



ILUSTRAÇÃO: JEFERSON RIBEIRO

Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial







ILUSTRAÇÃO: JEFERSON RIBEIRO

Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial





**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA**

**CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS**

Comissão de Elaboração do Documento

Organizadora

Heloiza Helena Mendonça Almeida Massanaro

Especialistas

Elisa Zaneratto Rosa

Marta Elizabeth de Souza

Rosimeire Aparecida Silva

Colaboração: Sandra Fischete

Técnica Regional: Djanira Sousa

**Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) no
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**

Brasília, julho/2013

1ª Edição



É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br e em crepop.pol.org.br
1ª edição – 2013

Projeto Gráfico – IDEORAMA

Diagramação – IDEORAMA

Revisão – Conselho Federal de Psicologia (CFP)

Ilustração – Jeferson Ribeiro (Gravura apresentada na 3ª Mostra de Arte

Insensata 2011 – Centro de Convivência – Cezar Campos)

Coordenação Geral/ CFP

Yvone Duarte

Coordenação de Comunicação Social

Denise de Quadros

André Almeida (Editoração)

Equipe Técnica do Crepop/CFP

Monalisa Barros e Márcia Mansur Saadallah /Conselheiras responsáveis

Natasha Ramos Reis da Fonseca/Coordenadora Técnica

Cibele Cristina Tavares de Oliveira /Assessora de Metodologia

Klebiston Tchavo dos Reis Ferreira /Assistente Administrativo

Equipe Técnica/CRPs

Renata Leporace Farret (CRP 01 – DF), Thelma Torres (CRP 02 – PE), Gisele Vieira Dourado O. Lopes e Glória Pimentel (CRP 03 – BA), Luciana Franco de Assis e Leiliana Sousa (CRP04 – MG), Beatriz Adura e Fernanda Haikal(CRP 05 – RJ), Ana Gonzatto, Marcelo Bittar e Edson Ferreira e Eliane Costa (CRP 06 – SP),Silvia Giugliani e Carolina dos Reis (CRP 07 – RS),Carmem Miranda e Ana Inês Souza (CRP 08 – PR), Marlene Barbaresco (CRP09 – GO/TO),

Leticia Maria S. Palheta (CRP 10 – PA/AP), Renata Alves e Djanira Luiza Martins de Sousa (CRP11 – CE/PI/MA), Juliana Ried (CRP 12 – SC), Katiúska Araújo Duarte (CRP 13 – PB), Mario Rosa e Keila de Oliveira (CRP14 – MS),

Eduardo Augusto de Almeida (CRP15 – AL), Mariana Passos e Patrícia Mattos Caldeira Brant Littig (CRP16 – ES), Ilana Lemos e Zilanda Pereira de Lima (CRP17 – RN), Fabiana Tozi Vieira (CRP18 – MT), Lidiane de Melo Drapala (CRP19 – SE), Vanessa Miranda (CRP20 – AM/RR/RO/AC)

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR 6022, de 2003; 6023, de 2002; 6029, de 2006 e 10520, de 2002.

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília-DF
(61) 2109-0107 /E-mail: ascom@cfp.org.br /www.cfp.org.br
Impresso no Brasil – Julho de 2013

Catálogo na publicação
Fundação Biblioteca Nacional
Biblioteca Miguel Cervantes
Fundação Biblioteca Nacional

Conselho Federal de Psicologia
Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS -
Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia. -
Brasília: CFP, 2013.
100 p.
ISBN: 978-85-89208-55-0
1. Psicólogos 2. Políticas Públicas 3. Saúde Mental 4. CAPS

XV Plenário Gestão 2011-2013

Diretoria

Humberto Cota Verona – Presidente
Clara Goldman Ribemboim – Vice-presidente
Monalisa Nascimento dos Santos Barros – Tesoureira
Deise Maria do Nascimento – Secretária

Conselheiros efetivos

Flávia Cristina Silveira Lemos
Secretária Região Norte
Alúzio Lopes de Brito
Secretário Região Nordeste
Heloiza Helena Mendonça A. Massanaro
Secretária Região Centro-Oeste
Marilene Proença Rebello de Souza
Secretária Região Sudeste
Ana Luiza de Souza Castro
Secretária Região Sul

Conselheiros suplentes

Adriana Eiko Matsumoto
Celso Francisco Tondin
Cynthia Rejane Corrêa Araújo Ciarallo
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Márcia Mansur Saadallah
Maria Ermínia Ciliberti
Mariana Cunha Mendes Torres
Marilda Castelar
Roseli Goffman
Sandra Maria Francisco de Amorim
Tânia Suely Azevedo Brasileiro

Psicólogas convidadas

Angela Maria Pires Caniato
Ana Paula Porto Noronha

Conselheiras responsáveis:

Conselho Federal de Psicologia:

Márcia Mansur Saadallah e Monalisa Nascimento dos Santos Barros

CRPs

Carla Maria Manzi Pereira Baracat (CRP 01 – DF), Alessandra de Lima e Silva (CRP 02 – PE), Alessandra Santos Almeida (CRP 03 – BA), Paula Ângela de F. e Paula (CRP04 – MG), Analícia Martins de Sousa (CRP 05 – RJ), Carla Biancha Angelucci (CRP 06 – SP), Vera Lúcia Pasini (CRP 07 – RS), Maria Sezineide C. de Melo (CRP 08 – PR), Wadson Arantes Gama (CRP 09 – GO/TO), Jureuda Duarte Guerra (CRP 10 – PA/AP), Adriana de Alencar Gomes Pinheiro (CRP 11 – CE/PI/MA), Marilene Wittitz (CRP 12 – SC), Carla de Sant’ana Brandão Costa (CRP 13 – PB), Elisângela Ficagna (CRP14 – MS), Izolda de Araújo Dias (CRP15 – AL), Danielli Merlo de Melo (CRP16 – ES), Alysson Zenildo Costa Alves (CRP17 – RN), Luiz Guilherme Araujo Gomes (CRP18 – MT) André Luiz Mandarinino Borges (CRP19 – SE), Selma de Jesus Cobra (CRP20 – AM/RR/RO/AC)





ILUSTRACÃO: JEFERSON RIBEIRO

APRESENTAÇÃO

Apresentação

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à categoria e à sociedade em geral o documento de Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Centros de Atenção Psicossocial–CAPS, produzido a partir da metodologia do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop). Este documento busca construir referência sólida para a atuação da Psicologia na área.

As referências construídas possibilitam a elaboração de parâmetros compartilhados e legitimados pela participação crítica e reflexiva da categoria. Elas refletem o processo de diálogo que os Conselhos vêm construindo com a categoria, no sentido de se legitimar como instância reguladora do exercício profissional.

Por meios cada vez mais democráticos, esse diálogo tem se pautado por uma política de reconhecimento mútuo entre as(os) profissionais da Psicologia, assim como, pela construção coletiva de uma plataforma profissional que seja também ética e política.

Esta publicação marca mais um passo no movimento recente de aproximação da Psicologia com o campo das Políticas Públicas. Aborda cenário delicado do sofrimento psíquico, da Reforma Psiquiátrica, assim como o da evolução das políticas de saúde e saúde mental no Brasil. Evolução esta que encarrega a Psicologia como a profissão que estimula produção de sentidos novos, substituindo as relações tutelares pelas relações contratuais para a integração social e familiar dos Usuários do sistema de saúde mental.

A opção pela abordagem deste tema reflete o compromisso dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia com a qualificação da atuação das(os) psicólogas(os) em todos os seus espaços de atuação.

HUMBERTO VERONA

Presidente do Conselho Federal de Psicologia

Sumário

APRESENTAÇÃO	13
PREFÁCIO	19
CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas	19
Objetivo e Campo de Atuação	19
A Pesquisa do CREPOP/CFP	20
Processo de elaboração de Referência Técnica	22
O Processo de Consulta Pública	25
INTRODUÇÃO	27
EIXO I: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	45
Considerações Sobre as Políticas de Saúde No Brasil	45
EIXO II – PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: A NECESSÁRIA MUDANÇA DE PERSPECTIVA	73
História da Psicologia e sua Relação com as Políticas Públicas de Saúde / Saúde Mental	73
A Inserção da Psicologia na Saúde Pública e na Reforma Psiquiátrica	78
Teorias em Psicologia e Atenção à Saúde Mental	83
As Práticas das (os) Psicólogas(os) nos CAPS	85
EIXO III: A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NA POLÍTICA DO CAPS	91
O Modo de Fazer: desinstitucionalização da prática e intervenção na cultura	91
A Clínica no Território e o Confronto com as Verdades do Manicômio	97
Trabalho em Rede: uma resposta sempre complexa e necessária à desconstrução do manicômio	101
EIXO IV – GESTÃO DO TRABALHO	107

Considerações sobre a Gestão dos Serviços e Processos de Trabalho nos CAPS.....	107
Os Desafios da Gestão Cotidiana do Trabalho nos CAPS.	109
Formação Profissional.	115
Considerações Finais.	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXO I.	123



ILUSTRÇÃO: JEFERSON RIBEIRO

Prefácio

PREFÁCIO

CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas consiste em uma ação do Sistema Conselhos de Psicologia que dá continuidade ao projeto Banco Social de Serviços em Psicologia, referindo-se a uma nova etapa na construção da presença social da profissão de psicólogo(a) no Brasil. Constituiu-se em uma maneira de observar a presença social da (o) psicóloga (o) e do movimento da Psicologia no seu Protagonismo Social.

Nesse sentido, a ideia fundamental é produzir informação qualificada para que o Sistema Conselhos possa implementar novas propostas de articulação política visando maior reflexão e elaboração de políticas públicas que valorizem o cidadão enquanto sujeito de direitos, além de orientar a categoria sobre os princípios éticos e democráticos para cada política pública.

Dessa forma, o objetivo central do Crepop se constituiu para garantir que esse compromisso social seja ampliado no aspecto da participação das(os) psicólogas(os) nas políticas públicas. Dentre as metas do Crepop estão, também, a ampliação da atuação da(o) psicóloga(o) na esfera pública, contribuindo para a expansão da Psicologia na sociedade e para a promoção dos Direitos Humanos, bem como a sistematização e disseminação do conhecimento da Psicologia e suas práticas nas políticas públicas, oferecendo referências para atuação profissional nesse campo.

Cabe também ao Crepop identificar oportunidades estratégicas de participação da Psicologia nas políticas públicas, além de promover a interlocução da Psicologia com espaços de formulação, gestão e execução em políticas públicas.

Objetivo e Campo de Atuação

O conjunto de ações em pesquisa desenvolvidas pelo Sistema Conselhos de Psicologia, por meio do Crepop, está organizado a partir da diretriz Investigação Permanente em Psicologia e

Políticas Públicas, que consiste em pesquisar nacionalmente o fazer das(os) psicólogas(os), diante das especificidades regionais.

A proposta de investigar a atuação de psicólogas(os) em políticas públicas específicas visa apreender o núcleo da prática profissional da(o) psicóloga(o), considerando áreas distintas nas Políticas Públicas. Todas as áreas são eleitas a partir de critérios como: tradição na Psicologia; abrangência territorial; existência de marcos lógicos e legais e o caráter social ou emergencial dos serviços prestados.

A eleição do CAPS como área de investigação da atuação profissional de Psicólogas(os) surgiu a partir de uma demanda da categoria, observada no V Congresso Nacional de Psicologia-CNP, realizado em 2004. Esse tema emergiu junto a tantos outros que apontavam para o Sistema Conselhos a necessidade de uma maior qualificação e orientação para a prática nos serviços públicos.

Para tratar de tema tão caro para a Psicologia, a comissão de elaboração dessa referência e com intuito orientar o texto desta referência, decidiu por apresentar a seguir a definição do Serviço no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, suas estruturas, a rede de atendimento para introduzir conceitos e contexto sobre os quais esta referência tratará, fomentando assim o imaginário e o interesse do leitor.

A Pesquisa do Crepop

A metodologia de pesquisa do Crepop se divide em três circuitos: o primeiro é o Levantamento de Campo com o objetivo de delimitar o campo de investigação; o segundo trata da Investigação da Prática com objetivo de aplicar, em todos os Regionais, os instrumentos definidos como necessários para a investigação nacional; e o terceiro a Produção de Referência consiste no processo de elaboração de referências técnicas, específicas para cada área investigada.

O processo investigativo da Rede Crepop implica na construção e atualização de um banco de dados para comportar

informações referenciadas, inclusive geograficamente, sobre profissionais de Psicologia, legislações, documentos, programas e entidades que desenvolvem ações no campo das Políticas Públicas. Faz parte da metodologia a participação voluntária, tanto na etapa dos questionários quanto na etapa dos grupos.

Processo de elaboração de Referência Técnica

Os Documentos de Referência, ou Referências Técnicas, são recursos que o Conselho Federal de Psicologia oferece às (aos) psicólogas (os) que atuam no âmbito das políticas públicas, como instrumento para qualificação e orientação de sua prática profissional.

Sua redação é elaborada por uma Comissão Ad-hoc composta por um grupo de especialistas reconhecidos por suas qualificações técnicas e científicas, por um conselheiro do CFP mais um conselheiro do Comitê Consultivo e um Técnico do Crepop. O convite aos especialistas é feito pelo CFP e não implica em remuneração, sobretudo, porque muitos desses são profissionais que já vinham trabalhando na organização daquela política pública específica, e recebem o convite como uma oportunidade de intervirem na organização da sua área de atuação e pesquisa.

Nesta perspectiva, espera-se que esse processo de elaboração de referências técnicas reflita a realidade da prática profissional e permita também que o trabalho que vem sendo desenvolvido de modo pioneiro por muitas (os) psicólogas (os) possa ser compartilhado, criticado e aprimorado, para uma maior qualificação da prática psicológica no âmbito das Políticas Públicas. (CFP, 2012)

Para construir as Referências Técnicas para atuação no CAPS, foi formada uma Comissão em 2009, composta por quatro especialistas que voluntariamente buscaram qualificar a discussão sobre atuação das (os) psicólogas (os) no campo da saúde mental.

Para elaborar o documento esse grupo precisou, a partir das análises dos dados e resultados da pesquisa, que apresentavam a participação de psicólogas (os) atuando nas

diferentes modalidades dos CAPS, fazer uma delimitação na abordagem da referência técnica. A Comissão de especialistas do Documento de Referência sobre CAPS reconheceu as diferentes modalidades de CAPS, suas especificidades e, ao mesmo tempo, sua organização e funcionamento a partir de princípios comuns.

Diante disso, este documento não pretende abordar aspectos específicos a atuação em cada modalidade de CAPS. A escolha feita durante o processo de elaboração do documento foi tomar como referência a atuação nos CAPS I, II e III. A comissão entende que essa referência também contribuirá com o trabalho em outros tipos de CAPS. Ao mesmo tempo, reconhece que a atuação da (o) psicóloga (o) no CAPSi e no CAPS ad requer referências que respondam aos desafios específicos das demandas neles atendidas.

Vale destacar que o Sistema Conselhos de Psicologia, por meio do Crepop, possui o compromisso de também referenciar a prática profissional de psicólogas (os) nas políticas públicas sobre Álcool e outras Drogas.

O Processo de Consulta Pública

A Consulta Pública é um sistema criado e utilizado em várias instâncias, inclusive governamentais, com o objetivo de auxiliar na elaboração e coleta de opiniões da sociedade sobre temas de importância. Esse sistema permite intensificar a articulação entre a representatividade e a sociedade, permitindo que esta participe da formulação e definição de políticas públicas. O sistema de consulta pública permite ampliar a discussão da coisa pública, coletando de forma fácil, ágil e com baixo custo as opiniões da sociedade.

Para o Sistema Conselhos de Psicologia/ Rede Crepop, a ferramenta de consulta pública abriu a possibilidade de uma ampla discussão sobre a atuação da (o) psicóloga (o) no CAPS, permitindo a participação e contribuição de setores especializados, da sociedade em geral e, sobretudo, de toda a categoria na construção sobre esse fazer da (o) psicóloga

(o). Assim, o processo de elaboração do documento torna-se democrático e transparente.

Com relação ao documento de referências técnicas para atuação de psicóloga (o) no CAPS, a consulta pública foi realizada no período de 30 de abril a 26 de junho de 2012 e contou com a participação de 338 psicólogas (os) e gestores que tiveram acesso ao documento, tendo o texto em consulta recebido, ao todo, 17 contribuições. Junto a esse processo foi realizado um debate on-line, no dia 23/05/12, sobre o mesmo tema com a participação de 2005 profissionais, gestores, professores e alunos de Psicologia.





ILUSTRAÇÃO: JEFERSON RIBEIRO

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Para apresentar este tema tão caro para a Psicologia, a comissão de elaboração dessa referência, com intuito de orientar o texto, optou por construir uma introdução com a definição do Serviço no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, sua estrutura e a rede de atendimento, para depois introduzir conceitos importantes, além do contexto sobre os quais esta referência tratará.

Os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) são serviços da rede pública de saúde que visam, como parte de uma rede comunitária, à substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - e de seus métodos para cuidar de transtornos mentais. Foram instituídos por meio da Portaria/SNAS Nº 224 - 29 de Janeiro de 1992 (BRASIL, 2001). A respeito da constituição do primeiro CAPS no Brasil, afirma Goldberg: “A expectativa dos profissionais dessa instituição era oferecer um cuidado personalizado aos pacientes, com a complexidade que cada caso requer, por períodos tão longos quanto o tipo da evolução de sua doença exigisse e sem afastá-los da família e da comunidade” (GOLDBERG, 1998, p.12). Assim, o CAPS é serviço estratégico na concretização da atual política de Saúde Mental do Brasil, que pretende oferecer uma rede de serviços substitutiva aos hospitais psiquiátricos, capaz de responder às necessidades das pessoas com sofrimento psíquico respeitando sua cidadania e o cuidado em liberdade.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, os serviços substitutivos devem ter a missão de superar o paradigma manicomial, direcionados por novas bases e valores éticos que venham a produzir uma nova forma de convivência solidária e inclusiva.

Os CAPS têm se constituído como dispositivos que buscam tornarem-se substitutivos às internações psiquiátricas, oferecendo, além da atenção à crise, um espaço de convivência e a criação de redes de relações que se alarguem para além dos locais das instituições, atingindo o território da vida cotidiana dos usuários.

Atualmente, a Rede de Saúde Mental é composta por

um conjunto de equipamentos e serviços de atendimento integral e humanizado, conforme descrito a seguir:

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: São instituições destinadas a acolher pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia. Apresenta como característica principal a busca da integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, promovendo sua reabilitação psicossocial. Tem como preceito fundamental ajudar o usuário a recuperar os espaços não protegidos, mas socialmente passíveis à produção de sentidos novos, substituindo as relações tutelares pelas relações contratuais, especialmente em aspectos relativos à moradia, ao trabalho, à família e à criatividade.

A atual política prevê a implantação de diferentes tipos de CAPS:

- CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em pelo menos um período/dia.
- CAPS II – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em dois períodos/dia.
- CAPS III – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Oferece atendimento em período integral/24h.
- CAPS ad – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios de 70 mil a 200 mil habitantes.
- CAPS ad III – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios com população acima de 200 mil

1 - Para conhecer toda metodologia de elaboração dos documentos de referências técnicas do Sistema Conselhos/Rede Crepop, ver Documento de Metodologia do Crepop 2011, in <http://crepop.cfp.org.br>

2 - Ver <http://crepop.cfp.org.br>

habitantes, por período integral/24h.

- CAPS i - Serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos) em municípios com população acima de 200 mil habitantes.

Segundo dados atualizados do Ministério da Saúde, existem hoje no Brasil 822 CAPS I; 431 CAPS II; 63 CAPS III; 272 CAPS ad e 149 CAPSi e 5 CAPS ad III perfazendo um total de 1742 serviços. (Saúde Mental em dados 10 - BRASIL, 2012)

Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT: São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com sofrimento psíquico graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. São 625 casas implantadas no Brasil, com 3.470 moradores em 2011. (BRASIL, 2012)

Programa de Volta para Casa – PVC: Este programa foi instituído pela Lei Federal 10708 de 31 de julho de 2003, e tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas com sofrimento psíquico, com história de longa internação psiquiátrica e também nos hospitais de custódia e tratamento (02 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte integrante deste Programa o auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário. São 3.961 beneficiários do PVC no país em 2011. (BRASIL, 2012)

Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras

drogas: São leitos de retaguarda em hospital geral com metas de implantação por todo o Brasil. (BRASIL, 2012).

