoas com sofrimento mental grave e persistente podem entrar em crise e

---

<sup>29</sup> Ministério da Saúde. CNSM/AD. Saúde mental em dados n.8. Janeiro 2011 (www.saude.gov.br).

necessitar de uma atenção maior que o CAPS I pode oferecer. Mas este, por não ter leito de retaguarda, poderá ter dificuldades em prestar o cuidado necessário. Essa lacuna na assistência pode favorecer a persistência da associação entre tratamento em saúde mental e manicômio. É importante reconhecer que o modelo manicomial tem uma forte impregnação no imaginário social, e a evolução da constituição de novas significações imaginárias para a loucura, no cotidiano dos serviços, caracteriza-se como um processo difícil e lento.

### **6.3 Trabalho em Equipe**

Começaremos a discussão desse tópico com aspectos que tangem as condições estruturais dos serviços e as queixas feitas pelos profissionais. No CAPS I os profissionais queixaram de falta de: medicação, material para oficina terapêutica, transporte para os pacientes e estrutura física adequada. O vínculo de trabalho profissional também costuma ser precário. Os profissionais do CAPS II queixaram de falta de transporte para a realização de visitas domiciliares, falta de um coordenador municipal de saúde mental e a diminuição do número de funcionários. Conforme apresentamos no capítulo de revisão bibliográfica, é notório que essas dificuldades são recorrentemente identificadas nas pesquisas do campo da atenção em saúde mental (FURTADO et al., 2013; MINOZZO & COSTA, 2013b; ALVES, DOURADO & CÔRTEZ, 2013; ARAÚJO & TANAKA, 2012;; OLSCHOWSKY et al. 2009; MELLO E FUREGATO, 2008; LEÃO & BARROS, 2008; ONOCKO- CAMPOS & BACCARI, 2011; ONOCKO-CAMPOS et. al., 2009; NUNES et. al., 2008; OLIVEIRA, 2007; GARCIA & JORGE, 2006; MINOZZO & COSTA, 2013a; MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; BALLARINI et al.,2011; DIAS & SILVA, 2010; OLCHOWSKY et al.,2009; SALES & DIMENSTEIN, 2009; MELLO & FUREGATO, 2008).

O Documento Técnico “Inovação e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil” (2015) também encontrou resultados similares, e recomendou que se trabalhe na direção de equacionar as fragilidades e contradições da política de recursos humanos, ampliando os recursos e construindo formas de relações laborais mais justas e sustentáveis. Mesmo tendo detectado problemas também na parte de estrutura física e insumos, nenhuma recomendação foi feita a este respeito.

Conforme apresentado no capítulo da revisão bibliográfica, as práticas de cuidado que favorecem a reabilitação psicossocial são aquelas pautadas principalmente no vínculo dos profissionais com os usuários e o território, bem como na criação de práticas flexíveis, singulares, sempre sintonizadas com as necessidades da sua clientela. ALVES, OLIVEIRA & VASCONCELOS, 2013; VASCONCELOS, MACHADO & FILHO, 2013; AZEVEDO et al., 2012; LEÃO & BARROS, 2012; SALES & DIMENSTEIN, 2009b). Apoiados em Onocko – Campos (2001) entendemos que são as necessidades da clínica que devem oferecer as principais pistas sobre o delineamento da gestão. Ao mesmo tempo, esta favorece ou gera dificuldades para o exercício clínico. Mas, essas prerrogativas são bastante contraditórias às práticas de gestão pautadas por vínculos de trabalho precários e instáveis. Também é difícil supor que a criatividade ou a flexibilidade dos profissionais sobrevivam em situação de constante escassez de recursos e suportes tanto objetivos (como materiais para oficinas, ou viabilização do acesso ao território dos pacientes), como sociais e afetivos.

Como citado acima, as equipes dos CAPS pesquisados vivem realidades muito distintas em termos de organização, estrutura, vínculo trabalhista, entre outras. Porém, ainda é possível achar algumas semelhanças. Os profissionais de todos os grupos apontaram o trabalho da equipe como um diferencial do serviço e assinalaram que para trabalhar no CAPS

o profissional tem que ter “*perfil, amor e afinidade*”. Mesmo com as divergências internas detectadas nas duas equipes, foi possível perceber que existe um vínculo grupal e um projeto em comum. Todos os profissionais mostraram-se imbuídos do desejo de cuidar dos usuários do serviço e têm a Reabilitação Psicossocial como consigna constantemente evocada em seus discursos. Essa realidade nos lembra que Enriquez (2001c) ressalta que “todo membro de um grupo sente-se investido de uma missão (mesmo se ele mesmo se designou essa missão) à qual deve consagrar seu tempo e sua vitalidade” (p. 63).

Entretanto, Enriquez (2001c) ressalta que, devido ao cruzamento de distintos projetos pessoais ou grupais e à luta por prestígio, é comum a existência de conflitos nas equipes. Para que o discurso comum não se transforme em retórica desvitalizada, é preciso que as divergências sejam esclarecidas, trabalhadas e equacionadas. Ao negá-las a equipe acaba por enfraquecer seu imaginário motor, movido, justamente, por aquilo que se diferencia da ordem comum, na qual as pessoas se alienam. É curioso destacar que nos grupos focais realizados no CAPS II o conflito só foi detectado após a realização do grupo com os profissionais de nível médio, que falaram claramente que não são escutados pelos profissionais de nível universitário. No CAPS I esse conflito foi muito menos tangível, mas ficou claro o poder dentro da equipe da diretora administrativa – funcionária não efetiva e de confiança da administração municipal.

O estudo de Onocko – Campos e Bacarri (2001) apresenta similaridade com essa pesquisa por ter identificado a dificuldade de horizontalidade de poder entre o nível médio e o universitário, bem como o ressentimento que o nível médio traz de não ter o seu trabalho reconhecido pelos demais membros da equipe. Há que se estranhar o fato de que serviços imbuídos do combate à exclusão social, acabem por reproduzi-la nas suas relações internas.

Sá e Azevedo (2010) explicitam que uma forma de trabalhar os conflitos e tensões nos serviços de saúde é através da construção de espaços coletivos. Espaços esses que podem ser reuniões de equipe, supervisões, comissões, grupos de trabalho, *settings* que além de facultarem a resolução de problemas práticos da gestão e da assistência, também oportunizam a explicitação dos incômodos e daquelas vivências de difícil sintonização com o projeto comum do serviço. Como mostramos acima, no campo pesquisado ainda não há reconhecimento do valor desses espaços. Mesmo no CAPS onde existem reuniões de equipe, estas mantêm a cisão entre universitários e técnicos, não sendo compreendidas como facilitadoras de quaisquer compartilhamentos.

Vasconcellos (2013) ressalta que é função do coordenador do CAPS “o exercício da liderança e a capacidade de escuta e encaminhamento, não apenas das propostas objetivas, mas também das demandas de sentido que emergem na dinâmica intersubjetiva dos diversos sujeitos” (p. 291). O autor ainda completa:

A diversidade de projetos assistenciais e profissionais da saúde mental fornece o passaporte para um cuidado enriquecido pelas contribuições de cada saber, mas exige, como contrapartida, a capacidade de lidar e elaborar os problemas que brotam do ventre dessa pluralidade, como os conflitos intersubjetivos, as diferenças de poder e as dificuldades na comunicação e na demarcação das fronteiras profissionais. Contudo, essas ações não podem estar acompanhadas de um discurso que simplesmente exorte a equipe a trabalhar na total ausência de conflitos, pois esse tipo de discurso é ingênuo e encobridor (p.291)

Ao falarem das práticas de cuidado realizadas, os profissionais mostraram-se muito presos ao que é tradicionalmente peculiar a cada profissão (atendimento psicológico,

psiquiátrico, de enfermagem, etc) e ao trabalho individual no consultório. Citaram ações de cuidado como: acolhimento, acompanhamento integral feito por técnico de referência e projeto terapêutico singular, mas estas me pareceram algo mecânico, como uma coisa que “se deve fazer no CAPS”, no “CAPS trabalha-se assim”. A força do imaginário enganoso parece fazer com que os profissionais tentem obedecer às prescrições da PNSM, mas de forma acrítica e, conseqüentemente, automática e insensível às demandas e aos recursos dos usuários e do território.

Diante desse aparente domínio do automatismo, não podemos deixar de novamente lembrar que a RP não se desenvolve cindida de uma cultura dominante, da qual todos os profissionais, usuários e estudiosos participamos. Sabemos que acolhimento, PTI e técnico de referência são tecnologias de cuidado que abarcam uma ética pautada na aceitação do outro, que reconhece a subjetividade e que, principalmente, estabelece vínculos. Sá (2009) aponta que “a responsabilidade para com o outro é a essência do cuidado e, igualmente, a base para a solidariedade e para a cooperação” (p. 661). Mas, a autora adverte que isso se contrapõe à indiferença e desprezo pelo outro, apatia diante do sofrimento, como também a todas as demais formas de violência que se verificam na sociedade contemporânea.

Sobre a solidariedade e a produção de cuidado nos serviços de saúde a autora completa:

Os obstáculos à solidariedade e à produção do cuidado em saúde não residem apenas na precariedade das condições materiais, tecnológicas e na insuficiência de pessoal da grande maioria dos serviços, nem somente nas características dos modelos assistenciais biomédico e gerencial funcionalista dominantes. Somando-se a esses fatores, os padrões de sociabilidade e os modos de subjetividade na sociedade contemporânea também impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e a sua qualidade (SÁ, 2009, p. 652).

Outra contribuição para a compreensão da reprodução automática do discurso da RP, desvinculada de práticas criativas e sensíveis às demandas e recursos do usuário pode ser encontrada em Cecílio (2007). O autor aponta que não se pode esperar que os profissionais de saúde apresentem uma adesão automática aos modos de organização de cuidado formulados por intelectuais e militantes da Reforma Sanitária (podemos supor que vale o mesmo para os pressupostos da RP):

(...) as práticas dos trabalhadores comportam sempre uma margem de liberdade, também são muito marcadas pelo conjunto de regras, normas, lugares, saberes, hierarquias, referências instituídas que configuram seus territórios existenciais e profissionais (p. 348).