Centros de convivência: Os Centros de Convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. (BRASIL, 2011). Estes dispositivos ainda não recebem financiamento do Ministério da Saúde.

Unidade Básica de Saúde: A Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. As ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão referenciadas nas Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2011)

Consultório na Rua: Equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial é responsabilidade da Equipe do Consultório na Rua ofertar cuidados em saúde mental para (i) pessoas em situação de rua em geral; (ii) pessoas com transtornos mentais e (iii) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde. (BRASIL, 2011)

Escola de Redutores de Danos (ERD): As Escolas de Redutores de Danos do SUS tem como objetivo a qualificação da rede de serviços, por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade, que atuarão na

rede de atenção substitutiva em saúde mental, com a oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários, intra ou extramuros, que superem a abordagem única de abstinência. (BRASIL, 2010).

Em 2005, o Ministério da Saúde apresentou como referência para constituição de rede de saúde mental o seguinte desenho:



Fonte: Extraído do Relatório 15 anos após Caracas - Ministério da Saúde, 2005, p. 26. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

Nesta perspectiva a implementação da rede substitutiva priorizou de forma estratégica a implantação e ampliação dos CAPS, tornando acessível outro modo de cuidado, a redução de leitos em instituições psiquiátricas e conseqüentemente a construção de uma nova cultura assistencial, dando visibilidade à questão da saúde mental. É importante salientar que no processo de implantação da reforma psiquiátrica até o ano de 2010 haviam sido fechados 32.735 leitos em Hospitais Psiquiátricos no Brasil. (BRASIL, 2011)

É pelo papel estratégico dos CAPS na rede substitutiva de cuidado em saúde mental que se justifica sua eleição para

pesquisa e produção de referência pelo Crepop.

Em Dezembro de 2011, o governo brasileiro estabelece entre suas prioridades na saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 –, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essa portaria impacta diretamente a estrutura da Rede de atendimento da Saúde Mental.

A RAPS passam a serem formadas por sete componentes da Rede de Saúde, desde a Atenção Básica, passando pela Atenção Psicossocial Especializada, a Urgência e Emergência e a Atenção Residencial de Caráter Transitório. As RAPS também são compostas pelos componentes da Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial.

Resultados da Pesquisa CREPOP/CFP

A pesquisa sobre atuação de psicólogas(os) no CAPS foi realizada no ano de 2007, entre os meses de setembro a novembro, tendo sido realizada em duas etapas, uma etapa nacional, do tipo descritiva, a partir de um instrumento online; e uma etapa qualitativa, realizada pelas unidades locais do Crepop, localizadas nos Conselhos Regionais. Ressalta-se que, à época, o Sistema Conselhos contava com apenas 16 Crepop's Regionais. Serão apresentados a seguir alguns dados relativos à pesquisa realizada com as(os) psicólogas(os) que atuavam nos CAPS no ano de 2007.

Etapas Descritiva – Questionário online:

Os resultados da pesquisa descritiva revelaram um conjunto de 382 psicólogas(os) respondentes. Sobre os aspectos sociodemográficos a pesquisa apresentou o seguinte perfil, 82,7% de mulheres; 39,1% com até 30 anos de idade; 37,2% encontram-se na região Sudeste. Sobre a formação, a pesquisa identificou que 71,1% têm pós-graduação, sendo 81,3%

especialização *Latu-sensu* e 59% é da área da Psicologia Clínica; 16,1% exercem atividade docente; 30,8% realizaram pesquisa científica sobre o tema.

Sobre a atuação profissional foi identificado que as/os respondentes atuavam em diferentes modalidades de atendimento nos CAPS. Destes, 43,2% trabalhavam em CAPS I, 32,5% em CAPS II; 13,4% em CAPS ad; 7,9% em CAPSi e 3,1% em CAPS III. Quanto ao tempo de atuação, 38,1% atuavam no CAPS há menos de dois (2) anos; 85,3% trabalham em Organizações Públicas; 39,4% têm vínculo de trabalho regido por Estatuto de Servidores Públicos. Destaca-se como dado importante para a citada pesquisa, a identificação de que apenas 33,1% do total, embasam seu trabalho na Política Nacional de Saúde Mental. Ainda sobre desenvolvimento do trabalho no CAPS, 35,5% desenvolvem atividades de assistência/ tratamento Psicológico; 88% trabalham em conjunto com equipe multiprofissional reduzida; 52,7% utilizam frequentemente entrevistas como recurso de trabalho;

Ainda na pesquisa descritiva havia quatro questões abertas acerca das questões do dia-a-dia das(os) psicólogas(os). A primeira questão pedia “descreva em detalhes o que você faz em uma semana típica de trabalho, com ênfase nas atividades relacionadas ao campo do CAPS”. A segunda, “Quais são os desafios específicos que você enfrenta no cotidiano de seu trabalho e como você lida com estes?”. A terceira, “Quais novas práticas você e/ou seus colegas têm desenvolvido ou conhecem que estão produzindo bons resultados que podem ser consideradas uma inovação neste campo. Descreva cada uma dessas novas práticas e indique onde podemos encontrá-la (e-mail ou outra forma de contato)”. Por fim, “Sugestões e comentários adicionais”.

Ao descreverem o que fazem no dia-a-dia, primeira questão, as(os) psicólogas(os) caracterizaram a população atendida e as ações específicas que realizam sozinhos e em equipe multidisciplinar. Dentre as tarefas cotidianas destas(es) profissionais, são realizados atendimentos individual ou grupal. Atuam ainda em situações de crise, em caráter de urgência,

atendendo usuárias/os nos CAPS, em hospitais ou indo às suas casas. Alguns profissionais também atuam produzindo reflexões e conhecimento sobre o trabalho em Psicologia através da publicação de artigos ou pesquisas, da divulgação do trabalho desenvolvido por variados meios de comunicação (jornais locais, rádios comunitárias, entre outros).

A análise dos desafios, segunda questão, foi realizada identificando os principais temas presentes nas respostas. Quase totalidade dos registros feitos pelas/os participantes da pesquisa, os desafios estão intimamente associados às dificuldades vividas no cotidiano. Foram apontadas questões políticas e administrativas, que se fizeram presentes quando falaram sobre: implementação das políticas públicas; especificidades locais; burocracia; a inexistência e implantação de rede de assistência integrada a esses serviços específicos de atenção em saúde mental e modos de lidar com os desafios políticos/administrativos. Houve relatos que se remeteram mais diretamente à instituição/local de trabalho em que as(os) psicólogas(os) atuavam, como espaço físico e recursos materiais; demanda e recursos humanos; as condições de trabalho; e modos de lidar com os desafios relativos à instituição/local de trabalho.

Os relatos sobre a formação e a prática profissional foram sobre: capacitação: formação e atualização; exercício profissional; saúde do trabalhador; e reconhecimento da profissão e/ou da(o) profissional. Sobre os modos de lidar com os desafios relativos à formação e a prática profissional, uma das principais estratégias adotadas para lidar com os déficits da formação profissional em Psicologia e com a ausência de capacitações nos locais de trabalho é a busca de cursos de especialização, de pós-graduação, a organização de grupos de estudos para que a equipe toda estude e discuta os princípios do movimento antimanicomial e a luta para conseguir a supervisão

3 - Informação verbal, são falas de psicólogas (os) e gestores atuante nos Centros de Atenção Psicossocial, coletadas nos grupos realizados pelos Conselhos Regionais, pesquisa qualitativa Crepop, de psicólogas (os) e gestores atuante nos Centros de Atenção Psicossocial.

institucional. Já os relatos sobre a relação com os usuários são indicados vários desafios relativos ao trabalho desenvolvido com os usuários e seus familiares e aos modos como estes se relacionam com as atividades propostas. Outro desafio muito presente nesta relação com o usuário é o de lidar com as dificuldades socioeconômicas dos usuários, e com sua adesão às atividades oferecidas. Por fim, nesta segunda questão, foram relatados os desafios do trabalho com outros profissionais. No CAPS o trabalho da(o) psicóloga(o) é realizado muitas vezes em conjunto com profissionais da equipe multiprofissional que compõe o CAPS e algumas vezes envolve o trabalho com profissionais de outros serviços e de outras áreas.

As respostas à questão três da pesquisa apresentavam três eixos argumentativos principais: “conheço novas práticas”; “não conheço novas práticas”; e “não há inovação”. Destaca-se que as respostas quanto a conhecer novas práticas na maioria das vezes, refere-se às experiências da/o própria/o profissional que participou, praticamente não havendo referências a outras/os.

Por fim, a questão quatro era um espaço aberto para comentários e sugestões, os registros feitos pelas/os participantes foi possível identificar que a maioria das respostas era relativa a sugestões dirigidas a diferentes interlocutores. Entre eles endereçadas principalmente a esfera governamental/ gestores públicos; universidades/ faculdades; e a outras/os profissionais da Psicologia que atuam em CAPS, que fogem ao alcance desta pesquisa. As sugestões ao Sistema Conselhos de Psicologia/Crepop foram de novas pesquisas que serão consideradas posteriormente.

Etapa Qualitativa – Reuniões Específicas (RE) e Grupos Fechados (GF):

As reuniões específicas e os grupos fechados têm objetivos diferentes. As reuniões específicas são abertas à participação de profissionais que atuam nos CAPS, gestores, estudantes/ estagiários, além das (os) psicólogas (os), e buscam discutir a situação do campo pesquisado em determinada região.

Diferentemente, os grupos fechados são compostos apenas por profissionais da psicologia que estão trabalhando em CAPS e têm por objetivo promover a discussão de temas mais específicos à realização do trabalho psicológico neste campo.

As Reuniões Específicas foram propostas pelo Crepop Nacional e organizadas localmente pelos CRPs. As reuniões foram orientadas a partir de roteiros previamente elaborados. É importante ressaltar que alguns CRPs se mostraram cientes da diferença entre o que foi solicitado/orientado e o que foi possível realizar. Um dos aspectos apontado, por técnicas/os dos CRPs, foi a dificuldade de contatar os profissionais dos CAPS:

Inicialmente, tentamos entrar em contato com a Coordenação de Saúde Mental – COSAM, através da Secretaria de Saúde, mas numa ida ao prédio da Secretaria onde antes funcionava, soubemos que a COSAM não funcionava mais lá. Depois de um tempo, soubemos que foi transferida para o local onde funciona o Instituto de Saúde Mental. (...) Quinze dias após, recebemos uma resposta com os contatos dos CAPS e solicitando que nos dirigíssemos diretamente à gerência do CAPS pedindo as informações sobre os psicólogos. Neste meio tempo, a técnica já havia entrado em contato com o Adolescentro, por já conhecer o pessoal que lá trabalha, e com o COMPP, por ser perto de sua residência. (CREPOP/CFP, 2007)³

Os resultados da pesquisa qualitativa identificaram que a implantação dos CAPS ocorria de maneira distinta nas diferentes regiões do Brasil, apontando que os principais problemas eram relativos à ausência de políticas locais (estaduais e municipais) e, conseqüentemente, de investimentos nos CAPS e nos equipamentos da rede de saúde mental, visto que, foram registrados relatos de que, em muitos locais, não existia uma rede de atenção à saúde mental ou, quando esta existia, não estava articulada adequadamente. A análise qualitativa dos dados apontou também para questões de inconsistência técnica diante das propostas da Política Nacional de Saúde Mental, como a permanência de um modelo de atenção centrado na figura do

médico; uma tensão entre uma abordagem psicossocial e uma abordagem estritamente clínica; e que em alguns lugares, as ações de saúde mental ainda estão restritas ao espaço do CAPS, assim, a forma como a política está estruturada acaba contribuindo para o “aprisionamento” das ações no interior da unidade.

“CAPS de interior é CAPS tudo(..) eu acho que é a grande barreira que vamos tentar ultrapassar, porque a história do psicólogo que tá fazendo só os grupos, isso tá relacionado à história das APACS. E no interior é muito complicado. A sobrevivência de CAPS é muito complexa” (...) “E outra coisa também é que os psicólogos e profissionais precisam fazer o trabalho extra muro. E esse trabalho significa não estar ali fazendo as oficinas e não estar necessariamente gerando uma APAC na verdade fazemos entender que esse é o trabalho mais importante do CAPS.” (CREPOP/CFP, 2007)

Sobre a prática profissional da(o) psicóloga(o), a análise dos dados demonstrou que, em geral, aparecem dificuldades de diversas ordens, desde a falta de profissionais, ausência de supervisão, falta de formação continuada, além da dificuldade de articular uma rede de referência na região para ampliar as possibilidades de cuidado com os usuários, para transformar o modelo de atenção às pessoas com sofrimento psíquico e garantir os princípios do SUS.

Nos relatos das reuniões foi evidenciado que em muitos locais não existe uma rede de atenção à saúde mental ou esta não está articulada:

Na maioria das cidades/comunidades não existem serviços de reabilitação psicossocial, com os quais as equipes dos CAPS possam construir uma ação complementar; (...) O que existe em alguns locais são reuniões entre serviços da rede pública. Em geral setoriais, em poucos casos observa-se ações intersetoriais, mas que não chegam a funcionar como rede; (CREPOP/CFP, 2007)

Na ausência de uma rede articulada, quando há necessidade

de encaminhamento de algum usuário para outro tipo de serviço na área, uma estratégia utilizada para que isso ocorra se dá pelo conhecimento entre os profissionais das diferentes instituições:

Não há rede de referência articulada; os trabalhos em rede geralmente têm mais a ver com relações mais próximas (pessoais) entre o profissional do CAPS com outros, o que garante uma funcionalidade mínima da rede. A própria Coordenação de Saúde Mental do Estado não estimula nem oferece direção para esse tipo de trabalho, nem há relatos dessa atividade das secretarias municipais de saúde. (CREPOP/CFP, 2007)

Apareceram diversos problemas em relação ao espaço físico e à falta de infraestrutura:

As unidades representadas não possuem uma estrutura física adequada, há uma grande dificuldade em atender aos usuários devido ao espaço (não apropriado), o que muitas vezes impede de ser realizado um bom trabalho, inclusive nos trabalhos das oficinas. (CREPOP/CFP, 2007)

Em outra unidade o espaço físico do CAPS é compatível com a demanda, mas o que complica é que o ambulatório psiquiátrico funciona no mesmo lugar e em dias de atendimento complica um pouco. (CREPOP/CFP, 2007)

Muitas foram as queixas referentes à falta de recursos materiais. Esses englobam desde material de escritório, alimentação para os usuários, transporte para visitas domiciliares, até medicamentos:

Transporte para os usuários – entre as dificuldades materiais trazidas pelo grupo destacou-se a falta de transporte para os usuários. Faltam carros para realização das visitas e transportes coletivos para atividades extramuros realizadas pelo Caps. (CREPOP/CFP, 2007)

Os Grupos Fechados foram propostos buscando analisar as

especificidades do trabalho dos profissionais da Psicologia nos CAPS, nos modos de atuação e nos principais conflitos e dilemas vividos no cotidiano da prática profissional.

Os relatos indicam que de um modo geral as (os) psicólogas (os) desenvolvem uma multiplicidade de tarefas no contexto do CAPS e que há demandas tanto para atividades clínicas quanto psicossociais, como indica o relato:

Foi relatado, também, que, nos CAP's os/as profissionais de Psicologia desenvolvem as seguintes atividades: triagem, coordenação de grupo operativo, atendimento e acompanhamento individual (como técnico de referencia), encaminhamento para profissionais específicos, inclusive psicoterapeuta, atendimento à família, palestra para os usuários e família, tanto na própria instituição, CAPS, como nas comunidades de origem dos usuários. (atividade de caráter preventivo). Realizam também, reuniões técnicas (com a equipe de trabalho para discussão de admissões, altas e situações diversas), reuniões clínicas (com todas as equipes, com estudo, discussão de casos, informes e pontos de pauta), reuniões administrativas (abrange todos os funcionários a fim de tratar assuntos gerais), evolução de prontuários, visitas institucionais para estabelecer parceria e rede de apoio psicossocial, visitas a residência dos usuários, elaboração de laudos, organização e elaboração de eventos comemorativos com a participação dos técnicos, usuários e familiares, atendimento em situação de crise e supervisão de estagiários. Essas atividades são desenvolvidas tanto individualmente quanto em dupla ou em grupos com outros profissionais. (CREPOP/CFP, 2007)

Um aspecto que aparece em vários relatos é relativo à centralidade do trabalho em equipe e à importância da articulação dos diversos profissionais que compõem as equipes:

Lá a gente não tem esse negócio de 'é meu, é seu', lá a gente tenta trabalhar como equipe. (CREPOP/CFP, 2007)

A atuação multiprofissional é freqüente e valorizada, mas há alguma insegurança quanto a ações intersetoriais, principalmente relacionadas a diagnose. É comum, ainda iniciativas de planejamento conjunto das ações e de supervisão técnica, além de estudos de caso. (CREPOP/CFP, 2007)

Estamos aprendendo a fazer Psicologia dentro dos serviços, estamos aprendendo a trabalhar em equipe, porque até então a nossa prática profissional era muito mais aquela tradicional, em consultório, com hora marcada, com o seting terapêutico estabelecido. Para o CAPS nós vamos fazer as adequações de acordo com a realidade de cada oficina, levando-se em consideração a criatividade das pessoas, levando-se em consideração também o que está sendo trabalhado naquele momento. (CREPOP/CFP, 2007)

O trabalho em grupo no contexto do CAPS também foi muito valorizado nos relatos e para alguns este trabalho é um facilitador da ressocialização:

De acordo com os profissionais as potencialidades e possibilidades da Psicologia nos CAPS tratam-se da realização de atendimentos que priorizem o trabalho em grupo, buscando através destes atendimentos a ressocialização dos usuários e por meio das oficinas de geração de renda e reinserção no trabalho. (CREPOP/CFP, 2007)

Organização do Documento

O documento de referencias técnicas para a prática de psicólogas(os) no centro de atenção psicossocial - CAPS, está dividido da seguinte forma:

Eixo I – Dimensão Ético-Política das Políticas de Saúde Mental A proposta deste eixo é discutir aspectos da evolução das políticas de saúde e saúde mental no Brasil, como subsídio para uma melhor compreensão dos aspectos históricos que influenciaram a constituição do Sistema Único de Saúde e o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O eixo aborda

a temática Reforma Psiquiátrica como um marco histórico e conceitual de transformação na saúde mental, destacando a importância deste movimento para essa reestruturação das práticas de saúde no país.

Eixo II – Psicologia e Políticas Públicas de Saúde Mental: a necessária mudança de perspectiva

O objetivo deste eixo é buscar compreender a relação histórica da Psicologia com as Políticas Públicas de Saúde, especialmente no âmbito da Saúde Mental. Destaca-se destacando a inserção da Psicologia na Saúde Pública pelo mote do movimento da Reforma Psiquiátrica, valorizando este como balizador para a relação da Psicologia e a Saúde Mental. O eixo aborda ainda quais as teorias em Psicologia e Atenção à Saúde Mental se relacionam com as práticas das (os) Psicólogas(os) nos CAPS.

Eixo III – A Atuação da (o) Psicológica (o) na Política do CAPS

Preende-se neste eixo trazer à reflexão a atuação de psicólogas(os) nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, abordando o modo de fazer, a desinstitucionalização da prática e intervenção na cultura, a criação de lugares de tratamento e convívio entre diferentes, de realização de trocas simbólicas e culturais. O eixo também propõe a reflexão sobre os desafios da clínica no território e o confronto com as práticas da internação, abordando os lugares e as práticas que desconstruem, em seu fazer cotidiano.