Cecílio (2007) coloca que não se deve superestimar o poder de induzir mudanças a partir de um projeto instituído, por melhor que ele seja. O autor ressalta que os gestores, ou pessoas do Governo responsáveis por pensarem as políticas públicas de saúde não podem ser prepotentes ao ponto de pensarem que apenas após os conceitos elaborados por eles que o cuidado passou a existir. O trabalhador que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos de padronização e uniformização não terá como contribuir para a consolidação da autonomia do usuário. O autor aponta que as verdadeiras mudanças nas formas de se fazer gestão e de produzir cuidado em saúde deve advir da capacidade dos trabalhadores de interrogar o mundo do trabalho e não apenas aceitar e executar as sistematizações, modelos e métodos propostos.

Bezerra (2007) lança mais uma questão que ajuda-nos a compreender os problemas do cenário pesquisado, apontando que um dos desafios na reforma psiquiátrica é a formação de recursos humanos. O autor ressalta que a maior parte dos profissionais que atuam nos CAPS não vivenciou o processo de luta política e ideológica que envolveu o surgimento do movimento da Luta Antimanicomial. Como também, boa parte desses profissionais se tornaram adultos num momento em que a luta pela democracia e pela transformação política nacional já haviam virado história, momento em que a própria esfera política brasileira começou a vivenciar um processo de esvaziamento de ideais.

O reflexo, junto aos novos profissionais, do esmaecimento da política, e a hegemonia crescente do discurso técnico tornam a formação desses profissionais uma tarefa complexa, pois se de um lado é preciso dar-lhes uma formação teórica e técnica sólida, de outro é necessário que ela suscite uma vocação crítica e criativa, de modo a atender aos desafios que um processo de transformação contínuo, como a Reforma, impõe de modo constante (p. 246).

A esse respeito, vale retomar um estudo realizado junto a psicólogos, em que Sales e Dimenstein (2009a) observaram que há uma defasagem entre os conteúdos discutidos na formação acadêmica e aquilo os profissionais observam no cotidiano dos serviços públicos. Em adição a esse estudo, Cantele, Arpini e Roso (2012) apontam que a falta de capacitação e/ou conhecimento na área de Saúde Mental é um fator que interfere no cuidado. Nas duas pesquisas os profissionais pesquisados falaram que a supervisão clínico institucional seria de grande ajuda para as equipes. Na mesma direção, Alberti e Palombini (2012) e Schmidt e Figueiredo (2009) destacam que o supervisor deve dar suporte e direção ao trabalho da equipe, ajudando-os a repensar condutas que às vezes se tornam repetitivas no serviço.

Os profissionais dos dois grupos que não passaram por nenhum processo de capacitação, afirmaram que eles aprendem no cotidiano do serviço. As reflexões desses autores nos levam a concluir que, certamente, o cotidiano do serviço é um lugar privilegiado para a formação continuada. Entretanto, esta só se materializa se as experiências desse cotidiano possam ser analisadas, planejadas e compreendidas de forma compartilhada, em *settings* voltados ao encontro dos profissionais (como seriam as supervisões ou outras práticas). Esse encontro é que não existe nos CAPS estudados, nem mesmo naquele que possui recursos federais destinados ao pagamento de uma supervisão clínico-institucional.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gadamer (2008) aponta que a pergunta é o que nos move em direção ao outro, é através dela que caminhamos em direção à verdade. O autor aponta que o princípio hermenêutico da primazia da pergunta é o que nos leva a formular questões, e estas surgem das nossas tradições, dos nossos preconceitos. Para esta pesquisa trouxemos como tradição os conceitos de atenção psicossocial, reabilitação psicossocial e clínica ampliada desenvolvidos por autores consagrados no campo da RPB. Os meus preconceitos foram sendo construídos nos meus 15 anos de profissão e foram transformados nas perguntas. Foi à busca pelas respostas a essas perguntas que me levaram à realização dessa pesquisa. Apesar de ter tido uma postura preponderantemente hermenêutica, não tem como fugir do não dito, do que está implícito e para isso contei com os ensinamentos da psicossociologia francesa, apoiada principalmente nos conceitos de imaginário enganoso e motor e Eugène Enriquez.

Como dissemos na introdução, não concordamos com os críticos da RPB que apontam que o modelo de atenção em saúde mental que tem o CAPS como dispositivo estratégico e ordenador de rede de saúde mental esteja falido. Contudo, acreditamos ser necessária uma reflexão constante por parte de todos os atores – usuários, familiares, profissionais, gestores e sociedade - que envolvem a RPB, sobre os rumos que o movimento da Luta Antimanicomial tem tomado. Cecílio (2007) cita uma frase de Agostinho Neto, ex-presidente de Angola, que diz o seguinte: “não basta que seja justa e pura a nossa causa, é preciso que a justiça e a pureza habitem dentro de nós” (p. 348), essa passagem sintetiza a importância de estabelecer uma política eficaz de produção de conhecimento em saúde mental no SUS para que possamos assim efetivar a reforma psiquiátrica.

A expectativa com esse trabalho é de poder contribuir para o entendimento de como os profissionais de dois CAPS da microrregião de saúde de Manhauçu operacionalizam as práticas de reabilitação psicossocial nos respectivos serviços. Para analisar as práticas de reabilitação psicossocial desses serviços, optamos por realizar uma crítica revisão de literatura e bibliográfica e a pesquisa de campo através da realização dos grupos focais.

A partir de nossos objetivos específicos, tentaremos apontar o que foi possível avançar nessa pesquisa e então fazer alguns apontamentos. Em relação às práticas de cuidado observamos que os profissionais dos dois serviços mostraram que realizam as práticas preconizadas para serem realizadas “dentro de um CAPS”, como os atendimentos individuais, as oficinas terapêuticas, os acolhimentos, os projetos terapêuticos individuais, mas mostraram dificuldade em articular essas práticas com os demais serviços da rede (inter e intra-setorial) e com o território.

No que concerne à reabilitação psicossocial foi observado que ainda persiste no imaginário dos profissionais pesquisados a insígnia do louco incapaz. Os profissionais mostraram que sucesso para eles em termos de reabilitação psicossocial é o retorno do usuário ao mercado de trabalho, ao mundo dos fortes e das trocas. Contudo, apesar de nenhum usuário ter retornado “ao trabalho”, como esperado por eles, as descrições dos casos considerados de sucesso em reabilitação psicossocial mostraram usuários que dentro da singularidade de cada caso haviam caminhado bastante no seu processo de *recovery*.

No tocante à atual PNSM e as concepções de trabalho dos sujeitos estudados, foi possível apontar uma diferença entre os dois serviços. Os profissionais do CAPS I são novos em idade e em trabalho na saúde mental e por isso, mostraram um maior desconhecimento sobre a PNSM. No CAPS II os profissionais mostraram ter um conhecimento maior de todas

as implicações políticas e teóricas do campo da atenção psicossocial. Mesmo com as diferenças os profissionais dos dois serviços tentam fazer o que é preconizado pela PNSM.

No que diz respeito aos avanços e desafios da atenção psicossocial na microrregião de saúde de Manhuaçu os profissionais dos dois serviços apontaram como desafios uma melhor articulação de rede. Citaram a importância do avanço da PNSM na implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Os dois serviços fizeram crítica à administração municipal e ao investimento que os municípios fazem na saúde mental.

Observamos que um problema para os dois serviços é a administração municipal, cujo modo de ação produz entraves para o exercício da criatividade. Os dois serviços sofrem com a falta de investimento financeiro dos municípios em relação à infra - estrutura, insumos, recursos- humanos, vínculos trabalhistas e capacitação. Essa precariedade de recursos que os serviços reclamam é um fato análogo a vários outros serviços de saúde como apontam os estudos de Sá (2009) e Azevedo (2013). Contudo, tal como Sá (2009) defende, a precariedade das condições materiais, tecnológicas e de recursos humanos não são os únicos obstáculos à solidariedade e à produção de cuidado em saúde, porque os “padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação na sociedade contemporânea também impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e a sua qualidade” (p. 2009).

Uma carência identificada nos dois serviços é a ausência de locais de reflexão o que limita o trabalho e acaba fazendo o CAPS ficar ensimesmado nele mesmo. Figueiredo e Jardim (2001) apontam que o que faz uma equipe ser multidisciplinar é a possibilidade de realizar uma clínica formulada pelo grupo, que é caracterizada por reuniões, discussões, indicações bibliográficas, consultas a outros especialistas, entre outros. O ideário que propôs o CAPS, desde seu projeto pioneiro em São Paulo, sempre privilegiou os espaços coletivos onde as dúvidas, críticas, insatisfações possam ser trabalhadas, como nos aponta Goldberg (1996b). Observamos que esse espaço de reflexão seria um lugar que possibilitaria a emergência do imaginário motor, já que os profissionais poderiam falar da vida organizacional e percebê-la sob uma perspectiva diferente, possibilitando assim, o aparecimento da criatividade e da espontaneidade, como nos aponta Enriquez (1997).

A elaboração dos meus preconceitos em questões e a busca pela resposta a elas através do contato com os serviços pesquisados me possibilitou alguns esclarecimentos e a elaboração de novos preconceitos. Acredito que esse diálogo com o outro nunca termina, pois, como nos aponta Ayres (2008), cada resposta pode ser considerada também uma pergunta. Assim, o diálogo pode ser compreendido como a dialética da pergunta e resposta e não como uma seqüência de perguntas e respostas.