Eixo IV – Gestão do Trabalho

O objetivo deste eixo é analisar as relações da Gestão dos Serviços e Processos de Trabalho nos CAPS a partir da implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde. O eixo retrata das ações de promoção, prevenção e recuperação na rede de serviços, nos diferentes níveis de gestão, refletindo sobre a necessidade de se garantir a perspectiva de uma gestão participativa.

No final, o documento apresenta uma lista de referências que clarificam e complementam questões abordadas no texto. Essas referências são importantes para embasar práticas e estudos além deste documento.



ILUSTRAÇÃO: JEFERSON RIBEIRO

EIXO I: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

EIXO I: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Considerações Sobre as Políticas de Saúde No Brasil

Esse eixo tem por objetivo discutir alguns aspectos da evolução das políticas de saúde e saúde mental no Brasil, como subsídio para uma melhor compreensão dos aspectos históricos que influenciaram a constituição do Sistema Único de Saúde e o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esse sistema se sustenta numa concepção de política pública na qual o Estado, entendido como Estado Democrático de Direito, se organiza para oferecer respostas aos problemas sociais, considerando os direitos sociais historicamente conquistados pela sociedade, dentre eles, aqueles relacionados à saúde.

No nosso país, a situação crítica no enfrentamento dos problemas de saúde da população impôs a necessidade de mudanças e desencadeou, a partir do final da década de 70, o processo da Reforma Sanitária, que culminou com a construção do Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988, no seu capítulo II que trata da Seguridade Social, especificamente na seção II que trata do direito à saúde - art. 196 a 200 (Brasil, 1988). A estruturação e a implementação desde então é um processo dinâmico e permanente. Concomitante a este processo, impulsionada pelo Movimento de Luta Antimanicomial, foi implementada uma nova política de Saúde Mental, com o foco prioritário na construção de uma rede substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos.

Vale destacar uma diferença: no campo da saúde pública, a saúde mental é o locus da Reforma Psiquiátrica, entretanto, há entre saúde mental e reforma psiquiátrica, diferenças significativas. Enquanto a primeira pode ser compreendida como inscrição de diferentes estratégias que visam a produção de algum modo de inclusão de questões subjetivas na produção de bem-estar e de saúde, alcançando a diferentes sujeitos e situações, por exemplo: atividades voltadas para o empoderamento de mulheres vítimas de processos de exclusão ou violência, crianças com dificuldades

de inserção escolar; a segunda, refere-se a um processo político de transformação da assistência pública ofertada aos portadores de sofrimento mental. Um processo crítico que propõe a superação do manicômio ou do hospital psiquiátrico como resposta às questões postas pela loucura, por meio da criação de novos lugares de tratamento – os serviços substitutivos, que se constituem como espaços de convívio, sociabilidade e cuidado e ferramentas de mudança da percepção social sobre a experiência da loucura e o cidadão em sofrimento mental.

Tanto a saúde mental quanto a reforma psiquiátrica, na resposta que dão à demanda social, correm sempre o risco de servir à normalização dos sujeitos, quando descuidam de questionar os discursos que em nome da boa saúde, propõe a anulação das diferenças, a produção da igualdade, não dos direitos, mas dos comportamentos, como saída exitosa de um tipo de tratamento.

De todo modo, é preciso reconhecer que o Ministério da Saúde fez uma priorização, por meio da política e do processo da Reforma Psiquiátrica, de atender a população com sofrimento mental com quadros clínicos mais graves, levando em conta os princípios da equidade do SUS. Considera-se que a saúde mental é um conceito muito mais abrangente e abarca uma série de outras pessoas com sofrimento mental que também merecem cuidados, bem como intervenções em diversos projetos da saúde pública e outros projetos de políticas sociais. A construção das políticas de saúde no Brasil tem antecedentes históricos que merecem destaque. Apresentaremos a seguir alguns deles. Vale salientar que a sistematização que passa a ser apresentada está baseada na obra de alguns autores, aqui citados. A partir da leitura desses autores, fizemos uma divisão por períodos, resumindo o funcionamento da política de cada período. Enfatizamos que este trabalho não pretende ser uma extensa revisão bibliográfica sobre histórias de saúde pública no Brasil, mas situa alguns marcos importantes para uma contextualização básica acerca dos

4 - Sobre esses acontecimentos, ver filme “Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde” - Documentário do cineasta Renato Tapajós, lançado pelo Ministério da Saúde em 2006. Na verdade é uma versão atualizada de um filme de 1982.

serviços cujas referências para atuação são aqui apresentadas.

No Brasil Colonial, o arcabouço político-administrativo era marcado por estratégias de dominação entre os colonizadores e a população local, transformando as relações sociais, de trabalho e produção local até então existentes, numa relação de submissão da população da colônia às normas e gerenciamento do país colonizador. Segundo Somarriba (1984), nos séculos XVI e XVII, as ações de saúde eram quase inexistentes como ações estatais e existia um número irrisório de médicos. Práticas dos curandeiros, parteiras e afins eram predominantes em nossa sociedade. As primeiras ações de caráter mais coletivo foram feitas pelos senhores de engenho e tais ações eram dirigidas à mão-de-obra escrava. O aumento da demanda externa por produtos agrícolas, de um lado e, ao mesmo tempo a escassez de mão de obra, reduzida ao trabalho dos escravos nesse período, tornou interessante e necessário, para os senhores de engenho, curar e estender a vida de seus escravos. Algumas medidas foram tomadas de maneira mais homogêneas, como: proteção à mãe escrava e aos recém-nascidos, instalação de enfermarias e cuidados com a alimentação, vestuário e higiene nas grandes fazendas. Em relação à saúde mental, existiam algumas instituições, do tipo abrigos, que eram gerenciados pela Igreja Católica e que abrigavam os chamados loucos, muito embora, em grande parte, essas pessoas eram assimiladas e toleradas nas relações sociais cotidianas. Essa situação se estende até o período imperial, quando se instalam no Brasil as primeiras instituições hospitalares e o desenvolvimento de práticas científicas de saúde. A vinda da família real ao Brasil inaugura processos de desenvolvimento social, científico e econômico, de emergência de formação intelectual e de institucionalização antes não assistidos no país. Nesse momento, o Brasil é cenário de fortalecimento e incentivo ao pensamento científico e a todo aparato institucional de sua sustentação. A metrópole é aqui. Por isso, o Brasil é também cenário onde se instalam práticas higienistas nos centros urbanos em expansão e onde o pensamento eugênico ganha força a serviço da institucionalização de formas de pensar e de agir que respondam ao projeto emergente para

o país nesse momento. Nesse contexto e em plena política de higienização, em meados do século XIX, mais precisamente em 1852, ainda no Brasil imperial, foi criado pelo Estado o primeiro hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro, o Hospital Dom Pedro II.

Assim, é nesse contexto que o Brasil vai reeditar, num primeiro momento, em certa medida aquilo que representou nos países europeus ao longo do século XVII a grande internação, como prática de recolhimento daqueles que representam a desordem, a partir de um projeto de controle social. Gradativamente e com o desenvolvimento e o fortalecimento da presença do saber psiquiátrico e de outras ciências afins na organização da instituição médica recém inaugurada, essas práticas se especializam e ganham cada vez mais cientificidade, aprimorando-se diagnósticos e práticas médicas voltadas à cura da doença mental.

Analisando historicamente as políticas de saúde mental no Brasil, devemos considerar que, do ponto de vista das ações do Estado, a política de assistência para o chamado louco, durante muitos anos, se pautou pelo oferecimento à população de tratamento em Hospitais Psiquiátricos, manicômios ou hospícios. Sabe-se que essa oferta não se deu por acaso, mas estava, e ainda está, sustentada no chamado saber científico da psiquiatria, disciplina da Medicina que se constituiu de forma efetiva no final do século XIX e que ganhou através de Philippe Pinel, médico francês, o estatuto de ciência. A partir de então, a loucura passou a ser do domínio da medicina e a ser reconhecida como doença mental. Enquanto tal passou a ser tratada em instituições próprias e específicas, destinadas a esse fim. Dessa forma surgiu o manicômio ou hospital psiquiátrico, designado templo da loucura, mas, sobretudo, da ciência e graças a ele a psiquiatria criou corpo, enquanto especialidade. Essa história se repete, então, no Brasil. Foi no espaço dos hospícios que se criaram as primeiras gerações de psiquiatras brasileiros, quando ainda nem havia uma cátedra de psiquiatria nas faculdades de medicina. O manicômio, local onde a loucura deve-se desvelar para o conhecimento médico, representa a própria possibilidade de existência da psiquiatria.

Segundo Filho (1996), com a proclamação da República em 1889, surge a necessidade da criação de um estado-nação.

Isso, contudo, não destruiu as Oligarquias Regionais e nem os resquícios monarquistas centralizadores. Na Primeira Fase da República (1889-1930), a saúde teve como característica principal o caráter filantrópico e emergencial. A saúde pública é tratada como área específica e seus recursos destinados à assistência médico-hospitalar e ações coletivas de controle de epidemias .⁴

Do ponto de vista da saúde mental, o advento da República vai concretizar e intensificar a perspectiva citada acima de transformação da loucura em doença mental e, portanto, objeto de saber médico especializado. O Hospício Pedro II passa a se chamar Hospital Nacional de Alienados e é transformado em instituição pública em 1890. Sua natureza assistencial e seu caráter religioso perdem espaço para o caráter científico e para o projeto médico curativo orientado pela perspectiva da ciência positivista. Também em 1890 é criada a “Assistência Médica e Legal dos Alienados” para organização da assistência psiquiátrica no Brasil. Em 1903 temos a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados. Percebe-se a clara institucionalização e cientificização do tratamento à loucura no Brasil. Assistiu-se nesse período a participação da psiquiatria nas ações de saneamento e reorganização da vida urbana. Não à toa, vê-se crescer na população psiquiátrica em 31% o conjunto de estrangeiros. Além disso, destaca-se a implementação das colônias agrícolas como aperfeiçoamento dos hospícios e a expansão do projeto medicalizante. Ganham força as ideias de prevenção, profilaxia e higiene mental, apoiadas nas teorias das degenerescências, que preveem predisposições individuais hereditárias para as doenças mentais. É assim que a análise e o crivo moral adquirem caráter médico-científico de diagnóstico e que o projeto eugenista ganha legitimidade no país. Nessa perspectiva, é criada em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental. Assim, problemas sociais diversos e uma série de processos que representavam degradação moral são naturalizados e tem sua responsabilidade atribuída às suas vítimas, por meio das perspectivas e leituras biológicas, hereditárias e organicistas (Rosa, 2003). Na Segunda Fase da República (1930-1945), temos um Estado com características modernizadoras, sustentadas por uma coalizão não hegemônica,

composta de grupos de oligarquias e da burguesia emergente. A marca do governo foi de uma postura autoritária, instalando uma estrutura administrativa corporativa, sob o arcabouço político populista. Dois pontos merecem destaque no que tange à saúde (FILHO, 1996). O primeiro deles diz respeito ao fato da Constituição de 1934 ter definido as responsabilidades específicas do Estado no que se refere à legislação sobre normas de assistência social, às estatísticas de interesse coletivo, ao exercício das profissões liberais e técnico-científicas, aos cuidados com a saúde e assistência públicas, à fiscalização das leis sociais, às garantias na legislação trabalhista de assistência médica e sanitária aos trabalhadores e à gestante. Em relação ao segundo ponto que merece destaque, afirmamos a responsabilidade da União, Estados e Municípios no estímulo à educação eugênica, no amparo à maternidade e à infância, na adoção de medidas legislativas e administrativas, no compromisso com a restrição da mortalidade e morbidade infantis e na determinação de ações de higiene social, para impedir a propagação de doenças transmissíveis. Nesse contexto, foi proposto o cuidado da higiene mental e houve incentivo à luta contra os venenos sociais.

Do ponto de vista da assistência psiquiátrica, é promulgada em 1934 a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. A internação psiquiátrica é reforçada como principal meio de tratamento, assim como o poder do psiquiatra na direção dos serviços. A Lei também é responsável por afirmar, parcial ou totalmente, a suspensão da cidadania do doente mental. Ainda como marca da nova perspectiva em relação ao papel do Estado na gestão da saúde, a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais é responsável pela federalização da assistência psiquiátrica no Brasil nos anos de 1940. (ROSA, 2003)

Na Terceira Fase da República (1946-1964) destaca-se a Constituição de 1946. A partir dela, a União faz a organização da defesa permanente contra as grandes endemias, começa a legislar sobre seguros e previdência social, promove a defesa e proteção da saúde, legisla sobre o exercício das profissões,

assegura a autonomia dos municípios quanto à organização de alguns serviços públicos locais (sem especificar os serviços de saúde) e determina a assistência obrigatória à maternidade, à infância e à adolescência. Essa Constituição também estipulou vencimentos integrais na aposentadoria de trabalhadores vitimados por acidentes ou moléstias profissionais contagiosas ou incuráveis.

Em relação à assistência psiquiátrica, é preciso afirmar a existência, nesse momento, de experiências de contestação em relação ao modelo hegemônico até então existente. O trabalho de Nise da Silveira (1905-1999) que, no hospital de Engenho de Dentro no Rio de Janeiro, produz uma importante tensão e contestação claramente marcada na criação da Seção de Terapêutica Ocupacional (que deu origem ao Museu de Imagens do Inconsciente) tem como mérito a crítica permanente à redução do sujeito à doença e a possibilidade de dar voz, expressão, circulação e estabelecer relação a partir dos sentidos e significados escondidos e sufocados pelo tratamento psiquiátrico. Destaca-se também a experiência anterior de Ulysses Pernambuco (1892-1943) que atuando em Recife ampliou a organização assistencial para serviços abertos e ambulatoriais, opondo-se à visão organicista e enfatizando fatores psicológicos e sociais como determinantes dos processos psíquicos. Apesar disso, as críticas então formuladas em relação aos modelos de assistência não foram suficientes para sua reversão. A partir de 1950, Institutos de Aposentadoria e Pensões incorporam internação psiquiátrica em sua cobertura assistencial, utilizando-se principalmente da rede hospitalar privada. A partir da metade da década de 1950, a disponibilidade das drogas psicotrópicas no mercado e a necessidade de reparação de mão de obra para o desenvolvimento capitalista vão tensionar a alteração das estruturas asilares. (ROSA, 2003).

Na Quarta Fase Republicana (1964-1985), o país esteve sob o regime de Ditadura Militar e as possibilidades de avanços para

5 - Produtos expressivos deste período, como a reportagem: “Nos porões da loucura” (Nas décadas de 1970/1980), de Hiram Firmino e o filme “Em nome da razão” (1979), de Helvécio Ratton, chocaram a opinião pública.

o setor de saúde obtidos no período anterior sofrem um recuo significativo. As políticas refletidas nas legislações sobre a saúde pública têm caráter discriminatório, de natureza vaga e evolução lenta. A Constituição de 1967 não imprimiu na Carta Magna o direito à saúde como inerente à cidadania e o dever do Estado na garantia do seu gozo. Ao contrário, a assistência médica apenas foi garantida aos trabalhadores e dependentes vinculados ao sistema previdenciário, criando uma situação de pré-cidadania para os demais brasileiros quanto ao direito à saúde. Destaque-se que na Constituição de 1967 foi feita a organização da polícia federal para o combate ao tráfico de entorpecentes; essa mesma Constituição determinou a competência da União para estabelecer planos nacionais de saúde e celebrar tratados e convênios com os Estados estrangeiros e organizações internacionais, além de permitir a colaboração entre entidades religiosas e o Estado. Assegurou, ainda, a autonomia municipal quanto à organização dos serviços públicos locais. (FILHO, 1996).

Como decorrência, do ponto de vista da assistência psiquiátrica a grande herança desse período é a privatização dos serviços com características clientelistas e a constituição da chamada indústria da loucura. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social estende aos trabalhadores segurados do sistema e seus dependentes a assistência psiquiátrica. Esses são remetidos aos hospitais da rede privada por meio da contratação de seus leitos psiquiátricos. Os leitos privados passam a crescer dez vezes mais que os leitos públicos. O perfil social da população psiquiátrica cresce em trabalhadores previdenciários urbanos acometidos por sofrimentos decorrentes das condições de trabalho impostas pelo desenvolvimento econômico, o que altera também o perfil nosológico dessa população, que passa a ser constituída por diagnósticos como neuroses e alcoolismos, numa reedição da psiquiatrização de problemas sociais. A perspectiva preventista se instala com força, exigindo uma reformulação da assistência psiquiátrica que vai apontar para ambulatorização da assistência e redução de custos com hospitais psiquiátricos, sem, contudo, uma diminuição efetiva no financiamento das internações psiquiátricas. Assim, chegamos a um quadro de polarização entre

a rede hospitalar psiquiátrica e os serviços ambulatoriais pontuais, sem um efetivo questionamento da concepção que orientava os modelos de tratamento. (ROSA, 2003)

Desta forma, em síntese, em relação à assistência psiquiátrica, desde o final dos anos 1950, o Brasil acumulava uma grave situação nos hospitais psiquiátricos: superlotação; deficiência de pessoal; maus-tratos grosseiros; falta de vestuário e de alimentação; péssimas condições físicas; cuidados técnicos escassos. Como vimos, a partir do golpe militar de 1964, até os anos 1970, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura”. No final dos anos 1980, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados, conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras outras alternativas de assistência – mesmo as mais simples, como o atendimento ambulatorial.

Também é preciso citar que se estabeleceu a divisão entre uma assistência destinada aos indigentes – recebidos pela rede pública – e outra aos previdenciários e seus dependentes – encaminhados aos hospitais privados conveniados. De qualquer forma, as condições dos hospitais, privados ou públicos, continuava extremamente precária. Além disso, o poder público não exercia qualquer controle efetivo da justificativa, da qualidade e da duração das internações. Diversos vídeos, documentários, livros, publicações denunciam essa situação em relação à violação de direitos e à situação degradante dos hospitais psiquiátricos.⁵

O Brasil ingressa na Quinta Fase Republicana com uma enorme efervescência de movimentos sociais, questionando a ausência do Estado na formulação e na garantia de políticas de saúde a sua população. No que tange à saúde pública, a sociedade se dividia entre aqueles trabalhadores formais com carteira assinada que tinham garantia de assistência médica e um grande contingente

da população sem direito a assistência.

Assim, na Quinta Fase da República (1986-período atual), com o fim da ditadura, passamos à construção do Estado Democrático de Direito. É nessa fase que temos o fortalecimento e visibilidade social do Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Vale destacar que o Movimento de Reforma Sanitária inicia-se no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, com recuo no período da ditadura, ganhando força novamente no final dos anos 1970. A partir desse Movimento, a abordagem dos problemas de saúde se constitui como a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social que, ao olhar para o processo saúde-doença, aponta para os problemas estruturais no Brasil. Esse movimento ocorreu no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Universidades Federais do Brasil - DMPS. Os DMPS:

[...] foram a base na qual se desenvolveram a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias, produção essa, frequentemente articulada com os modelos experimentais de organização da prática médica, quer para efeito de demonstração, quer para finalidade didáticas (DONNAGELO 1993, p. 26)

Paralelo a esse movimento, nos interiores das periferias metropolitanas, principalmente na cidade de São Paulo, as donas de casa, juntamente com a igreja, estavam se reunindo para discutir as condições e agravos de saúde da comunidade, nas chamadas “comunidades eclesiais de base”.

Portanto, os anos de 1970 são anos de denúncias e críticas. Diversos segmentos sociais se organizaram nessa época, ao longo do processo de redemocratização do país. Nesse contexto, segundo César Campos (2006) (MINAS GERAIS, 2006), “o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental começou a tomar corpo: trabalhadores da área se organizaram, apontando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica do país e propondo formas de trabalho que pudessem romper com esse

modelo.”