Sem a pretensão de esgotar o assunto, termino essa reflexão com a constatação de Enriquez (2001b) que coloca que da mesma maneira que não existem pessoas totalmente heterônimas, não existem pessoas inteiramente autônomas, contudo, nem por isso a busca da verdade e da autonomia deve acabar. “Saber que perseguimos um fim impossível nos chama, simplesmente, para um pouco de modéstia, de humor e de ironia, em relação a nós mesmos e as nossas possibilidades de influência” (p. 43). É com um misto de modéstia e sonho que acreditamos ser possível desenvolver uma clínica ampliada, capaz de acompanhar o louco na sua conquista por um lugar nesse mundo.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. & PALOMBINI, A. de L.. Supervisão em CAPS: uma abordagem psicanalítica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 32 (3), 716-729, 2012
- ALCÂNTARA, L. C. Economia solidária e oficinas de trabalho na Saúde Mental. In.: MEHRY, E. E. & AMARAL, E.(org). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo, Aderaldo & Rothschild, 2007.
- ALVERGA, A. R. de & DIMENSTEIN, M.. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez., 2006.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P.. O cuidado em Saúde Mental. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.
- ALVES, H. M. de C.; DOURADO, L. B. R. & CÔRTEZ, V. da N. Q.. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (10): 2965-2975, 2013.
- ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F. de. & VASCONCELOS, E. M.. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 (1): 51-71, 2013.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003a.
- \_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In.: AMARANTE, Paulo (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003b.
- \_\_\_\_\_. Asilos, alienados e alienistas. In.: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- ANTUNES, S. M. M. de O. & QUEIROZ, M. de S.. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (1): 2007-2015, jan., 2007.
- ARAÚJO, A. K. de & TANAKA, O. Y. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface comunicação, saúde e educação**, v. 16. N. 43, p. 917-28, out./dez. 2012.
- AYRES, J. R. de C. M.. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In. ONOCKO-CAMPOS, R. et. al. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – desenho participativo e efeitos da narrativa**. São Paulo: Hucitec, 2008.

AZEVEDO, C. da S. A sociedade contemporânea e as possibilidades de construção de projetos coletivos e de produção do cuidado nos serviços de saúde. In.: AZEVEDO, C. da S.; SÁ, M. de C.. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

AZEVEDO, C. da S.; FERNANDES, M. I. A.; CARRETEIRO, T. C.. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (10): 2410-2420, out, 2007.

AZEVEDO, et al.. Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 595-605, out./dez., 2012.

BABINSKI, T. & HIRDES, A.. Reabilitação Psicossocial: a perspectiva de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enfermagem**, 13 (4): 568-76, out-dez., 2004.

BACARRI, I. O. P; ONOCKO – CAMPOS, R. T. & STEFANELLO, S.. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (1): 125-136, 2015.

BALLARIN, et al.. Centro de Atenção Psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n.4, p. 603-611, out./dez., 2011.

BEZERRA JR, B.. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS, Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (2): 243-250, 2007.

BEZERRA, E. & DIMENSTEIN, M.. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, 28 (3), 632-645, 2008.

BIRMAN, J.. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In.: BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 3.088. Instituí a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e como necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília 30 dez. 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde Mental. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1.169 de 7 de julho de 2005**.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.708, de 31 de julho de 2003**.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº336/GM de 19 de Fevereiro de 2002**.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001.**

BREAKWELL, G. M. et. *al.*. **Métodos de pesquisa em psicologia.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CAMPOS, G. W. de S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D.. **Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde.** São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia.** São Paulo; Hucitec Editora, 2007.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999

CANTELE, J. C.; ARPINI, D. M. & ROSO, A.. A psicologia no modelo atual de atenção em Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão.** 32 (4), 910-925, 2012.

CARVALHO, J. E. C de. Imaginário e representações sociais. **Rev. De Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC (Especial Temática), 2002, pp. 25-33.

CASTORIADIS, C. **Figuras do Pensável: as encruzilhadas do labirinto.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2004.

\_\_\_\_\_. **A Instituição Imaginária da Sociedade.** 5ª edição. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1982.

CAVALCANTI, M. T. et al.. Critérios de admissão, continuidade e cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Revista de Saúde Pública*, 43 (supl.1): 23-8, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. O “trabalhador moral na saúde”: reflexões sobre um conceito. **Interface – comunicação, saúde, educação.** V. 11, n. 22, p. 345-363, mai/ago, 2007.

COSTA, J. F.. **História da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

\_\_\_\_\_. **Violência e Psicanálise.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

COSTA-ROSA, A.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In.: AMARANTE, P. (org). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade.** Rio de Janeiro: Foicruz, 2000, pp.141-168.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. & YASUI, S.. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In.: AMARANTE, P. (coord). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2003, pp.13-44.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S. & DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 30 (4): 390-8, 2008.

DEEGAN, P. E. *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19, 1998.

DELGADO, P. G. & LEAL, E.. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In.: PINHEIRO, R. et. al. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

DENZIN, N. K & LINCOLN, Y. e col. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, S. F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In. ONOCKO-CAMPOS, R. et. al. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – desenho participativo e efeitos da narrativa**. São Paulo: Hucitec, 2008.

DESVIAT, M.. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DIAS, C. B. & SILVA, A. L. A.. O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 44 (2): 469-75, 2010.

DUARTE, T. *Recovery* da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Análise Psicológica**, 1 (xxv): 127-133, 2007.

ENRIQUEZ, E.. **A organização em análise**. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. A interioridade está acabando? In.: In.: LÉVY, A. et al. . **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001a.

\_\_\_\_\_. O papel do sujeito humano na dinâmica social. In.: LÉVY, A. et al. . **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001b.

\_\_\_\_\_. O vínculo grupal. In. MACHADO, Marília Novais da Mata (Orgs). **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001c.

\_\_\_\_\_. **O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável**. RAE Eletrônica, v. 5, n. 1, Art. 10, jan./jun. 2006.

ENRIQUEZ, E; CARRETEIRO, T. C. Reconhecimento e Resistências nas Sociedades Contemporâneas. In.: AZEVEDO, C. da S.; SÁ, M. de C.. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

FIGUEIREDO, L. C. **Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano cultural**. Revista Brasileira de Psicanálise, vol. 41, n. 3, 69-87, 2007.

FIGUEIREDO, M. D. & ONOCKO – CAMPOS, R. Saúde mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP. Uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Botucatu, n.1, v.14, p. 129-138, 2009.

FIGUEIREDO, V. V. & RODRIGUES, M.. Atuação do Psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, mai./ago., 2004.

FIGUEIREDO, A. C. & JARDIM, S. R. Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental. In.: FIGUEIREDO, A. C. & CAVALCANTI, M. T. **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental Brasil – dezembro de 2001. Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA, 2001.

FILHO, N. G. V. & ROSA, M. D.. Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 26, n.1, 49-55, jan./mar., 2010.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. **Inovações e desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final**. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Rio de Janeiro, 2015.

FIORATI, R. C. & SAEKI, T.. Projetos terapêuticos nos serviços extra- hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, n.3, p.587-598, 2012.

FOUCAULT, M.. **História da loucura na idade clássica**. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

\_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Disponível em: (<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf>). Acessado em: 12/02/2016.

FURTADO, J. P.. **Um método construtivista para avaliação em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1): 165-181, 2001.

FURTADO, J. P. et al.. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, 29 (1): 102-110, jan, 2013.

GADAMER, H. G.. **Verdade é método**. 10 ed.. Petrópolis: Vozes, 2008.

GALVANESE, A. T. C.; NASCIMENTO, A. de F. & D'OLIVEIRA, A. F. P. L.. Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, 47 (2): 360-7, 2013

GAMA, C. A. P. & ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n.2, p. 112-131, 2009.

GARCIA, M. L. P. & JORGE, M. S. B.. Vivências de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans George Gadamer. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (3): 765-774, 2006.

GIUST-DESPRAIRIES, F. Representação e imaginário. In: Barus-Michel, J.; Enriquez, E.; Lévy, A. **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. pp. 174-189.

GODOY, M. G. C. et al. O compartilhamento do cuidado em saúde mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial de Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 152-163, 2012.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996a, pp. 33-47.

\_\_\_\_\_. **A clínica da psicose**. Rio de Janeiro, Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1996b.

GONDIM, S. M. G.. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação 12, 2002.

GRONDIN, J.. **Hermenêutica**. São Paulo: Parábola Editorial, 2012.

GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S.. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

JORGE, M. S. B. et al.. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (7):3051 – 3060, 2011.

JORGE, M. S. B. et al.. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 59 (6): 734-9, nov-dez, 2006.

KANTORSKY, L. P.; MIELKE, F. B. & JÚNIOR, S. T.. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, nº 1. Mar./june., 2008.

KANTORSKI et. al, 2009. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 43 (supl.1), 29-35, 2009.

KIRSCHBAUM, D. I. R.. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 17 (3), maio-junho, 2009.

LEAL, E. M. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In.: COSTA, C. M. & FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2004.

\_\_\_\_\_. Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social. In.: SILVA FILHO, J. F. (org). **Psicopatologia hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

LEÃO, A. & BARROS, S.. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde & Sociedade, São Paulo**, v.17, n. 1, p.95-106, 2008.

LEÃO, A. & BARROS, S.. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo de reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Sociedade, São Paulo**, v. 21, n.3, p. 572-586, 2012.

LEÃO, A. & BARROS, S..Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.15, n.36, p. 137-52, jan./mar., 2011.

LIMA, M. et al.. Signos, significados e práticas de manejo a crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.16, n.41, p. 423-34, abr./jun. 2012.

LOBOSQUE, A. M.. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOPES et a.. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 21, n.3, p.558-571, 2012.

LUZIO, C. A. & L'ABBAT, S.. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), 105-116, 2009.

MARTINHAGO, F. & OLIVEIRA, W. F.. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out/dez., 2012.

MELLO, R. & FUREGATO, A. R.. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery Enfermagem**, 12 (3): 457-64, set., 2008.