A verdadeira força de sustentação exercida pelo manicômio não estava em produzir resultados terapêuticos, mas sim de exclusão social, de exclusão física, bem como de exclusão em relação ao universo da cidadania. Não sendo o louco um cidadão, sustentava-se todo tipo de violência contra o mesmo. Com a abertura política que começa a dar visibilidade à luta dos movimentos sociais, buscou-se a implementação do regime democrático, possibilitando que, no setor da saúde mental, os trabalhadores se manifestassem junto à sociedade sobre a assistência psiquiátrica brasileira. Começa então a se desencadear no Brasil, principalmente na Região Sudeste, uma série de congressos, seminários e debates sobre o tema. O mesmo aconteceu de forma geral em relação à assistência à saúde como um todo através do movimento de Reforma Sanitária. Assim, o final dessa década foi marcado por uma série de denúncias públicas feitas pelos trabalhadores de saúde mental em relação às péssimas condições a que estavam submetidos os portadores de sofrimento mental internados nos manicômios.

Em Minas Gerais, aconteceu também nesse período, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria - 1979, que contou com a participação de dois atores importantíssimos que iriam influenciar de maneira decisiva os corações e mentes de centenas de profissionais que atuavam neste setor: a presença do psiquiatra italiano Franco Basaglia e do sociólogo francês Robert Castel. Ambos estavam atuando na Europa juntamente com outros profissionais no sentido de mudar os rumos da assistência psiquiátrica, produzindo textos, estimulando discussões teóricas sobre a psiquiatria, seu papel, função e seus fundamentos filosóficos.

Instaurou-se a partir de então, uma série de debates e seminários sobre a realidade das instituições manicomiais. Era preciso modificar, reformular e, principalmente, humanizar os hospitais psiquiátricos. Gastou-se quase 10 anos em discussões, implementando programas que visavam a melhoria dessas instituições. Essas discussões foram extremamente necessárias a esse processo, mas faltava aos profissionais de saúde mental

uma maior clareza do real significado dessas instituições e de seu papel normalizador. O templo da loucura, bem como sua existência, permanecia inquestionável.

Em dezembro de 1987 aconteceu a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, São Paulo. Na ocasião, foi proposta uma radicalização do movimento de trabalhadores, a partir da constatação de que a humanização dos hospitais, com a criação de programas ambulatoriais (constituição de equipes de saúde mental em unidades básicas), não havia sido suficiente para dar conta de produzir uma relação diferente da sociedade com o fenômeno da loucura. Os loucos continuavam a ser internados e segregados do convívio social. Esse movimento se ampliou e passou a ser denominado de Movimento da Luta Antimanicomial. Desde então, o Movimento se instituiu como um ator e um interlocutor de fundamental importância para o Estado implementar políticas públicas que atendam realmente às necessidades das pessoas com sofrimento mental, criando condições para a sua inclusão social. Assim, em síntese, os marcos fundamentais desse período são:

• Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (junho/1986)

Marco político decisivo para os rumos da saúde pública do Brasil que apontou claramente para a construção do SUS – Sistema Único de Saúde, quando discutiu o conceito de saúde como direito fundamental da pessoa humana, a necessidade da construção de um sistema único de saúde e as bases de financiamento para o setor. Ressaltamos a importância da participação popular nessa conferência, representada pelos seus 5000 delegados.

• Constituição Federal (1988)

6 - A Declaração foi proclamada no dia 14 de Novembro de 1990 pela Conferência Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde. Essa Conferência foi convocada pela Organização Panamericana de Saúde e da Justiça, os Parlamentos e a Previdência Social, entre outros prestadores de serviços.

Conhecida como a “Constituição Cidadã”, garantiu o direito à saúde no Capítulo II – Seguridade Social. Nos seus artigos 196 a 200 são expressos os princípios que definem a saúde como direito de todos e dever do Estado.

• O Movimento de Luta Antimanicomial

Desde o final dos anos 70, vários trabalhadores estavam insatisfeitos e indignados com a “assistência” oferecida às pessoas com sofrimento mental do país. Para publicizar tal situação inúmeras denúncias na mídia, debates e seminários foram realizados no meio profissional, mas foi somente no final dos anos 1980, precisamente durante a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru-SP, que foi realizada uma profunda avaliação da situação da assistência psiquiátrica brasileira. Esta avaliação levou os profissionais a promoverem uma ruptura decisiva em relação à situação vigente, propondo mudanças aos princípios teóricos e éticos da assistência, e defenderem a radicalidade de uma utopia ativa “Por uma sociedade sem manicômios”, como norte para aqueles que decidiram fazer uma mudança na sociedade na sua relação com os chamados loucos. Fica colocado para aqueles que fizeram essa opção lutar contra todas as formas de opressão social na busca da sua superação. Esse congresso despertou sonhos e desejos de transformação efetiva das relações da sociedade com a loucura. Uma das invenções mais significativas deste movimento foi a criação do “18 de Maio” – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A proposta era de que nesse dia acontecesse em todo país a mobilização de núcleos, ONGs, associações e serviços públicos de saúde mental identificados com os princípios do movimento, fazendo circular no âmbito local, na mídia, na cultura, nas relações sociais as discussões sobre as políticas de saúde mental. Os profissionais, usuários, familiares e simpatizantes ao movimento vão as ruas manifestar, por meio de eventos culturais expressivos, a questão da loucura e sua relação com a sociedade. O rompimento com a cultura manicomial seria uma ação constante do Movimento, buscando e construindo

possibilidades de convívio com as diferenças, fazendo com que a sociedade entendesse que a diferença é algo que faz parte da sociedade.

É necessário considerar que a implantação de uma nova política de saúde mental no país sofreu a influência de acontecimentos importantes no campo da saúde como um todo. Já nos referimos às conquistas do movimento da Reforma Sanitária, que levou à reformulação da política de saúde expressa na VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual estabeleceu os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde Brasileiro. O conceito de saúde foi redefinido como sendo um direito inalienável das pessoas e que diz respeito à sua qualidade de vida, transcendendo, portanto, às doenças, estando muito mais relacionado com as condições gerais de existência, como moradia, saneamento básico, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. Sendo a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado, compete a este último a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) predominantemente público, descentralizando, hierarquizado, equânime, com a participação e controle da população na implantação das políticas de saúde e com a destinação adequada de recursos para o setor. As políticas de Saúde Mental estão submetidas a esses princípios e diretrizes, bem como sofrem pressões e influências de organismos internacionais. Assim, em 1990, a Declaração de Caracas⁶ estabeleceu a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, de forma a assegurar o seu desenvolvimento em benefício das populações da região. Em 17 de Dezembro de 1991, a Organização das Nações Unidas propôs em assembleia a proteção das pessoas portadoras de enfermidade mental e a melhoria da assistência.

Vemos, assim, que a experiência de Reforma Psiquiátrica brasileira não está isolada. Há, do ponto de vista mundial, uma revisão das formas de relação e tratamento dispensado à loucura, então concebida como doença mental, que influenciou o processo brasileiro e com o qual ele, então, passou a compor, guardando suas especificidades. Nesse sentido, cabe uma rápida revisão e destaque a pontos fundamentais de alguns processos de reformas psiquiátricas realizados na Europa e Estados Unidos

em torno da segunda metade do século XX.

Principalmente no final da Segunda Guerra Mundial, com o projeto de Reconstrução Nacional da Europa sob princípios democráticos, era necessário rever o funcionamento dos hospitais Psiquiátricos. Importante considerar o enorme contingente de pessoas jovens que estavam traumatizadas pelos efeitos da guerra e a necessidade de recuperá-las a fim de utilizar a força do seu trabalho no projeto de reconstrução dos países. A necessidade de implantar sistemas de saúde e a existência de uma vontade coletiva de rever valores, de reconstruir as sociedades sob bases e princípios de liberdade e de solidariedade levaram a implantação de sistemas sanitários e a necessidade de revisão do funcionamento dos hospícios. Assim, há um conjunto de movimentos, experiências e processos de Reforma Psiquiátrica vivenciados principalmente em países europeus, que produzirão uma revisão das formas de tratamento da loucura e da organização da assistência psiquiátrica. Citemos alguns deles:

- Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor (França)

Segundo Desviat (1999), a diretriz do modelo assistencial da Psicoterapia Institucional é a manutenção da instituição psiquiátrica, a partir da sua radical transformação. A sua existência não está em questão, pois o que faz a instituição ser um manicômio são as relações, práticas e lógicas que se estabelecem na assistência prestada aos internos. Nesta lógica, todos estão doentes e a instituição deve ser tratada em seu conjunto, alterando-se radicalmente as relações estabelecidas, de modo a horizontalizá-las e transformar a instituição de cuidado num espaço de produção de liberdade, de participação, de acolhimento das diferenças, de valorização de cada sujeito.

Do ponto de vista sanitário, a França adotou a territorialização e a setorização da assistência, permitindo um melhor conhecimento da população, o que propicia a elaboração de programas de saúde num processo de maior aproximação entre os profissionais e os usuários. É a chamada Psiquiatria de Setor. Outro princípio do modelo é a ideia de continuidade de tratamento ou seja, uma

mesma equipe deve se encarregar do paciente nos diferentes serviços e momentos do tratamento, desde a prevenção até a cura e a pós cura, tendo como base e referência para o acompanhamento o território a que pertence. O objetivo desse modelo é de se evitar que o hospital psiquiátrico seja o centro da atenção a saúde mental, devendo o usuário ser prioritariamente tratado nos serviços extra-hospitalares.

- As comunidades terapêuticas no sistema de saúde da Grã-Bretanha

O funcionamento dos hospitais psiquiátricos como comunidades terapêuticas foi uma experiência predominante nos países anglo-saxões. Nas comunidades terapêuticas, a responsabilidade pelo tratamento não é apenas do corpo técnico, mas também de outros integrantes da comunidade, inclusive e principalmente dos usuários. Nestas instituições pressupõe-se a criação de um ambiente de co-responsabilidade entre todos que estejam na comunidade. O modelo de saúde anglo-saxão também previu a implantação de serviços de saúde mental diário com a criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Um ponto fundamental desse modelo é a garantia de continuidade do tratamento pelo médico de saúde da família. Também nesse modelo a mesma equipe de saúde mental atendia às demandas ambulatoriais e hospitalares nos diferentes recursos da área, fossem de pacientes crônicos ou agudos. O sistema de saúde inglês é dividido em regiões e cada região se divide em áreas. (COOPER, 1992; DESVIAT pag.37).

- Psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA)

É de conhecimento de todos que o sistema de saúde americano não é universal e tão pouco se constitui como um direito de todos e dever do estado. Os americanos têm o seu sistema de saúde ainda hoje dominado pelas seguradoras. No entanto, a saúde pública se ocupa de dois programas naquele país. O primeiro

direcionado para os pobres e ao tratamento das tuberculosas, de portadores de doenças venéreas, de usuários de álcool e outras drogas e ao atendimento à saúde mental; o segundo é o programa de proteção pública contra os riscos ambientais (DESVIAT, 1999). Nos anos 1960, o governo Kennedy, criou os centros de saúde mental, que tinham dentre os seus objetivos a garantia de acesso e de informações adequadas à população alvo sobre a existência e as características dos diferentes programas, a gratuidade, a ênfase na prevenção de doenças e a responsabilização do governo pelo doente e sua família. Esses centros deveriam proporcionar atendimentos de emergência e a hospitalização dos usuários 24 horas por dia, todos os dias da semana, as consultas externas e a educação da comunidade. Também foram implantados programas de atenção infantil, casas de transição, programas para os usuários de álcool e outras drogas e o sistema de avaliação. No entanto, esta política governamental não teve êxito, pois os centros estavam sem o suporte de um sistema nacional de saúde pública e foram implantados em número insuficiente para a demanda existente (DESVIAT, 1999).

Do ponto de vista conceitual, a psiquiatria americana foi marcada pelas ideias de prevenção de Gerald Kaplan, que consistia num conceito de prevenção em saúde mental articulado em três níveis. O nível primário consistia em se intervir nas condições individuais e ambientais de formação da doença mental; o segundo nível ocupava-se do diagnóstico precoce das doenças mentais; e o terceiro nível referia-se à readaptação do usuário à vida social após o seu momento de crise e conseqüente melhora. O recurso à internação psiquiátrica apenas ocorria quando esgotadas outras possibilidades de tratamento e apenas por curtos períodos de tempo (DESVIAT, 1999, pag. 60 a 61).

• A Psiquiatria democrática italiana

A implantação do modelo italiano tem na figura do psiquiatra Franco Basaglia e de outros psiquiatras que integraram o seu grupo, como Franco Rotelli, a construção de uma nova realidade para a psiquiatria, colocando em questão a existência

da instituição psiquiátrica no centro da discussão do processo de reforma por entendê-la como uma instituição de violência e violadora permanente dos direitos humanos e de cidadania. O modelo italiano de assistência também pressupõe o modelo territorializado, com a superação gradativa dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços de saúde mental cujo funcionamento é integrado dentro do território, prevendo que uma mesma equipe de saúde mental deve fazer desde as visitas domiciliares e demais acompanhamento do paciente em todos os seus momentos. O projeto essencial é devolver aos sujeitos sua condição de cidadania e participação social.

Todos esses modelos apresentam alguns pontos em comum que merecem destaque, tais como:

- Os modelos se desenvolveram de maneira desigual dentro de cada país conforme cada região.
- Regiões onde se tem uma gama diferenciada de serviços de saúde mental e projetos efetivos de reinserção social demonstram que é possível prescindir dos hospitais psiquiátricos.
- Evidenciam necessidade de investimentos de recursos financeiros e a firme decisão dos grupos condutores da política em se fazer a reforma com clareza dos princípios conceituais e éticos que possibilitem efetivamente que os usuários de saúde mental possam se tratar em liberdade e ter uma existência digna, com seus direitos humanos respeitados.
- Guardada as devidas diferenças entre os modelos, fica claro que todos buscam diminuir ou prescindir do hospital psiquiátrico como centro do tratamento.
- As reformas psiquiátricas evoluem melhor quando realizadas juntamente com as reformas sanitárias de cada país.

- Os processos de reforma psiquiátrica estão inseridos nos contextos sociais e políticos de cada país e sofrem os reflexos das políticas mais amplas dos governos em relação à constituição de seus sistemas de saúde.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil

- O processo de mudança no campo da assistência em saúde mental que temos assistido no Brasil nos últimos anos, conhecido como Reforma Psiquiátrica, apresenta uma enorme complexidade, seja no campo político, assistencial ou cultural a que está referida. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem antecedentes históricos distantes e múltiplos, que estão ao mesmo tempo vinculados a movimentos sociais, experiências de assistência e transformação de marcos teóricos e conceituais relativos ao campo. No geral e considerando a pluralidade que constitui essa trajetória, temos como marca comum um processo no qual, em vários países do mundo, e inclusive no Brasil, trabalhadores da saúde mental se posicionaram contra as condições de vida e a forma excludente e desumana de atenção a que estavam submetidas as pessoas portadoras de sofrimento mental. A reforma psiquiátrica brasileira sofreu e sofre a influência de todos os processos de reforma acima citados e apresenta também suas particularidades de acordo com a diversidade política cultural brasileira. Nossa reforma é influenciada pelos princípios conceituais de importantes autores da Europa e Estados Unidos, mas também sofremos a influência da produção recente de inúmeros profissionais de saúde mental de diferentes pontos do país que constroem no cotidiano de seu trabalho referências importantes que compõem a nossa extensa rede nacional de saúde mental, conforme buscamos elencar ao final desse trabalho. De todo modo, é importante considerar que em cada país esse processo se deu a partir das condições objetivas e concretas configuradas. No Brasil, como vimos, a instituição do SUS é referência fundamental para organização da Política de Saúde Mental, posto que é

nesse Sistema que ela se realiza. Considerando o processo no qual esse se tornou possível, a produção de uma série de marcos legais influíram decisivamente na implantação da reforma psiquiátrica brasileira. Assim, passamos a citar marcos essenciais para a consolidação e institucionalização da Reforma Psiquiátrica como política de saúde mental no Brasil: a I Conferencia Nacional de Saúde Mental (1987). A realização desta conferência, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, já citada anteriormente, foi um momento importante de discussão da construção de novas políticas assistenciais, de uma nova legislação psiquiátrica e da cidadania enquanto um eixo orientador destas discussões. Nesta conferência aconteceu uma reunião “paralela”, que deu origem ao Encontro de Bauru.

- Encontro de Bauru (1987). Criação do movimento da Luta Antimanicomial com uma utopia ativa “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”. Criação do dia 18 de Maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial.
- Lei 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Esta lei entrou em vigor em 19 de Setembro de 1990. A partir dela foi definida a responsabilização da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com as atribuições de elaborar as normas para regular as ações e serviços de Saúde executados isoladamente ou em conjunto por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado. Começou-se a estruturar o Sistema Único de Saúde.
- Lei 8142, 28 de Dezembro de 1990. Esta lei surgiu devido aos vetos que a Lei 8080/90 recebeu em relação à participação da comunidade (Artigo 11-vetado) e ao repasse direto de recursos (§§2º e 3º, do Art.33e § 5º Art.35-vetados). Com esta lei foi possível garantir a participação da

comunidade no controle e fiscalização do SUS, mediante a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, visto que estes dispositivos são de fundamental importância para o crescimento do SUS. Também foi disciplinada a transferência dos recursos arrecadados pela União para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

- Projeto de Lei Paulo Delgado (1989). Mecanismo importante para garantir a discussão por todo o território nacional da proposta de criação de uma lei com o objetivo de proteger, promover e melhorar a vida das pessoas com transtornos mentais, por serem particularmente pessoas vulneráveis e vítimas de abusos e violação dos seus direitos. O projeto refletiria uma sociedade que respeita e cuida de seu povo. A ideia de se fazer uma lei surgiu dos militantes da luta antimanicomial, com o apoio total de um parlamentar comprometido com um projeto de transformação nacional, o ex-deputado federal Paulo Delgado. A lei deveria ser um marco referencial para o desenvolvimento de políticas de saúde mental, para garantir atenção, tratamentos adequados e apropriados à proteção dos direitos de pessoas com transtornos mentais e a promoção de saúde mental das populações.
- Intervenção no Hospital Psiquiátrico “Anchieta” em Santos (1989). Marco decisivo para viabilização e a demonstração de que era possível prescindir do hospital psiquiátrico e realizar sua substituição efetiva por uma rede de serviços abertos de atenção contínua, orientados pelo respeito à cidadania dos usuários. A construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no município de Santos em São Paulo inspirou a criação em vários municípios do país de redes de saúde mental.
- II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). Marco de consolidação da participação dos usuários na conferência e aprofundamento das discussões a respeito das legislações, assistência e cidadania dos usuários. A III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) contou com

grande participação dos usuários e ampliou o debate sobre modelo assistencial, recursos humanos e financiamento. A IV Conferência Nacional Intersectorial de Saúde Mental foi conquistada pela Marcha dos Usuários a Brasília, em 2010.

- Encontro Nacional dos usuários. I Encontro Nacional em São Paulo (1991), II Encontro Nacional no Rio de Janeiro (1992), III Encontro Nacional em Santos (1993), IV Encontro Nacional em Goiânia (2000). Marcos da participação crescente de usuários e familiares no movimento da Luta Antimanicomial. Um dos resultados desses encontros foi a aprovação da carta de direitos e deveres dos usuários, no encontro de Santos.
- I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador (1993) - Marco de consolidação de um movimento social de abrangência nacional com a participação de profissionais, usuários e familiares. No encontro houve a definição do processo organizativo do movimento e o importante espaço de troca de experiências antimanicomiais de todo país. O movimento realiza ainda, o II Encontro Nacional em Betim/MG (1995), III Encontro Nacional em Porto Alegre/RS (1997), IV Encontro Nacional em Paripueira/AL (1999), V Encontro Nacional em Miguel Pereira/RJ (2001). Que deram origem a dois movimentos: MLA– Movimento da Luta Antimanicomial e a RENILA– Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.
- A Lei 10216 de 06/04/2001. Esta Lei foi fruto de um longo trabalho no Congresso Nacional a partir do projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado, acima citado. Em todo período de sua tramitação houve inúmeras discussões, debates, seminários, no Congresso Nacional e por todo país, tendo finalmente sido aprovada uma legislação que, embora não se expresse com a determinação do projeto original em relação à efetiva extinção dos hospitais psiquiátricos, aponta para a reorientação do modelo assistencial e garante direitos humanos mínimos aos portadores de sofrimento mental.

Apesar de termos, com a nova Constituição, uma legislação inovadora e progressista, com diretrizes para a criação de políticas fortes, ainda não alteramos significativamente as desigualdades sociais para a efetiva criação de uma sociedade mais justa e igualitária no que tange principalmente ao acesso e garantia de qualidade das políticas públicas. Os direitos sociais ainda estão sendo tratados por áreas ou setores segmentados. Apesar dos avanços de uma Constituição que instituiu a seguridade social, afirmando saúde, previdência e assistência como áreas integradas de proteção social e exigindo a garantia de proteção a riscos que podem atingir indistintamente todos os cidadãos, o que se vê atualmente são setores que funcionam ainda de maneira fragmentada. Embora cada área tenha por diretriz a descentralização de suas ações, ainda funcionam de maneira vertical em todos os níveis de governo.

Os reflexos dessas formas de estruturação de políticas públicas aparecem cotidianamente nos serviços ofertados às populações, especialmente aos grupos que necessitam de formas e estratégias de proteção que requerem ações transversais e integradas, especialmente os portadores de sofrimento mental, usuários de álcool e outras drogas, idosos, crianças e adolescentes e outros grupos vulneráveis de nossa sociedade.

Como foi visto anteriormente, o processo de construção das políticas de saúde no Brasil vem de um longo período, marcado por um permanente tensionamento entre os anseios da sociedade na conquista e garantia de seus direitos e a própria organização e direção política do Estado Brasileiro.

O direito à saúde é um dos pilares na constituição de uma sociedade mais justa e democrática. Efetivá-lo significa ir além dos serviços assistenciais sanitários. Saúde é um conceito que expressa um processo complexo e a garantia de seu direito revela essa complexidade também na medida em que se torna necessária a construção de políticas específicas no interior da política pública de saúde, como é o caso da política de saúde mental.

A conquista da saúde como direito de todos e política pública estatal é, ao mesmo tempo, ainda uma luta. Inúmeras resistências

se reapresentam a cada momento sob novos desenhos. As atuais tendências e o fortalecimento efetivo da perspectiva da privatização, na medida em que se realiza em gestões concretas, explicitam dificuldades de avançar o SUS, de realizar a qualidade da assistência, de constituir redes, de fazer concretizar os princípios da atenção integral e do controle social. Embora afirmada como direito, na construção das políticas locais de saúde, estaduais e municipais, assistiu-se uma enorme diversidade, com a existência de gestões que resistem à implementação de uma rede pública de saúde e de políticas sociais intersetoriais, o que se desdobra em inúmeras dificuldades na assistência prestada pelos trabalhadores nos serviços existentes. No campo da saúde mental, embora exista um redirecionamento e ampliação dos recursos para o setor, existe um constante tensionamento em torno da inversão da lógica do modelo assistencial hospitalar para a implantação de um modelo assistencial aberto e comunitário. A construção da rede de serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossociais - CAPS, Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Núcleos de Trabalhos Cooperados, leitos em hospitais gerais, consultórios de rua, atenção à saúde mental na atenção básica) tem sido implementada por inúmeros municípios como novos espaços assistenciais, que objetivam pôr fim ao silenciamento e à exclusão que milhares de pessoas trazem do chamado “tratamento nos hospitais psiquiátricos”. Contudo, há municípios e estados que ainda encontram fortes resistências e gestões que insistem em retomar e fortalecer antigos modelos e perspectivas, fazendo, por exemplo, coexistir o hospital psiquiátrico, sucateando a rede substitutiva, ou (re) investindo em modelos ambulatoriais.

O objetivo maior desses novos serviços e da rede substitutiva é acolher e resgatar a subjetividade de cada um e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes relacionais e de convivência social. A implantação de um modelo psicossocial implica numa mudança de concepção acerca das pessoas com sofrimento mental e na busca de saídas e construção de estratégias em diversos campos que fazem conexão direta ou indiretamente com o campo da saúde mental, para fazer caber entre nós aquilo que

muitos consideram não ter cabimento: a loucura.

Esse desafio é especialmente complexo nos dias atuais, dado o momento delicado pelo qual passa o Sistema Único de Saúde – SUS: as forças contrárias ao sistema se unem buscando a sua privatização, aliados aos tecnocratas do próprio sistema que cedem a essas pressões. Isso coloca em risco uma conquista histórica do povo brasileiro: ter a saúde como um direito inalienável e inequívoco.



ILUSTRAÇÃO: JEFERSON RIBEIRO

EIXO II – PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: A NECESSÁRIA MUDANÇA DE PERSPECTIVA

EIXO II – PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: A NECESSÁRIA MUDANÇA DE PERSPECTIVA

História da Psicologia e sua Relação com as Políticas Públicas de Saúde / Saúde Mental

As mudanças que se desenvolveram no Brasil a partir do final do século XIX, relativas principalmente às transformações econômicas, de organização social e seus desdobramentos no campo cultural, foram de fundamental importância para a expansão do saber psicológico nas áreas da saúde, da educação e do trabalho. O crescimento do processo de urbanização e industrialização do país e o agravamento de problemas sociais enfrentados demandaram respostas que viriam a se concretizar com a presença da Psicologia e de outras disciplinas subsidiando os processos de administração científica do trabalho, da saúde e da educação. (ANTUNES, 2001)

Coincidente com esse processo, vemos surgir nesse momento os primeiros hospícios brasileiros, como resposta às demandas de organização social impulsionadas pelo progresso e as novas configurações do cenário brasileiro. Nesse contexto, “(...) a medicina higiênica – como a medicina mental – vai constituir um discurso sobre todas as instâncias da vida, invadindo as esferas das relações pessoais para moldá-las segundo os propósitos da ordem e da disciplina urbana” (CUNHA, 1986, p.35).

Os hospícios representarão, então, uma forma de manejo da população considerada resíduos improdutivos e de uma enorme massa de sujeitos que não respondiam às exigências de contratualidade das novas formas de organização da vida social. No interior dos hospícios e de instituições médicas correlatas, o desenvolvimento e a expansão dos conhecimentos psicológicos representavam a contribuição da Psicologia como ciência afim à Psiquiatria. A Psicologia subsidiava não apenas as finalidades de higienização social, como apontava para um conjunto de práticas clínicas, de origem profilática e direcionadas aos sujeitos considerados normais (ANTUNES, 2001).

Sem dúvida, essa direção não representava a totalidade de práticas psicológicas destinadas aos chamados loucos, alienados, ou doentes mentais. Perspectivas contra-hegemônicas, num primeiro momento claramente orientadas pelas contribuições da Psicanálise, apresentavam-se na direção de resgatar as singularidades, os sentidos e as trajetórias expressas nas experiências tomadas e reduzidas pelo saber médico-psicológico como doença.

No século seguinte o desenvolvimento da Psicologia como ciência, a expansão do seu ensino em diferentes cursos e seus desdobramentos em práticas de intervenção como resposta a demandas da sociedade brasileira naquele momento levaram à regulamentação da profissão, que se deu em 1962. A profissionalização da Psicologia e a perspectiva da formação superior como possibilidade de ascensão para as camadas médias da população levaram ao aumento do número de cursos e da procura de estudantes para os mesmos. “Em 1975, vamos assistir a um verdadeiro boom de psicólogas(os) e de escolas de Psicologia” (BOCK, 1999, p. 75). Além disso, é preciso considerar que a institucionalização da profissão, por meio da criação legal dos Conselhos de Psicologia em 1971, e ainda sua organização em associações e sociedades extra-universitárias tem um papel importante na consolidação da profissão. Ao lado dos Conselhos profissionais, outras entidades e associações organizativas da Psicologia vão se constituindo, representando processo importante para o crescimento e o reconhecimento da profissão. O resultado desse processo pode ser claramente observado hoje, numa Psicologia que conta com cerca de 220 mil profissionais inscritos ativos no Sistema Conselhos de Psicologia e com um conjunto de entidades relativas ao campo sindical, ao campo da formação e ainda outras tantas relativas a áreas específicas de atuação e produção de conhecimento em Psicologia.

O crescimento da profissão e sua frágil incorporação no mercado formal de trabalho, assim como a tradição de formação presente nos cursos, caracterizará a Psicologia da década de 1970, cujas marcas ainda estão fortemente presentes na profissão. Segundo Bock (1999), as(os) psicólogas(os) brasileiras(os) concentram

sua atuação no campo da clínica privada, desenvolvendo uma prática elitista e descolada do movimento histórico do país. É apenas a partir da década de 1980 que, por meio de movimentos encabeçados inicialmente pelas entidades organizativas da categoria, a profissão começa a pautar pontos relativos às possibilidades de respostas da Psicologia às urgências das lutas sociais travadas na direção da democratização da sociedade e da promoção da justiça social. É assim que as(os) psicólogas(os), talvez mais claramente algumas de suas entidades organizativas, passam a se implicar em processos como a luta por melhores condições de trabalho, as necessidades de políticas de proteção integral às crianças e adolescentes, a luta por uma política pública de saúde universal e integral, dentre outros. A Psicologia passa a ter em sua pauta as graves desigualdades da sociedade brasileira e a promoção de políticas de proteção e garantia de direitos sociais.

É nesse momento histórico que as(os) profissionais psicólogas(os) participam ativamente dos movimentos pela Reforma Sanitária no país, citados no capítulo anterior, essenciais para a futura instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo em que também nesse momento há uma importante participação da categoria no Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, que em 1987 se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial, com a participação de usuários, familiares e da sociedade civil organizada, como vimos anteriormente.

Segundo De Oliveira Silva (2003), o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) forjado nas jornadas antiditatoriais dos fins dos anos de 1970 foi uma das fontes que ofereceu bases e referências políticas iniciais para que, anos depois, pudesse se reaglutinar o polo crítico da saúde mental no Brasil, a partir do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

A existência de um movimento social, plural e democrático nas bases instituídas desde 1993 pelo Movimento Antimanicomial, com seus espaços plenários nacionais, com suas campanhas, com suas potencialidades enquanto espaços de expressão pessoal, coloca-se, evidentemente, como uma importante referência de

desenvolvimento de aprendizagem para todos os que nele se envolvem: usuários, técnicos e familiares. Afinal de contas, é nesse microcosmo social que se exercita até as últimas consequências (ou pelo menos deveria ser assim) o experimento que propomos a toda a sociedade e que consiste em admitir e garantir a convivência plural de loucos e de supostos normais (DE OLIVEIRA SILVA, 2003, p.97)

Em função de todo esse processo de envolvimento da Psicologia com a garantia de direitos e com as ações necessárias diante do acirramento das desigualdades na sociedade brasileira, com especial destaque ao seu compromisso com a garantia da promoção e da atenção integral à saúde como política pública, assistiu-se ao longo das décadas que se sucedem a um significativo crescimento da presença das (os) psicólogas (os) nas políticas públicas, em especial nas políticas públicas de saúde.

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo em 1981 apontava que nesse Estado, dos 20.000 psicólogos inscritos, 66% atuavam na profissão, dos quais 45% trabalhavam como autônomos e 57% concentravam-se na área clínica. As demais áreas de atuação indicadas pela categoria eram a Psicologia Organizacional e a Psicologia Escolar, que respectivamente concentravam a atuação de 21% e 12% da categoria. Apenas 4% dos psicólogos desenvolviam suas atividades no serviço público. (Bock, 1999). No ano de 1988, a pesquisa “Quem é o Psicólogo Brasileiro” indicava que no Brasil cerca de 40% da categoria concentrava sua atividade na área Clínica, aparecendo ainda como áreas de atuação o campo Organizacional e Escolar, concentrando 17% e 7% das atividades profissionais, respectivamente. Há uma frágil presença em atividades de docência e pesquisa (5%), mas a incipiente participação dos psicólogos em um novo campo de trabalho, indicado como área comunitária e concentrando a atuação de cerca de 2% da categoria. A atualização da mesma pesquisa no ano de 2009 indica que, apesar da permanência de pouco mais de 50% da categoria na atividade clínica, na sua imensa maioria desenvolvida de forma privada e autônoma, há uma expansão

de áreas de atuação da categoria e uma maior presença da Psicologia nas políticas públicas, especialmente no campo da saúde. Segundo dados da pesquisa, 17% da categoria tem como sua principal área de atuação o campo organizacional/institucional e 11% desenvolve suas atividades principalmente na área educacional, refletindo ainda a história de inserção e institucionalização da Psicologia na sociedade brasileira. As atividades de docência, pesquisa, psicologia jurídica e outras não especificadas aparecem como principais para 7% da categoria. 11% da categoria indica como principal área de atuação na Psicologia políticas públicas de saúde, segurança e educação. Indica a pesquisa que, excetuando-se cerca da metade da categoria que desenvolve suas atividades profissionais como autônomos, o setor público caracteriza-se hoje como o maior empregador (dos psicólogos empregados, 40,3% estão no setor público, 24,4% em empresas e organizações privadas e 35,3% em organizações sem fins lucrativos), sendo a maior concentração na saúde pública.

Recente levantamento realizado pelo Conselho Federal de Psicologia indica que temos hoje: 29.212 psicólogos atuando no SUS; 20.463 psicólogos atuando no SUAS (CENSO SUAS, 2011); 1.103 psicólogas(os) atuando no Judiciário.

Assim, há nas últimas duas décadas e desde a instituição do Sistema Único de Saúde uma importante ampliação da presença de psicólogos nas políticas públicas de saúde e uma importante implicação da categoria com a garantia do direito à atenção integral à saúde, por meio de sua participação nas lutas e no trabalho cotidiano do SUS. Do mesmo modo, é significativa a participação dos trabalhadores psicólogos na reorientação do modelo de assistência em saúde mental na saúde pública, levando a uma reconstrução dos compromissos e das práticas tradicionalmente acumuladas e desenvolvidas pela profissão.

A Inserção da Psicologia na Saúde Pública e na Reforma Psiquiátrica

O campo de fenômenos para o qual se orientam as políticas públicas de saúde e de saúde mental desde a instituição do SUS apresenta-se como processo social complexo. O objeto deixa de ser a doença ou a doença mental como processo natural ou abstrato e converte-se no conjunto de condições concretas de existência da população, seus determinantes nos processos saúde-doença, suas expressões em experiências de sofrimento de sujeitos singulares. Assim, os profissionais que desde a instituição do SUS passam a compor as equipes dos diversos serviços da rede de atenção à saúde estão orientados para intervenções que representem transformações sob o território, compreendido não apenas como espaço físico, com suas características e condições próprias, mas como campo de relações, de vínculos e de modos e formas de organização da vida produzidas pelos homens que nele habitam. Como resultado, do ponto de vista da construção histórica dos conhecimentos e práticas no campo das ciências e profissões da saúde, fomos forçados a um redirecionamento, que se coloca no sentido da exigência da produção de estratégias que respondam às diretrizes do Sistema Único de Saúde e, no caso da saúde mental, à política de Reforma Psiquiátrica desenvolvida no âmbito do SUS.

Portanto, a significativa inserção dos psicólogos no Sistema Único de Saúde e nos serviços de saúde mental do SUS, impulsionados pelo projeto antimanicomial forjado desde um movimento social, produziu um redirecionamento da Psicologia, ao lado de outras profissões da saúde, em relação à sua tradição histórica relativa às orientações éticas, teóricas e metodológicas.

O transtorno mental, tomado como situação limite de um processo social complexo e problemático, que se expressa e se constitui como sofrimento na experiência de sujeitos singulares, força a definição de uma nova forma de atuação para a Clínica, exigindo transformações metodológicas e tecnológicas para o atendimento em saúde mental. Os transtornos mentais graves

com que lidam essa clínica são, antes de serem tomados como uma patologia, portanto, doença mental, tomados como processos complexos, que implicam a trajetória de vida de sujeitos singulares em condições objetivas e concretas de existência.

É bem verdade que a análise histórica da constituição dos dispositivos do saber e das práticas psiquiátricas nos mostra que o ponto de corte para a construção do comportamento bizarro ou desviante como alvo das intervenções psiquiátricas, sobretudo na geração das demandas de internações, situou-se antes em marcadores sociais do que em marcadores clínicos ou da sintomatologia estritamente psíquica. (DE OLIVEIRA SILVA, 2009, p.41). A esse respeito, a obra de Cunha (1986) é de especial valia, na medida em que, ao analisar os prontuários das pessoas internadas no hospício do Juquery, um dos primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros, na primeira metade do século XX, evidencia como os crivos para a construção dos diagnósticos e para a determinação das medidas de internação e tratamento estão, antes de tudo, no desvio social do comportamento, quando não nas expressões culturais ou físicas próprias de uma raça. Vale citar alguns exemplos:

(...) Frequentou o colégio, onde aprendeu a ler e escrever. Não consta que houvesse padecido de moléstias graves. Foi sempre um pouco débil de constituição, como de regra sucede com os mestiços entre nós. Por morte de seu progenitor é que começa a sua história mental propriamente dita. Usufruindo pequeno rendimento de herança, entregue a si mesma, começou a revelar-se incapaz de gerir seus bens, que dissipava sem conta (...). Um pouco mais tarde, sua conduta entrou a manifestar singularidades. Certa vez, comprou trajes masculinos e saiu a viajar nesse estado. Foi reconhecida como mulher e presa pela polícia (...). Achamos, pelo exposto, que se trata de uma degenerada fraca de espírito em que se vai instalando pouco a pouco a demência - Prontuário, Antonia P. de A., 22 anos, parda, solteira, procedente da capital, internada em 22-6-1918. (CUNHA, 1986, p. 143) Os estigmas de degeneração física que apresenta são os comuns de sua raça: lábios grossos, nariz esborrachado,

seios enormes, pés chatos - Prontuário, Maria José, 22 anos, negra, internada em 12-3-1920. (CUNHA, 1986, p. 124)

O campo da Reforma Psiquiátrica ancora-se no reconhecimento de que o fato psíquico se inscreve, necessariamente, como fato social. No caso da loucura ou da psicose, como queiramos chamar, trata-se de um fato social significativo, a partir do qual emanam formas de gerenciamento historicamente produzidas no campo médico-sanitário como formas de agenciamento que são também sociais.

Somente quando os sintomas interferem na ordem social de forma relevante, o sujeito será inscrito no quadro do desvio psiquiátrico, sobretudo quando afetadas as suas qualidades de autoregulação, autonomia pessoal e/ou econômica ou de perturbação da ordem. Não que os elementos de alteração do funcionamento psíquico deixem de ser relevantes na definição da gravidade dos casos psiquiátricos, mas apenas quando essas alterações ultrapassam um certo patamar da crítica social, os encaminhamentos dos casos os direcionam na busca de ajuda e, mais especificamente, na demanda de internações. Portanto pode-se considerar que, nos casos denominados como “urgências psiquiátricas” e que demandam internações, ao lado dos seus componentes psíquicos, encontram-se envolvidos vultosos elementos de administração de situações sociais complexas que não são compatíveis com as simplificações analíticas e institucionais mormente encontradas na estruturação dos dispositivos clínicos tradicionalmente disponíveis. (DE OLIVEIRA SILVA, 2009, p.41).