MENDES, S. M.. **Saúde mental e trabalho: transversalidades das políticas e o caso de Juiz de Fora**. Dissertação de mestrado apresentado a Faculdade de Serviço Social programa de pós-graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – 2007.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In.: MEHRY, E, E. & AMARAL, H.. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo, Aderaldo & Rothschild, 2007.

\_\_\_\_\_. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In.: **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MIELKE, F. B. et al..Características do cuidado em saúde mental em uma CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 265-276, jul./out. , 2011.

\_\_\_\_\_. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (1): 159-164, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. – 2. ed. – Belo Horizonte, 2007.

MINAYO, M. C.. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

MINOZZO, F. & COSTA, I. I. da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico – USF**, Bragança Paulista, v. 18, n.1, p. 151-160, jan./abril, 2013a.

MINOZZO, F. & COSTA, I. I. de. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 16(3), 438-450, set, 2013b.

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

MIRANDA, L. et.al. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In. ONOCKO-CAMPOS, R. O et. al.**Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental** – desenho participativo e efeitos da narrativa. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONDONI, D. & ROSA, A. da C.. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 26, n.1, 39-47, jan./mar., 2010.

MONTEIRO, F. J & MATIAS, J.. Atitudes face ao *recovery* na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? **Análise Psicológica**, 1 (XXV): 111-125, 2007.

MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. de A. & MACHADO, A. L.. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 45 (5): 1171-6, 2011.

NUNES, M. et al..A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1): 188-196, jan, 2008.

OLIVEIRA, A. G. B.. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery R Enfermagem**, 10 (4): 694-702, dez., 2007.

OLIVEIRA, J. A. M. & PASSOS, E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção e gestão em saúde mental. In.: CARVALHO, S. R; FERIGATO, S & BARROS, M. E.. **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

OLSCHOWSKY, A. et al.. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, 43 (4): 781-7, 2009.

ONOCKO-CAMPOS et. al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, 43 (Supl. 1), 16-22, 2009

ONOCKO-CAMPOS, R. T. & BACCARI, I. P.. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (4): 2051-2058, 2011.

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

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al.. Avaliações de rede de Centro de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, 43 (supl. 1): 16-22, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R.. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovação a partir de desenhos participativos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1269-1286, 2011.

\_\_\_\_\_. O exercício interpretativo. In. CAMPOS, R. O. et. al. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – desenho participativo e efeitos da narrativa**. São Paulo: Hucitec, 2008.

\_\_\_\_\_. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p. 98-111, maio/ago, 2001.

PANDE, M. N. R. & AMARANTE, P. D. de C.. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16 (4): 2067-2076, 2011.

PAULON, S. M. et al.. Práticas clínicas dos profissionais “PSI” dos centros de atenção psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. **Psicologia & Sociedade**, 23 (n. spe). 109-119, 2011.

PITTA, A.. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In. PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, pp. 19-26.

QUINDERÉ, P. H. D. & JORGE, M. S. B.. (De) construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n.3, 569-583, 2010.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (7): 2157-2166, 2013.

REZENDE, H.. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In.: TUNDIS, S. & COSTA, N. (org.). **Cidadania e loucura políticas de saúde mental no Brasil**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2000, pp.15-74.

RIBEIRO, A. M.. A ideia da referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, 14 (1), 77-83, jan.- abr., 2009.

ROTTERDAM, E. de. **Elogio da loucura**. 6 ed. São Paulo: Atena, 1955.

SÁ, M. C & AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais em saúde no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (5): 2345-2354, 2010.

\_\_\_\_\_. Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro. In. UGÁ, M. A. D. et.al. **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SÁ, M. de C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação**. V. 13, supl. I, p. 651-654, 2009.

SALES, A. L. L. de F. & DIMENSTEIN, M.. Psicologia e modos de trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (4), 812-827, 2009a.

\_\_\_\_\_. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n.2, p. 277-285, abr./jun., 2009b.

SALOMON, D. V.. **Como fazer uma monografia**. 11 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SARACENO, B.. **Manual de saúde mental – guia básico para a atenção primária**. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. **Libertando identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

\_\_\_\_\_. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In. PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, pp. 13-18.

SCHECHTMAN, A. & ALVES, D. S.. A organização da política de saúde mental. In.: JORGE, M. A. S. et. al. (org). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SCHMIDT, M. B. & FIGUEIREDO, A. C.. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.12, n.1, p. 130-140, março, 2009.

SCHRANK, G. & OLSCHOWSKY, A.. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 42 (1): 127-34, 2008.

SILVA FILHO, J. F.. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In.: TUNDIS, S. & COSTA, N. (org.). **Cidadania e loucura políticas de saúde mental no Brasil**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2000, pp.75-102.

SILVA, G. M. et al.. O processo de trabalho na supervisão clínico institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.15, n. 2, p. 309-322, junho, 2012.

SILVA, P. R. F.. Reabilitação Psicossocial: habitação, trabalho e lazer. In.: JORGE et al.. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014.

SOARES, R. D. et al.. O papel da equipe de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery (impr.)**, jan – mar; 15 (1): 110-115, 2011.