Disso decorre uma nova direção de intervenção no campo da saúde mental, caracterizada pela perspectiva da atenção psicossocial, que se colocou como orientadora do desenvolvimento do projeto institucional dos CAPS, como dispositivos estratégicos da rede substitutiva de saúde mental. A atenção psicossocial aponta para a necessidade de produzir intervenções tendo em vista

as condições de existência de sujeitos concretos, intervenções complexas e individualizadas, que respondam à necessidade de cada caso e se orientem para as redes de relação e circulação dos indivíduos. Segundo autora, a perspectiva da atenção psicossocial aponta para o campo das práticas e intervenções profissionais em saúde mental, para o campo teórico-técnico relativo à definição do objeto dessa área e para uma perspectiva ético-política. Do ponto de vista do primeiro aspecto, a atenção psicossocial aponta para a necessidade de construir dispositivos e redes que representem a superação do modelo asilar, assim como intervenções que direcionem a assistência para as transformações necessárias nas configurações subjetivas e nos processos de produção social. Do ponto de vista teórico-conceitual, essa perspectiva exige a substituição da referência à doença mental e sua cura para uma leitura sobre a existência concreta dos sujeitos e seus sofrimentos. Finalmente, a orientação ético-política aponta para a construção permanente, dentro e fora dos serviços, da condição de cidadania daqueles historicamente invalidados nas relações sociais. Nas palavras de Oliveira Silva (2009, p.41):

Portanto o paradigma da clínica psicossocial das psicoses pretende devolver à clínica a condição de operar com a complexidade do seu objeto, manejando um conjunto heterodoxo de recursos e possibilidades que extrapolam os limites disciplinares, acadêmicos e/ou corporativos que, tradicionalmente, moldaram de forma reducionista os fenômenos sobre os quais pretende intervir, de modo a submetê-los às conveniências protocolares das instituições. (DE OLIVEIRA SILVA; 2009)

Essa perspectiva de linha de cuidados para as pessoas com transtornos mentais (que é também hoje uma perspectiva de orientação para o cuidado de outras doenças crônicas) pauta uma transformação importante às profissões no campo da assistência, marcadas tradicionalmente por uma forte vocação ambulatorial. Ela exigiu e exige do sistema de saúde e das profissões nele inseridas um processo longo e complexo de cuidados, orientados pela possibilidade da pessoa se apropriar do seu processo de

saúde e doença, conseguindo protagonizar novas formas de lidar com seu adoecimento e construir novas possibilidades de vida comunitária, familiar, novas formas de construção de relações afetivas, novos trânsitos em campos e espaços de trabalho. As posturas profissionais devem estar orientadas para essa finalidade. Desse modo, os psicólogos precisam construir novas leituras, que respondam a essas exigências. Leituras que tomem a psicopatologia compreendendo as questões sociais e culturais que a atravessam. O psicólogo necessita perceber as dificuldades relativas a cada território de convivência e os desafios postos na busca por direitos de cidadania das pessoas com as quais trabalha.

De certo modo, podemos dizer que os psicólogos tem como desafio a possibilidade de construir a crítica ao discurso médico e à perspectiva reducionista acerca da experiência da loucura. O desafio está posto como necessidade para o reconhecimento da dimensão cultural que atravessa a existência desses sujeitos e conforma suas subjetividades. Tal reconhecimento é essencial para resgatar a dimensão humana do fenômeno da loucura e a dimensão do sofrimento que atravessa essa experiência humana.

Desde uma perspectiva antropológica sobre o fenômeno da loucura, o trabalho do psicólogo incide menos sobre a cura de uma doença ou um sintoma e mais sobre a produção de subjetividades que, podemos dizer, devem se produzir como subjetividades inconformadas. Inconformadas no sentido da recusa à reprodução apática, homogênea e pasteurizada imposta pela sociedade moderna, por suas formas de controle, pela organização de suas relações de trabalho e pelos processos de sustentação do modo de produção vigente. Subjetividade é processo vivido e tecido a longo da trajetória do sujeito. Para ser insurgente, primeiro é preciso acolher no próprio corpo a sua inquietação e o seu traço de diferença. Os psicólogos, como outros trabalhadores dessa clínica, não produzem apenas intervenções técnicas, mas antes disso disponibilizam acolhimento para dar suporte à travessia que o outro deve construir em sua experiência como sujeito humano. Nessa travessia, cada um deve encontrar as condições e os lugares possíveis para a afirmação da sua diferença como valor

positivo. Isso representa a construção de coletivos responsáveis, que assumem posições na sociedade em nome de uma direção ético-política. A ética que queremos afirmar está pautada nos valores da igualdade de direitos e do respeito às diversidades e cabe aos profissionais, parceiros nesse empreendimento de tecer novas biografias e produzir novas subjetividades, o questionamento permanente acerca da direção da transformação que estão construindo na realidade por meio de sua atuação.

Teorias em Psicologia e Atenção à Saúde Mental

Nessa discussão, cabe a pergunta acerca de quais os referenciais teóricos no campo da Psicologia que, como orientadores desse trabalho, podem subsidiar os psicólogos na leitura e na prática de atenção psicossocial que estejam orientadas por esses princípios. A construção dessa nova perspectiva de intervenção e desse novo direcionamento na construção das políticas de saúde exige a sustentação de uma posição teórica frente ao fenômeno da loucura. Em relação ao debate relativo aos referenciais teóricos dos psicólogos no campo da atenção psicossocial, algumas reflexões preliminares de tornam necessárias.

A primeira delas diz respeito ao reconhecimento de que a produção do saber científico não é neutra e que, portanto, os conjuntos teóricos disponíveis expressam diferentes projetos de ciência, que apontam para distintos projetos de sociedade e, portanto, referenciam intervenções na direção desses projetos. Isso deve nos lançar, no campo da Psicologia, a um diálogo interrogante em relação aos compromissos e diretrizes que se desdobram dos diversos campos teóricos. Portanto, os referenciais que os psicólogos assumem e nos quais buscam referências para a orientação teórico-prática de seu trabalho, expressam que concepção de homem e sociedade e de que forma se comprometem com a transformação da realidade?

Outra reflexão importante diz respeito ao reconhecimento de que o fenômeno com o qual trabalhamos nos CAPS impõe embasamentos oriundos de diferentes campos do saber. Assim, a apreensão da complexidade do fenômeno com o qual se

trabalha, a loucura, requer, como já anunciado, uma leitura para além dos referenciais médico-sanitários e, portanto, é bem-vindo o diálogo com o campo da Sociologia, do Direito, da Filosofia, da Antropologia.

Não obstante essa pluralidade de leituras que podem construir nosso olhar, sem dúvida a construção do trabalho intensivo e cotidiano de cuidados busca ferramentas oriundas do campo teórico relativo à constituição da subjetividade, do psiquismo, do comportamento humano. A respeito disso, é preciso que os psicólogos tenham clareza do lugar da teoria na construção de seu trabalho profissional da rede substitutiva de saúde mental. É preciso reconhecermos que o campo de intervenção produzidos desde a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial não se fundou a partir de uma teoria ou de um conjunto teórico. Ao contrário disso, a busca ou a produção de conhecimentos teóricos que expressassem e subsidiassem esse trabalho se deu a reboque da construção cotidiana de práticas, a princípio orientada pelas diretrizes preconizadas pelo SUS, pela Reforma Psiquiátrica e pelo ideário Antimanicomial. Desse modo, os psicólogos devem reconhecer que o conhecimento teórico da Psicologia deve se colocar, diante de sua prática nos CAPS, como secundário, no sentido de que esse conhecimento deve estar a serviço e submetido ao referencial e às diretrizes orientadoras do processo da Reforma. Ou seja, é necessário perguntar se os referenciais adotados respondem à direção de uma ética inclusiva, libertária e que aponte para o respeito e a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental. Assim, é um campo ético que delimita os limites dos recursos teóricos e técnicos que podem ser tomados e disponibilizados para o trabalho nos CAPS.

Por isso, é necessário recusar referências que reduzem o sujeito à condição de objeto da investigação científica, assim como é preciso recusar perspectivas a partir das quais o saber científico tenha primazia sobre a garantia de direitos dos usuários. Também é preciso recusar teorias que apontem no sentido da normalização e da mera adaptação dos sujeitos. É necessário, no lugar disso, buscar referenciais que subsidiem a perspectiva de atuar para produzir saúde, transformar subjetividades e emancipar

os sujeitos. O referencial teórico deve ser capaz de responder a um projeto ético. Esse projeto ético está orientado para a possibilidade da convivência, da diversidade, da sustentação de diferentes existentes, garantida a condição de uma cidadania. A cidadania não é fazer do louco não louco, não é fazer do louco um sujeito de razão, mas é compreender um campo da cidadania constituído como espaço da pluralidade. A universalidade do acesso aos direitos deve comportar as singularidades.

A pesquisa realizada com os psicólogos que trabalham nos CAPS aponta para a utilização de uma pluralidade de referenciais teórico, técnicos e conceituais, com destaque às abordagens de base psicanalítica, abordagens a partir do referencial da Psicologia Social e abordagens de base comportamental. Não cabe apontar os campos epistemológicos, teóricos e conceituais que melhor respondem ou dialogam com os parâmetros éticos e as diretrizes do campo da Reforma Psiquiátrica, indicando ou limitando a princípio a utilização de determinados conjuntos teóricos. Mas é preciso afirmar o compromisso do profissional psicólogo se perguntar, na busca de referenciais teóricos no campo da Psicologia (considerando, sobretudo, sua construção histórica), que respostas esses referenciais lhe oferecem no encontro com a loucura, sua coerência com os princípios orientadores da Reforma e sua possibilidade de subsidiar as práticas da atenção psicossocial conforme afirmadas acima.

As Práticas das(os) Psicólogas(os) nos CAPS

Do mesmo modo que as teorias, os referenciais relativos às práticas e às técnicas desenvolvidas no serviço devem estar submetidos às diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica e a ética do projeto antimanicomial. A pesquisa realizada com os psicólogos apresenta um conjunto significativo de atividades como acolhimento, discussão de casos em equipe, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração de planos individuais de cuidado, grupos e oficinas, atividades dirigidas diretamente à reinserção social, dentre outras. No que tange ao destaque de práticas ou experiências inovadoras, apresentam-se estratégias

para aproximação do serviço aos usuários em regiões rurais, experiências de atividades em contato direto com a comunidade, oficinas com utilização de diferentes recursos (música, leitura e escrita, cuidados com corpo e beleza, informática), programas de geração de trabalho e economia solidária, dentre outros.

Novamente, não cabe a essas referências listar as práticas que devem ser desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS, nem tampouco um conjunto de intervenções que possam se caracterizar como práticas inovadoras. Salientamos, no lugar disso, que as práticas serão tanto mais exitosas quanto mais responderem às exigências e desafios de cada contexto, na direção da atenção psicossocial referenciada. Do mesmo modo, a inovação das práticas deve ter como critério a produção de respostas diante da necessidade de intervenções dos projetos terapêuticos individualizados e as condições de cada território. Sem dúvida, do ponto de vista das intervenções tradicionalmente consolidadas no campo da Psicologia, isso deverá representar uma reinvenção de práticas e de tecnologias de intervenção.

Pela relevância do seu lugar na orientação das práticas psicológicas e também na orientação das medidas de assistência em saúde mental, cabe uma reflexão final sobre a questão do diagnóstico e seu papel na construção das ações de atenção psicossocial e, portanto, na construção das intervenções nos CAPS. A prevalência do diagnóstico psicopatológico representa um reducionismo e, em última instância, a prevalência do discurso técnico, médico, científico e racional sobre a loucura. É a captura da lógica científica da normalidade que reduz a experiência da loucura à doença. Nessa perspectiva, o diagnóstico se apresenta como conclusão e descrição imutável da condição do sujeito, que aponta para a previsão de um destino.

Na clínica da saúde mental, os psicólogos devem construir diagnósticos que se apresentem como ponto de orientação num percurso a ser construído na história do sujeito. Ele deve significar a possibilidade, muito menos de responder sobre uma doença e muito mais de indicar as possibilidades de projetos a partir do que se identifica como um modo do sujeito atuar na vida, estabelecer relações e constituir sua experiência subjetiva.

Assim, a construção do diagnóstico deve apontar um dado da biografia do sujeito que ajude a pensar transformações possíveis nessa biografia. O diagnóstico não deve, por isso, ser buscado para responder ao psicólogo ou à equipe quem é o sujeito ou qual a sua doença, mas para apresentar dificuldades desse sujeito que apontem as possibilidades de assistência da equipe e do profissional na construção parceira de uma nova trajetória de vida.

Portanto, do ponto de vista do diagnóstico, das teorias e das referências de projetos de intervenção para a prática dos psicólogos nos CAPS, devemos nos orientar sempre pela indagação acerca de que a servem os recursos utilizados e se eles estão a serviço da atenção psicossocial orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial. Sem dúvida, essa reflexão levará os psicólogos à produção permanente de saberes e de práticas profissionais. Nesse sentido, podemos afirmar que o campo da atenção à saúde mental orientado por tais princípios pauta uma transformação necessária à própria Psicologia, considerada a tradição a partir da qual esta se produziu.



ILUSTRAÇÃO: JEFERSON RIBEIRO

EIXO III: A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NA POLÍTICA DO CAPS

EIXO III: A ATUAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) NA POLÍTICA DO CAPS

O modo de fazer: desinstitucionalização da prática e intervenção na cultura.

A Reforma Psiquiátrica, política pública do Estado brasileiro de cuidado com as pessoas de sofrimento mental, é, em sua concepção e proposta, muito mais que uma reforma da assistência pública em saúde mental. É, antes, e, sobretudo, um complexo processo de transformação assistencial e cultural que, ao deslocar o tratamento do espaço restrito e especializado de cuidado da loucura: o hospital psiquiátrico, para a cidade, que provoca mudanças no modo como a sociedade se relaciona com esta experiência. O que coloca, de saída, para todos os outros dispositivos inventados por esta política, a saber, os chamados serviços substitutivos, e os CAPS são um destes serviços, uma dupla missão: a de serem lugares de cuidado, sociabilidade e convívio da cidade com a loucura que a habita.

Lugares de tratamento e convívio entre diferentes, de realização de trocas simbólicas e culturais, enfim, lugares e práticas que desconstroem, em seu fazer cotidiano, uma arraigada cultura de exclusão, invalidação e silenciamento dos ditos loucos, ao promover intervenções no território que revelam possibilidades de encontro, geram conexões, questionam os preconceitos e fazem aparecer a novidade: a presença cidadã dos portadores de sofrimento mental.

Os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial - são uma das invenções deste processo que se articulam e ganham potência no pulsar da rede na qual se inserem, e cumprem, dentro da arquitetura aberta, livre e territorializada da reforma, um importante papel.

Cabe a este estratégico serviço a resposta pela atenção diária e intensiva às pessoas com sofrimento mental, oferecendo acolhimento, cuidado e suporte desde o momento mais grave _ a crise, senha de ingresso no manicômio, até a reconstrução dos laços com a vida. Materializando uma máxima psicanalítica,

cabe aos CAPS, suas equipes e recursos clínicos, não recuar frente à loucura ou ao sofrimento psíquico, tomando posição e se contrapondo à exclusão como método de tratamento, mas também oferecendo ao estrangeiro da razão (LIMA, 2002) hospitalidade, manejos criativos e singulares para fazer contorno à dor intensa e assegurar ao sujeito os direitos de um cidadão. Cabe ainda ao CAPS, a invenção, pretensão que contrariaria a lógica que o instituiu, contudo, é importante salientar que a clínica antimanicomial não é um fazer eclético, nem tampouco destituído de sentido. Ao contrário, a criação, a invenção desta nova prática de trato e relação com a loucura sustenta-se em princípios éticos claros e definidos. O direito à liberdade, o consentimento com o tratamento, o respeito à cidadania e aos direitos humanos, a participação do usuário no serviço; articulam-se aos conceitos de território, desinstitucionalização, porta aberta, vínculo, trabalho em equipe e em rede. Este conjunto formam os pontos de orientação que organizam e dão sentido ao cuidado nestes lugares.

A pergunta: o que se faz num lugar como este, como é o tratamento dentro de um CAPS, quais são os recursos terapêuticos adotados por esta prática de cuidado, questões sempre endereçadas à Reforma Psiquiátrica, é antecedida, portanto, por uma orientação ética que diz por que se faz assim e não de outro modo.

Tornou-se lugar comum a afirmação de que nos serviços substitutivos ocorre uma prática inventiva, desinstitucionalizadora. E isto é absolutamente verdadeiro. Nos novos serviços, nos CAPS, muito do que é feito, grande parte da experiência cotidiana de técnicos, usuários e familiares não encontra referência em nenhuma teoria ou disciplina. Não está previsto em nenhum manual de Psicologia ou qualquer outra disciplina e nem sempre se formaliza como saber teórico. *“Práticas que – é importante assinalar– ocorrem ao lado de, e convivem com intervenções absolutamente legitimadas e aceitas pelo saber técnico-científico”*. (Desinstitucionalização da prática e práticas da desinstitucionalização. Texto apresentado no Encontro Nacional “20 anos de Bauru” mimeo. Bauru, 2007. CFP). Ou seja, a invenção convive com a tradição, sempre balizada, contudo, por

uma ética: a da liberdade e do respeito às diferenças. Segue-se a tradição quando a mesma, suas prescrições e normas “*não se constituem em obstáculos à vida e ao direito humano*”.

Pode-se afirmar, portanto, que em essência a prática nos CAPS é um embate entre a tradição e a invenção, a construção do novo na negação do velho; ou ainda, a construção diária de outro paradigma para o cuidado com a loucura que insere entre seus recursos e como condição preliminar para o tratamento, a cidadania de quem é cuidado e de quem cuida. Uma relação de cuidado, onde nos dois polos – terapeuta/paciente, devemos sempre encontrar um cidadão.

A liberdade é um dos direitos de todo cidadão. E, para a Reforma Psiquiátrica, é o ponto de partida da clínica. O que é feito tem na liberdade sua causa e consequência. Cuidar em liberdade é, mais que uma máxima, uma diretriz. É posição que se traduz na prática e em sentidos variados. Inicia-se na supressão das grades, na eliminação dos espaços de isolamento e segregação, ou seja, na substituição da arquitetura da exclusão, para alcançar um ponto subjetivo e cidadão: o consentimento com o tratamento. Para tratar, rigorosamente, é necessário ser livre para decidir quando e porque tratar-se, sendo igualmente importante, para esta clínica, tratar sem trancar, tratar dentro da cidade, buscando os laços sociais, o fortalecimento ou a reconstrução das redes que sustentam a vida de cada usuário.

Liberdade e responsabilidade são, portanto, conceitos orientadores da prática clínica dos serviços substitutivos e dos CAPS, em particular. A responsabilidade foi problematizada pela reforma psiquiátrica e a grande novidade foi a introdução do reconhecimento da vontade e da responsabilidade na experiência da loucura. Ao modular a internação – artigo 4º da lei 10216 de 2001, dá a esta o estatuto de um recurso entre outros e não mais o recurso, a ser usado quando os demais houverem se esgotado. Deste modo, produziu um corte em relação às práticas de sequestro da loucura. Além disso, distinguiu a aplicação jurídica da terapêutica. No campo do tratamento, a internação pode se dar em acordo com a vontade do sujeito, voluntariamente, e em desacordo com seu querer, involuntariamente. E neste ponto

reside a novidade, a subversão: se o ato se faz contra a vontade de um sujeito, é porque há aí o reconhecimento da expressão de um querer, da capacidade de manifestar e decidir sobre sua vida e seus atos, mesmo que em crise ou surto. E visando minimizar os riscos de possíveis abusos da razão no uso do poder sobre a loucura, o responsável por este ato fica obrigado a prestar contas do mesmo, informando-o ao Ministério Público, instância convocada pela lei, a avaliar e decidir quanto a pertinência da decisão e os efeitos que provocou no exercício da cidadania do sujeito à mesma submetido. Este é o sentido dado pela Lei da Reforma Psiquiátrica a internação involuntária.

Completamente distinta é a internação compulsória. Nesta não há manifestação de vontade, mas imposição de pena. Aqui temos um ato jurídico, uma prescrição legal determinada por um juiz e decidida no curso de um processo e nunca fora dele.

O projeto antimanicomial é comumente compreendido como uma ética que apenas beneficia as pessoas com sofrimento mental.

Uma “leitura simplista e equivocada, que confunde direito com privilégio, dimensão que a luta antimanicomial jamais reivindicou para os ditos loucos. A defesa do direito à liberdade e a cidade para os portadores de sofrimento mental, reconhece a exclusão de que eles foram e ainda são vítimas e reclama o seu direito por cidadania por compreender que esta é uma condição preliminar para a clínica”. (SILVA, 2010, pg. 147)

Tratar em liberdade é não pressupor a reclusão como modo de tratar, subvertendo tanto a lógica quanto o pensamento clínicos. Abertas as portas, suprimidas as grades _ primeira tomada de decisão, outra mudança deve se operar. Faz-se necessário abandonar a posição de tutores dos loucos e da loucura, recusando, ainda, a condição de agentes da ordem, inventando ou descobrindo o novo lugar e função a ser exercida: o de parceiros da loucura.

Uma das máximas basaglianas ensina que é “preciso colocar entre parênteses a doença para encontrar o homem”. Deslocar o olhar da doença para o cidadão que sofre e para o sujeito que

se manifesta e assim se expressa é um giro na posição de quem cuida que possibilita desvelar, na manifestação do sofrimento, os sentidos ou significados que o mesmo revela ou expressa, mas também, as conexões e rupturas que põem em jogo.

O sofrimento psíquico ou a crise - sua expressão mais intensa - podem assim ser percebidos para além da dimensão psicopatológica. Entra em jogo aqui, a necessária escuta e o reconhecimento do sujeito e do laço social. Assim, temos a psicopatologia articulada à dimensão subjetiva e ao laço social. A crise do sujeito, ou o conflito que não encontrou lugar na subjetividade e por isso tornou-se insuportável e transbordou, precisa ser escutada naquilo que esta produz de tensionamento, ruptura ou conexão com os laços sociais. Mudando a abordagem, muda-se, também, a resposta. Não mais traduzida como senha para a perda da cidadania, a crise pode ser inscrita e tratada buscando a responsabilização possível, naquele momento e o consentimento do sujeito/cidadão com o tratamento. As intervenções, não mais exteriores e traduzidas pela razão, orientam-se pela palavra do sujeito.

Tomar a fala do louco como orientador da intervenção sobre seu sofrimento é uma novidade, uma ruptura com a institucionalização que culminou na consagração da loucura como sinônimo de doença mental e esvaziou esta experiência de sua verdade, tornando inócuo e destituído de sentido o seu dizer.

No meio do mundo sereno da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco; há de um lado, o homem de razão que delega para a loucura o médico, não autorizando, assim, relacionamento senão através da universalidade abstrata da doença... a linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, só pôde estabelecer-se sobre um tal silêncio. (FOUCAULT, pg. 153, 2002. Prefácio (folie et déraison) in Ditos e Escritos nº I. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise.

Neste ponto é preciso destacar outro importante conceito: o vínculo ou a transferência e um desdobramento ou efeito deste, a

referência. Mais que qualquer outro recurso, o que a prática nos CAPS revela de mais potente é que é o vínculo o recurso que melhor trata o sofrimento. É esta ferramenta, se quisermos assim nomear, que reveste todos os recursos disponíveis e possíveis de serem utilizados de sentido terapêutico e os tornam potentes na resposta. Assim, um remédio tem tanto valor de alívio quanto um simples passeio, ou uma festa, ou ainda, a conquista de condições dignas de vida, a elaboração ou a subjetivação da experiência do sofrimento e a construção de um saber sobre a mesma.

E aqui é preciso considerar as dimensões singular e coletiva dos vínculos. No plano micro, a importância do vínculo com um técnico específico e no coletivo ou macro, o vínculo com um serviço. A desconstrução do manicômio é também e de modo sensível, um processo de substituição de referências, de reendereço do pedido de resposta à dor, antes dirigido à instituição total, a lugares e sujeitos que assumem a responsabilidade ética de cuidar e funcionar como suporte para a vida de sujeitos/cidadãos vulneráveis e sempre em vias de exclusão social.

Não mais assentada sobre o princípio único da totalização e homogeneização, buscando respostas singulares e complexas, a prática nos CAPS assume o desafio de construir seu conhecimento na partilha dos saberes. Um trabalho, portanto, coletivo, feito a muitas mãos e fruto de diferentes perspectivas que se orienta pelo saber do louco e neste se baseia para desenhar o projeto de tratamento a ser ofertado. Sempre singular e distinto, na medida mesma da singularidade de cada experiência de sofrimento e do momento de vida de cada usuário, esta metodologia introduz na prática clínica um operador – o projeto terapêutico singular, que articula o sentido dos recursos colocados à disposição de cada um.

Bússola que orienta usuários e equipes no percurso pelo serviço e pela rede, o projeto terapêutico singular, articula os recursos colocados à disposição pela política, mas também aqueles que nos trazem cada usuário, seus familiares e suas referências. Instrumento mutável que busca responder às necessidades, naquele momento e para cada usuário, sendo ainda a expressão e o espaço de inscrição das soluções e estratégias criadas por

cada um na reconstrução de sua história e vida.

Para um, a permanência diária e hospitalidade noturna farão o contorno ao sofrimento; para outro, a oferta de uma ida ao cinema e ao teatro, a participação na assembleia e na festa; o medicamento e a terapia, a negociação e a acolhida dos familiares ou, a conquista de uma moradia, o acesso ao trabalho; e para todos a porta aberta que permite o acesso direto e no momento que uma questão fizer urgência e desorganizar o ritmo do viver, sem mediações e burocracias. O acesso ao serviço, à proteção e à palavra para fazer valer os direitos e a subjetividade.

Mas, a clínica dos CAPS distancia-se, e muito, da ideia corrente que referencia a percepção social acerca do fazer clínico. Ou seja, a clínica de um CAPS não se faz só de colóquios íntimos. Conjuga elaboração subjetiva e reabilitação no processo de construção da autonomia e da capacidade de cada usuário. Por isso, agrega à psicoterapia e ao medicamento, a potência de outros recursos e intervenções.

Oficinas, assembleias, permanência, hospitalidade, mediação das relações entre os sujeitos e seus familiares, suas referências e redes têm tanto valor quanto os recursos da ciência e da técnica. Tratar - para esta clínica, é construir as condições de liberdade e capacidade de se inserir na cidade, de fazer caber a diferença - sempre singular, no universal da cidadania, com cada usuário.

A clínica no território e o confronto com as verdades do manicômio.

As crônicas do cotidiano de um CAPS são repletas de cenas que demonstram, em ato, os sentidos da desinstitucionalização. O inusitado presente nas mesmas é efeito de uma aposta que desconstrói pontos de “verdade” da tradição. Por exemplo: a convocação à responsabilidade do sujeito não se dá pela imposição da autoridade, nem, apenas, no momento da recuperação da saúde. Passa, pela descoberta da lucidez e da capacidade de decisão, mesmo no momento da crise, o que joga por terra e desconstrói a crença de que a crise é momento onde a capacidade de decidir e responder por seus atos encontra-se

suspensa e o sujeito necessita, sempre, de tutela.

A necessidade do manicômio como resposta para alguns casos é hoje um dos argumentos que desafiam a capacidade criativa, criadora ética de um CAPS. Quase sempre os casos supostos como impossíveis para um CAPS apresentam maior fragilidade dos laços, ou uma situação de abandono e ausência de referências. Para estes, a prévia receita da exclusão.

A adequação do sujeito à norma, lembramos, não responde à sua necessidade singular. O manicômio, resposta da razão à loucura, apenas agudiza e torna mais miserável e indigna qualquer vida. Ou seja, não é solução, mas resposta simplista da racionalidade. Desconstruí-lo, em tais situações, requer e introduz no cuidado em saúde mental situações que extrapolam, transcendem o arsenal terapêutico, ou melhor, que enriquecem a clínica ao nesta introduzir as questões relativas à vida e não à doença.

No texto “Da instituição negada a instituição inventada”, Franco Roteli nos diz que a instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: “a doença”, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto “periculosidade”. Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade.

Deste modo, percebe-se que as ações/intervenções prioritárias na prática clínica dos CAPS não provêm da química nem da elaboração, importantes e necessárias, mas parte do conjunto de estratégias típicas da reabilitação psicossocial, que evidenciam a ausência de direitos, a desabilitação promovida pela institucionalização de um modo de vida doente e promovem, como forma de superar tais limites, o acesso ao campo dos

direitos e o exercício do protagonismo dos sujeitos, tecendo junto com este, redes de suporte e sustentação para seu modo próprio de experimentar o sofrimento e conduzir a vida.

Na perspectiva da desinstitucionalização as terapias – seja químicas ou psicoterápicas, são meros recursos de mediação num processo amplo de reconstrução dos modos de viver de cada sujeito.

Contudo, é preciso lembrar que como processo em curso, a prática dos CAPS e a ética libertária da reforma psiquiátrica convivem e se defrontam, cotidianamente, com os mitos da incapacidade, periculosidade, com os mandatos de tutela e exclusão, ou seja, com a lógica manicomial que interpela a Reforma Psiquiátrica e os CAPS na validade de sua resposta, mesmo frente à sensível inovação de sua prática e seus efeitos transformadores.

Um tema frequente e que angustia as equipes dos CAPS e demais serviços da rede substitutiva, a adesão ao tratamento revela, um dos limites da aposta da clínica antimanicomial: o consentimento com o tratamento. Operar de forma avessa à tradição exige criatividade, disposição e aposta nos efeitos subjetivos da implicação responsável de cada um com o sofrimento e o modo de tratá-lo. Tradicionalmente, a resposta seria dada, sem questionamentos, pelo polo da razão, ou seja, pela tradução dada pelo técnico à expressão do sofrimento. Na desinstitucionalização um giro se produzirá e aí, o que era simples, ou melhor, simplificado, torna-se complexo. Entra em cena o sujeito louco e sua responsabilidade.

Deste modo enquanto o sujeito que sofre não reconhece quem o cuida como recurso de alívio para sua dor, ainda que frequente ao serviço, mesmo que se mostre obediente à proposta de organização do tratamento, a eficácia deste percurso permanecerá reduzida. E o desenlace ou o abandono de um projeto de tratamento pode significar, entre outras coisas, um desencontro entre oferta e demanda, uma recusa ativa de quem é tratado à oferta que lhe é feita, ou ainda, a adoção de outra solução - às vezes construída no silêncio e na solidão subjetiva, que não coloca o usuário em conexão com o serviço.

A adesão ao tratamento ou sua ausência deve ser sempre problematizada no movimento e curso de uma história de tratamento, implicando a quem conduziu tratamento na tarefa e responsabilidade de buscar contornos que impliquem os envolvidos - usuários, familiares, equipes, gestores e a cidade, no compromisso com a vida, o cuidado e os direitos.

Uma clínica com tal nível de complexidade pede formação à altura. Formação acadêmica, mas, sobretudo, formação eticamente orientada para a liberdade, capaz, portanto, de refletir criticamente sobre o seu fazer, cujo desafio é

[...] fazer da teoria uma elaboração permanente, que sustente, sem conformar, uma prática clínica que, por sua vez, não perca de vista o compromisso terapêutico que a legitima. A indagação sobre a loucura a serviço do interesse pelos loucos. A busca da verdade a serviço da liberdade e da solidariedade. (BEZERRA,1992. pag.37.)

Franco Rotelli aponta que

[...] de alguma forma somente eles (os usuários) nos obrigam, se não fecharmos nossos olhos, a esta busca contínua por novas estratégias. São eles os nossos formadores. No momento em que aceitamos este papel de ser formados por eles, então finalmente começamos a entender alguma coisa do que fazemos e, neste momento, muda-se a relação, e até mesmo o nosso paciente percebe que algo mudou. (ROTELLI,2008 pag. 44)

Desinstitucionalizar a prática implica em abandonar o manicômio como causa, como sentido lógico que prescreve modos de vida limitados, anônimos e sem voz. E para isso não há manual ou código de conduta, mas há uma ética. A ética da liberdade. E há saber. Saber que quase nada se sabe e que o outro, o louco, pode e deve nos orientar quanto às possibilidades de saída para sua dor.

Trabalho em rede: uma resposta sempre complexa e necessária à desconstrução do manicômio.

A escolha da ideia de rede como modo de organizar os serviços toma como ponto de partida a negação da arquitetura rígida e hierárquica do manicômio, ou melhor, do sempre vertical e fechado hospital psiquiátrico, mesmo quando moderno e asséptico, propondo em seu lugar a instituição de estações de cuidado, de pontos de referência horizontais e abertos. Este é um dos sentidos.

Estar em rede também é estar em movimento. Nenhum dos dispositivos ou pontos de cuidado funciona fechado em si mesmo, e aumentam sua potência quando se articulam em rede. Guimarães Rosa definiu rede como “uma porção de buracos atados por pedaços de barbante”. Ou seja, malha aberta, com furos ou espaços para a criação de possibilidades. Mas ainda, malha na qual os usuários podem descansar sua loucura. Uma, entre as múltiplas redes que compõem a cidade, uma rede de saúde mental é ponto de ancoragem. É lugar de hospitalidade e fio que ajuda a construir laços com o outro.

Escolher a cidade como lócus da experiência clínica com psicóticos pede um trabalho em rede como condição para superar a totalização e a exclusão. Mais que um conjunto de serviços, a rede é, de modo muito sutil e sensível, aquilo que a anima, a pulsação do desejo de cada um dos sujeitos, protagonistas das cenas da desinstitucionalização.

É uma cidade igual a um sonho: tudo o que pode ser imaginado pode ser sonhado, mas mesmo o mais inesperado dos sonhos é um quebra-cabeças que esconde um desejo, ou então o seu oposto, um medo. As cidades, como os sonhos, são construídas por desejos e medos, ainda que o fio condutor de seu discurso seja secreto, que suas regras sejam absurdas, as suas perspectivas enganosas, e que todas as coisas escondam uma outra coisa. (CALVINO, 2002, p. 44)

Lugar da contradição, mas também das possibilidades de encontros e saídas, da tessitura de redes afetivas e materiais, entre outras, a cidade é a escolha ética da reforma psiquiátrica par inscrição e exercício da clínica cidadã do sofrimento psíquico. Como na Raíssa de Calvino pelo traçado das cidades correm fios invisíveis que ligam, por instantes, um sujeito a outro e no movimento de conexão e desconexão traçam formas mutantes. A cidade feliz contém seu avesso e assim sucessivamente, no movimento próprio do viver. Dialético, por isso, vivo; contraditório e real, eis o modo ético da prática clínica da reforma psiquiátrica revelado no espelho da cidade.



ILUSTRACÃO: JEFERSON RIBEIRO

EIXO IV – GESTÃO DO TRABALHO

EIXO IV – GESTÃO DO TRABALHO

Considerações sobre a Gestão dos Serviços e Processos de Trabalho nos CAPS

A implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde, das ações de promoção, prevenção e recuperação na rede de serviços que o constitui envolve vários níveis de gestão, dentre eles a gestão política, a gestão financeira e gestão de pessoas. Para o êxito e consolidação da política pública de saúde no SUS, é fundamental a garantia da perspectiva da gestão participativa. Isso implica a execução de uma gestão, por parte do profissional que ocupa o papel de gestor, que envolva a participação efetiva de todos os atores sociais no SUS. Dessa forma, é possível termos compromissos reais e garantirmos a continuidade e aprimoramento do Sistema Único de Saúde no nosso país.

Fazer a gestão significa estar numa posição dialogante com os diversos atores sociais, sejam eles favoráveis ou contrários ao SUS. O importante é buscar a construção de consensos coletivos, considerando todos os atores no processo, garantida a possibilidade de discussão e disputa dos diferentes projetos políticos por eles trazidos, afim de que a implementação das ações tenham caráter duradouro e sejam eficazes. As diretrizes e decisões firmadas nesse processo devem respeitar sempre os princípios constitucionais que regem o Sistema Único de Saúde. A gestão exige uma postura firme em relação aos princípios do SUS e ao mesmo tempo uma postura flexível na compreensão das inúmeras forças políticas que se apresentam na cena pública quando estamos implantando um determinado programa ou projeto de saúde.

O gestor de saúde sabe que os conflitos e as contradições fazem parte do cotidiano de seu trabalho. Orientados pelo compromisso de garantia do acesso ao direito à saúde, cabe ao gestor trabalhar esses conflitos e contradições, considerando que as ações próprias da clínica, da política e da gestão são indissociáveis.

Podemos citar inúmeros fatores que interferem na implantação de uma rede de serviços de saúde mental e de saúde geral:

- Atravessamentos políticos partidários, que revelam que a política de saúde ainda é uma política de governo e não de Estado;
- As diferentes concepções técnicas e teóricas dos trabalhadores do sistema;
- Falta efetiva de investimentos financeiros na consolidação do sistema, restringindo o acesso da população;
- Precarização das condições de trabalho;
- Pouca participação da sociedade no efetivo controle e fiscalização dos serviços;
- Falta de qualificação adequada dos profissionais de saúde para atuação no sistema, entre outras.

A diversidade sociopolítica, econômica e as particularidades de cada município influenciam diretamente na gestão, implantação dos serviços e na constituição das equipes de saúde mental no âmbito local. A própria realidade local impõe à equipe que reorganize seu processo de trabalho. Por exemplo, o processo de trabalho de um CAPS de uma cidade do Vale do Jequitinhonha não é o mesmo de uma equipe do CAPS de uma cidade grande e, por mais que os trabalhadores estejam capacitados técnica e politicamente em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica, o trabalho exigirá criatividade permanente, pois no cotidiano a equipe se depara com pessoas que vivem experiências específicas e, portanto, com especificidades na constituição da subjetividade.

Apesar de todas essas adversidades, inúmeras experiências desenvolvidas nos CAPS demonstram que é possível que pessoas com transtornos mentais graves se tratem em serviços abertos, substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Isto ocorre quando se realiza um trabalho em equipe, de forma articulada e integrada, quando os diferentes profissionais que compõem o CAPS se reúnem para discutir os casos clínicos, as dificuldades administrativas e políticas do serviço, quando compreendem

o papel e a função do serviço e se apropriam das diretrizes da Reforma, quando todos os trabalhadores possuem uma posição acolhedora no serviço, quando se tem uma gestão com clareza do significado do papel do CAPS na implantação do processo de Reforma Psiquiátrica.

Os Desafios da Gestão Cotidiana do Trabalho nos CAPS

O cotidiano dos serviços envolve momentos árduos para as equipes devido aos inúmeros e complexos desafios a serem enfrentados, tais como: infraestrutura inadequada; falta de apoio logístico (materiais de higienização, de escritório, medicamentos, transporte); falta de profissionais; entre outros. Inúmeras condições objetivas relacionadas à gestão do SUS atravessam o trabalho das equipes, restringindo sobremaneira as possibilidades de intervenções.

Também o conjunto de condições que caracterizam a sociedade brasileira se expressa como necessidades dos usuários e estão presentes no cotidiano do serviço. Questões como precariedade ou falta de moradia, falta de trabalho e conseqüentemente falta de recursos financeiros são trazidos para as equipes dos CAPS e demais serviços de saúde, gerando pontos de angústia, sensação de impotência nos trabalhadores. Apresentam-se nos serviços situações complexas a serem enfrentadas, até porque as necessidades demandadas pelos usuários do sistema são muito abrangentes diante da formação dos profissionais e seus diferentes olhares e fazeres no campo da saúde.

Diante desses desafios, alguns aspectos são fundamentais. O primeiro deles é relativo à forma ou método de gestão. O segundo é relativo aos princípios que a orientam. Em relação ao primeiro aspecto, é preciso considerar que três atores operam no campo da saúde pública e são de fundamental importância para o êxito do SUS, quais sejam: os gestores, os trabalhadores e os usuários. As alianças ou disputas entre eles, a garantia de espaços de discussão e deliberação, o reconhecimento do caráter indissociável do campo para o qual se orientam seus interesses, são essenciais para a conformação de um modelo

de atenção à saúde sustentado nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O modelo de atenção será definido a partir da maneira como esses três atores expressam suas intenções, lugares e desejos, dos espaços de força política que ocupam, do modo como se articulam no cenário e de suas acumulações. É desse campo de debates e embates que emerge a definição do modelo de atenção à saúde a ser desenvolvido e da forma de gestão das práticas institucionais e técnicas na rede de serviços. Em relação ao segundo aspecto, para o campo da saúde e da saúde mental em particular, os princípios que norteiam a gestão do trabalho são:

1) Trabalho em equipe

O trabalho nos CAPS deve ser feito por equipes multiprofissionais, com uma dimensão interdisciplinar. Na lida com o sofrimento mental, os profissionais dos diversos campos devem estar preparados para situações inusitadas, que demandarão intervenções que possibilitem a construção de redes personalizadas para cada cidadão que demanda o serviço. Isso exige a análise de situações e a produção de repostas à luz de diferentes conhecimentos e intervenções.