TAVARES, C. M. de M.. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, 56 (1): 35-39, 2003.

TENÓRIO, F.. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. Disponível em (<http://www.scielo.br/pdf/hesm/v9n1/a03v9n1.pdf>). Acessado em 18/10/2014.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, Editora Vozes, 2003.

VASCONCELLOS, V. C.. A dinâmica do trabalho em saúde mental: contribuições da psicossociologia francesa. In.: AZEVEDO, C. da S.; SÁ, M. de C.. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

VASCONCELLOS, V. C. de; AZEVEDO, C. da S.. **Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. Interface, comunicação, saúde e educação, v. 14, n.34, p.563-76, jul/set. 2010.

VASCONCELOS, M. de F. F. de; MACHADO, D. de O. & FILHO, M. M.. Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experiências de uma clínica antimanicomial. **Psicologia & Sociedade**, 25 (n. spe. 2), 95-107, 2013.

VENTURINI, E. et al.. Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 55, n. 1, p. 56-63, 2003

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. de M.. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil.** Boletim da Oficina Sanitária do Panamá, 1992.

WILRICH, J. Q. et al..Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 (1): 47-64, 2011.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

\_\_\_\_\_. **CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros.** In.: PINHEIRO, R. et al. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

YASUI, S. & COSTA-ROSA, A.. **A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p. 27 – 37, jan/dez. 2008.

## **ANEXOS**

Anexo A – Roteiro Grupo Focal

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## ANEXO A

### Roteiro Grupo Focal

1. Falem sobre a história do serviço, o que levou a sua criação, os primeiros desafios enfrentados...
2. Quais as práticas de cuidado oferecidas pelo serviço? Como acontece a rotina do serviço?
3. Em relação à política de saúde mental brasileira o que vocês reconhecem como possível fazer no dia-a-dia dos serviços a respeito da reabilitação psicossocial?
4. Exemplifique um caso que vocês acreditam que tiveram sucesso em relação à reabilitação psicossocial do paciente e um caso que vocês tentaram, mas não obtiveram sucesso.
5. O que vocês pensam sobre a atual política de saúde mental brasileira?
6. Que tipo de formação vocês tiveram para trabalharem no CAPS?
7. Depois de tudo que conversamos, qual (is) palavra (s) você associaria como CAPS (pensando na realidade atual do serviço)?

## ANEXO B

### Termo de Consentimento Livre-Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa Atenção/Reabilitação Psicossocial e o imaginário do cuidado nos CAPS: uma pesquisa com profissionais de saúde mental, desenvolvida por Janine Lopes Carvalho, aluna de mestrado em psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e orientada pela Dra. Lilian Miranda, professora do curso de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

O **objetivo geral** desta pesquisa é discutir como os profissionais de dois CAPS da microrregião de saúde de Manhuaçu operacionalizam as práticas de reabilitação psicossocial nos respectivos serviços.

#### Os objetivos específicos são:

- Descrever o modo como os profissionais dos CAPS estudados concebem o trabalho por eles realizado;
- Identificar as relações entre as propostas teórico políticas da atenção psicossocial com as concepções de trabalho dos sujeitos estudados;
- Discutir os avanços e desafios da atenção psicossocial na região pesquisada.

A pesquisa será realizada através de grupos focais com profissionais de saúde mental de dois CAPS da região de saúde de Manhuaçu - MG.

Você foi escolhido porque é um profissional de saúde mental e trabalha há pelo menos 6 meses em um CAPS. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você.

A participação que lhe é solicitada consiste em participar de dois grupos focais, de mais ou menos, uma duas horas e meia de duração. Esses grupos serão áudio gravados. O áudio dessas gravações, bem como sua transcrição, permanecerá sob os cuidados da pesquisadora e armazenados em lugar seguro por um período de cinco anos, sendo destruído em seguida. A qualquer momento, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Para isso, poderá utilizar os contatos da pesquisadora, explicitados ao final deste Termo, ou pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRRJ, telefone: (21) 26821201.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de relatórios e artigos científicos, de maneira que não seja possível identificar nem você, nem as outras pessoas que participarão. Essa pesquisa envolve poucos riscos para você, mas é possível que você sinta algum tipo de incômodo demasiado intenso durante a participação nos grupos. Se isso ocorrer, serão tomados todos os cuidados necessários: a pesquisadora estará disponível para conversar sobre tudo o que você julgar necessário. Sua participação gerará benefícios para a pesquisa, auxiliando-nos a compreender como os profissionais dos CAPS operacionalizam as práticas de reabilitação psicossocial.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante.

---

Janine Lopes Carvalho  
Mestranda do Curso de Psicologia da UFRRJ  
Telefone de contato: (31) 98494-3707  
e-mail para contato: janinelopes@uol.com.br

### **Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito**

Eu, abaixo assinado, aceito participar do estudo descrito acima, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou interrupção de meu tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nome (se desejar):

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

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

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

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

### **Observações complementares**

Se desejar receber os resultados desta pesquisa, forneça seu e-mail ou telefone.

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_