Para tanto, é necessária a valorização dos diversos olhares e práticas profissionais sobre o objeto (a saúde mental), deslocando o centro do saber médico (a psiquiatria) para outros campos do conhecimento. Do ponto de vista dos desdobramentos dessa prerrogativa na prática, os serviços de saúde mental devem realizar reuniões clínicas, discutir cada caso e depois fazer a construção do quadro clínico definindo as estratégias estabelecidas pela equipe para cada pessoa em tratamento no CAPS. Nesse caso, a responsabilidade pelo cuidado com o usuário passa a ser compartilhada pela equipe e não mais de um único profissional.

Neste sentido a equipe não pode organizar-se em torno do saber de uma determinada categoria profissional. Sabemos que, na trajetória histórica da atenção à saúde mental, as práticas e os conhecimentos da categoria médica colocaram-se como centrais na organização e definição das estratégias de cuidado. Diante

desse campo, os outros saberes e profissionais tinham meramente um papel auxiliar. Na lógica de cuidado que deve orientar a organização do trabalho e da atenção nos CAPS, nenhum saber em específico ocupa o centro, mas as contribuições relativas ao campo de conhecimento e prática das diversas profissões da saúde devem se colocar a serviço dos enfrentamentos necessários na condução e acompanhamento de cada caso. O trabalho em equipe é fundamental no sentido de compartilhar as dificuldades e buscar soluções coletivas para os problemas.

2) Atenção e cuidado integral ao sujeito

É essencial que os trabalhadores dos CAPS priorizem os casos de maior complexidade, que em geral envolvem questões sociais, fragilidade da rede de suporte social do sujeito em sofrimento, ausência de demanda de tratamento, não adesão aos tratamentos propostos, patologias e psicopatologias em outros membros da família. Estes desafios se constituem como tarefa e função dos trabalhadores do CAPS, no sentido de agenciar estratégias de cuidado exatamente por causa e para o enfrentamento da situação precária em que se encontra o sujeito em sofrimento, situação que é determinante fundamental desse mesmo sofrimento e da necessidade de atenção.

A dimensão cuidadora na produção de saúde deve ser incorporada ao processo de trabalho, que deve ter como objetivo principal a produção de atos de cuidado e de intervenções sociais visando à construção de autonomia nos usuários. É finalidade das intervenções clínicas, na perspectiva da clínica ampliada, a possibilidade do sujeito cuidar mais de si, desenvolver e agenciar estratégias e projetos de vida a partir de sua inserção e participação social e das condições impostas pelo manejo necessário do transtorno por ele vivido. Esta é a essência do trabalho em saúde mental: a construção permanente do sujeito na relação com a sociedade.

Sem dúvida, esse é um trabalho individual, a ser criado e tecido em parceria com cada sujeito e em função das especificidades de cada caso. Se em outros campos da saúde as chamadas

tecnologias encobrem essa necessidade e dão a falsa ilusão de que a saúde possa operar com uma lógica racional que prescindia do usuário, na saúde mental se impõe outra lógica de atenção, cuja demanda central como tecnologia são as relações. A primeira etapa deste processo é o acolhimento. Conforme referenda o Código de Ética Profissional do Psicólogo, se faz necessário contemplar a diversidade que configura o exercício da profissão e a crescente inserção do psicólogo em contextos institucionais e em equipes multiprofissionais, e estimular reflexões que considerem a profissão como um todo e não em suas práticas particulares, uma vez que os principais dilemas éticos não se restringem a práticas específicas e surgem em quaisquer contextos de atuação. (CFP, 2005)

3) Acolhimento e referência

Quando um usuário demanda um serviço de saúde em geral ou um serviço de saúde mental, dirigindo-se a um trabalhador de uma unidade de saúde, para além da necessidade de cuidado esse cidadão está exercendo o seu direito. Assim, é compromisso do serviço de saúde responder a este usuário, dando a cada um as respostas adequadas para a sua demanda. Isto exige uma postura acolhedora de todos os trabalhadores e gestores. Acolhimento é pilar para o avanço do SUS e conseqüentemente da Reforma Psiquiátrica.

Contudo, definitivamente, acolhimento efetivo depende da responsabilização da equipe sobre os usuários. Isso requer, por sua vez, discussões constantes de projetos coletivos entre os membros das equipes por meio de uma interlocução permanente com os gestores e usuários. Quando isso não ocorre os serviços de saúde aumentam o grau de burocratização de seu funcionamento, o acesso da população se torna mais difícil, os jogos de poder entre os três atores se acirram e o resultado é sempre negativo.

O acolhimento no CAPS deve ser feito por um profissional de nível superior da equipe, que poderá necessitar de apoio imediato de outro profissional, ou deverá ele próprio tomar as primeiras decisões quanto às condutas a serem adotadas. Neste momento,

é muito importante uma escuta atenta em relação às demandas trazidas pelos usuários.

Provavelmente o profissional da equipe de saúde mental que acolherá o usuário será o seu Técnico de Referência. O técnico de referência é responsável pela condução do caso, pela elaboração de estratégias de construção do vínculo do usuário com o serviço e por traçar as linhas do seu projeto terapêutico individual, definindo com ele a frequência e caracterização dos atendimentos e do comparecimento ao serviço. Também esse técnico deverá traçar as necessidades e assumir responsabilidade sobre os contatos com a família e com outras pessoas de seu espaço social sempre que necessário. Ou seja, ele deve construir o percurso do tratamento junto com o usuário. Neste caminho, o técnico de referência pode necessitar de recursos que são disponibilizados por outros profissionais, como por exemplo: prescrição médica para o uso de medicamentos, oficinas de artes conduzidas por agentes culturais, discussão do caso com os colegas da equipe ou supervisão clínica institucional. Todos esses dispositivos utilizados pelo técnico de referência objetivam facilitar e ajudar a pessoa com sofrimento mental a encontrar possibilidades diante da condição em que se encontra. Para que isso seja efetivo, esse técnico deve ter a clareza de que a construção e execução do projeto terapêutico se produzem na sua relação com o usuário, de modo que deve cuidar daquilo que se processa nesse campo de intersubjetividade.

Compete ao técnico de referência alinhar a rede necessária ao percurso do usuário, considerando sua trajetória e os projetos que apontam como significativos para cada sujeito. Assim, o técnico de referência articula outras equipes e instituições que devem compor os itinerários de cuidado do usuário.

Por fim, cabe destacar que os CAPS funcionam a partir da constituição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares (psicólogos, assistentes sociais, médicos psiquiatras, médicos clínicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos,

técnicos de enfermagem, profissionais administrativos e outros). Estes profissionais devem organizar o processo de trabalho de modo a garantir que durante todo o período de funcionamento do serviço o usuário e seu familiar possam ser acolhidos no mesmo, seja quando encaminhados por outros serviços de saúde, seja quando encaminhados por instituições de naturezas e áreas diversas ou ainda quando se trata de demanda espontânea.

4) Vínculo e co-responsabilidade pelo cuidado

O vínculo começa pelo acolhimento. Ser bem recebido e acolhido pelos profissionais é condição para o estabelecimento de vínculo com o serviço e o tratamento. Mas para que este vínculo seja possível é fundamental que o trabalhador se reconheça como sujeito de direitos e efetivamente reconheça o usuário da mesma forma: como um cidadão, que deve ser respeitado em suas necessidades. Essas necessidades são únicas, na medida em que expressam as diferenças e singularidades de cada pessoa, e ao mesmo tempo comuns, do ponto de vista do direito de participação e convivência social.

O vínculo é uma construção que tem por objetivo buscar uma co-responsabilização do profissional e do usuário no seu tratamento. No caso dos portadores de sofrimento mental grave, a construção desse vínculo muitas vezes é o maior desafio para o tratamento, seja devido às especificidades dos transtornos mentais graves, seja devido à trajetória de institucionalização dessas pessoas, ou ainda devido às dificuldades quanto às possibilidades de relações sociais e de convivência na nossa sociedade. Diante disso, o vínculo estabelecido não deve resultar em dependência do usuário em relação ao profissional, ou mesmo em relação ao serviço.

5) Participação do usuário na gestão do serviço

Aspecto fundamental a ser considerado na organização do processo de trabalho dos serviços é a escuta e participação dos próprios usuários, seja em relação ao funcionamento da unidade,

aos tratamentos ofertados, à dinâmica e ao cotidiano dos serviços. Neste sentido, devemos usar dispositivos como a realização de assembleias e rodas de conversas, a fim de termos oportunidade de encontrar soluções para o funcionamento cotidiano da unidade, que muitas vezes não são encontradas em espaços de discussão, avaliação e planejamento realizados apenas entre os gestores e trabalhadores.

Formação Profissional

Em todos os eventos, seminários, congressos e conferências no campo da saúde, a questão da formação profissional se apresenta como um nó crítico permanente em relação à distância entre aquilo que se aprende na universidade e a realidade dos serviços de saúde.

Em 2004, o Ministério da Saúde apresentou a Educação Permanente em Saúde “como uma ação estratégica, capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, para organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre os sistemas de saúde e suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras” (BRASIL, 2004). É importante ressaltar que o campo da Saúde Mental foi considerado como prioritário na política de educação permanente. No entanto, a maioria dos municípios não incluiu em seus projetos as equipes de saúde mental como público alvo desse processo de educação.

A noção de Educação Permanente em Saúde assume que nenhum curso de formação esgota as necessidades de qualificação para a atuação profissional no SUS. A educação permanente está muito além de treinamentos centrados em teorias e técnicas para o desenvolvimento de habilidades específicas. Ela objetiva o desenvolvimento do profissional como um todo, com a finalidade de ajudá-lo a atuar de modo efetivo e eficaz no cotidiano de seu trabalho. Instrumentos como participação em supervisões, discussão e construção de casos clínicos, realização de assembleias com os usuários, criação de fóruns de discussão, rodas de conversas, reuniões de equipes são ferramentas

importantes que contribuem para desenvolvimento profissional. Estratégias que se efetivam como democratização das relações entre os trabalhadores, conferindo a todos eles, independente de sua formação profissional, o direito de voz e voto, produzem maior responsabilidade do profissional diante do usuário e do projeto de trabalho e, nessa medida, contribuem para a sua qualificação profissional.

No complexo campo da saúde, a busca pela autonomia dos usuários e dos profissionais é um desafio, na medida em que os indivíduos autônomos são protagonistas nos coletivos em que participam, co-responsáveis pelo cuidado de si e do mundo em que vivem, ou seja, co-responsáveis no processo de produção de saúde. Este tipo de construção possibilita enriquecer as subjetividades, contemplando a educação em serviço, complementando a formação técnica de graduação e pós-graduação, qualificando a organização do trabalho nos diversos níveis de gestão dos serviços de saúde e no controle social.

Temos que reconhecer que a maioria das capacitações não se mostram eficientes e eficazes, seja em relação aos seus desdobramentos na gestão, na atenção ou no controle social. Isso porque muitas delas são propostas com objetivo de transmissão de conhecimentos/informações. Assim, muitas vezes nessas capacitações os desafios do cotidiano não são publicizados e discutidos, pois isso revelaria os desconfortos das equipes. Neste sentido, a presença e a participação dos gestores, consultores, assessores, supervisores clínicos institucionais nestes processos é fundamental para a construção de uma atenção a Saúde mais humanizada e de qualidade. Essas discussões coletivas do cotidiano do trabalho podem trazer à tona aquilo que nos norteia no trabalho tão complexo e delicado que é a produção de saúde, ou seja, sua dimensão ética e política. É preciso ter a coragem de construir junto com as equipes e os usuários as saídas para seus impasses, numa postura democrática e dialogante.

Considerações Finais

Devido à complexidade do significado do processo saúde/doença para os profissionais e população, o cotidiano do trabalho deve estar sempre sob análise, pois é nesse cotidiano que se transformam e se reconstróem os sentidos produzidos sobre tal processo, tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde.

A partir desta compreensão, entende-se que é necessário, e possível, produzir a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança do cotidiano. Todos os instrumentos e recursos para a formação técnica podem e devem ser utilizados. No entanto, precisa-se romper com um certo mito de que os serviços de saúde e os CAPS só alcançarão a qualidade desejada se os trabalhadores tiverem certas habilidades e comportamentos para o setor. Isso se alcança num processo de construção cotidiana nos serviços. Não se pode desconsiderar que para se realizar o trabalho em saúde é necessário um nível de sensibilidade para a atuação em tão complexo campo. No entanto, o maior desafio consiste em se ter a capacidade de reconhecer que os trabalhadores são atores ativos e estratégicos no ordenamento das práticas que tanto se almejam: práticas acolhedoras e resolutivas de atenção e gestão de saúde.

A implicação dos trabalhadores de saúde no Sistema de Saúde depende da sua participação e das transformações operadas no cotidiano do trabalho e esta implicação, por sua vez, é necessária para responder aos anseios da população e dos gestores.

Ainda não se alçou a organização dos serviços de saúde de maneira integrada; ela ocorre hoje de maneira fragmentada. Nos CAPS, as equipes podem ter uma impressão de um trabalho articulado e integrado no âmbito relativo ao interior do serviço. Contudo, quando esse trabalho necessita de articulações mais firmes e duradouras com outros setores da saúde e setores afins é revelado o seu caráter fragmentado e as falhas das redes ficam mais evidentes.

Cabe afirmar que o maior desafio do processo de trabalho dentro do campo da saúde mental é superar a divisão que os

profissionais de saúde tendem a trazer para a cena cotidiana do serviço, a partir dos seus campos de saber e poder. As diversidades das experiências e vivências dos profissionais e dos usuários levam os atores envolvidos a ter que aprender a aprender, trabalhar em equipe, compartilhando saberes, trocas e estabelecendo comunicações nas situações simples do cotidiano. Porém, para se chegar a esse ponto é necessário a construção de espaços coletivos, nos quais existam discussões entre os membros da equipe sobre o cotidiano do trabalho, os casos atendidos, as estratégias traçadas, para a instalação do diálogo e a construção de novos saberes. Se isso depende da compreensão da complexidade do processo de produção de saúde, ao mesmo tempo a constrói e reformula na experiência vivida.

Finalmente, com a apresentação dessa referência técnica não se tem – e nem se poderia ter – a pretensão de finalizar os estudos que devem ser constantemente realizados pelos profissionais. O CAPS como um dispositivo na Rede de Atenção Psicossocial demanda uma busca permanente de referências bibliográficas concernentes à Reforma Psiquiátrica. O presente documento não se propõe a ser um guia, mas um subsídio as(os) psicólogas(os) e gestores que atuam no CAPS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, M. A. M. **A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição.**São Paulo: Unimarco Editora/Educ, 1998, 2a ed. 2001.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1996.

BEZERRA, B.. **Da verde à solidariedade: a psicose e os psicóticos.** In: Psiquiatra sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Relume-Dumará, 1992. Rio de Janeiro

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil,** DF: Senado, 1988.

_____. **Lei No 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Institui o Sistema Único de Saúde. Brasília; DF, 1990.

_____. **Lei No 8182 de 19 de setembro de 1990.** Esta lei surgiu devido aos vetos que a Lei 8080/90 recebeu em relação à participação da comunidade (Artigo 11-vetado) e ao repasse direto de recursos (§§2º e 3º, do Art.33e § 5º Art.35- vetados). Brasília; DF, 1990.

_____. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE. **Portaria/SNAS N° 224 - 29 de Janeiro de 1992.** Brasília; MS, 2011.

_____. **Lei No 10.216- de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; DF, 2001.

_____. **Lei No 10.708- de 31 de julho de 2003.** Lei que Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília; DF, 2003.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão e Educação na saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde- Pólos de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. **Relatório 15 anos após Caracas** - Ministério da Saúde, 2005, p. 26. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf; último acesso em 04/07/2013

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.088/2011** –, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília; MS, 2011.

BOCK, Ana Mercês Bahia. **A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social.** Estudos de Psicologia, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CALVINO, Ítalo. **As cidades invisíveis.** Companhia das Letras, São Paulo p. 44, 2002.

CECCIM, R.B. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. V.9, N.16,P.161-177, Set/2004-Fev/2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Brasília: CFP, 2005.

_____. Centro de Referências Técnicas Em Psicologia e

Políticas Públicas-CREPOP. **Atuação dos Psicólogos no CAPS. Relatório Descritivo Preliminar de Pesquisa**, Brasília, 2007

_____. Centro de Referências Técnicas Em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. Centro de Estudos de Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas-CEAP/FGV. **Documento Relatório preliminar de análise qualitativa dos dados da pesquisa sobre a atuação dos/as psicólogos/as no CAPS**, São Paulo, 2008

CUNHA, M. C. P. **O espelho do Mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro, Paz e Terra.1986.

DE OLIVEIRA SILVA, M. V. **O Movimento da Luta Antimanicomial e o Movimento dos Usuários e Familiares**. Loucura, Ética E Política: Escritos Militantes, 2003.

_____. **Clínica Antimanicomial e vínculo social**. Resumo publicado nos Anais do II Congresso Brasileiro de Psicologia. 2010.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**; The psychiatric reform. Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, M. Prefácio (Folie et déraison). In **Ditos e Escritos**, Vol. 1.Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Forense Universitária, 2ª edição, 2002, Rio de Janeiro.

FRANÇA, S.B. **A presença do Estado no setor saúde no Brasil**. Revista do Serviço Público. V. 49 n. 3, 1998.

GOLDBERG, J.I. (1998) **Cotidiano e Instituição**: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

LUIZ, M.T. **Notas sobre a políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80.** Physis, Rio de Janeiro. V.1, n. 1.

LIMA, A. J. F. **Michel Foucault: A morte do sujeito e a arbitrariedade do saber como condição ética.** Porto Alegre, 2002. 2v. Diss. (Mestrado em Filosofia – PUCRS. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas)

MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde: Um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec. 1997.

_____. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

_____. **O Trabalho em saúde. Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

ROSA, L.C.dos S. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. **Formação e construção e novas instituições em saúde mental.** In: Saúde Mental, Formação e Crítica. Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz (org), LAPS, 2008. Rio de Janeiro.

SILVA, R. **Psicose e laço social: uma questão ética (e nova) para a clínica.** In Saúde Loucura Nº 9. Hucitec, 2010. São Paulo.

SOUZA, M. **Atenção em Saúde Mental.** Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte, 2006.

LISTA REFERÊNCIA CAPS

ANEXO I- LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SUGERIDAS

AMARANTE, P. . **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. v. 1. 142p .

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. v. 1. 120p .

ARANHA e SILVA A. L. ; OLIVEIRA M. A. F . **Intervenções com familiares no campo psicossocial**. In: Instituto para o desenvolvimento da saúde; Universidade de São Paulo; Ministério da Saúde. (Org.). Manual de Enfermagem - Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, v. 1, p. 207-210.

BAREMBLITT, G. F. **Saúde e loucura 5** : a clínica como ela é. São Paulo: Hucitec, 1997. 192 p.

BARROS S.; et al. **Desafios para a desinstitucionalização Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. 1. ed. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008. v. 1. 170 p.

BARROS-BRISSET, F. O. . **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. 1. ed. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. v. 1. 58p .

BASAGLIA, F. (org.). **Che cos'è la psichiatria?** (1967). Milano: Baldini & Castoldi, 1997.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante; tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BIRMAN, J. . **As pulsões e o seu destino: do corporal ao psíquico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. 168p.

CAMPOS, F. C. B. (Org.) . **Psicologia e Saúde - repensando práticas**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 1992. v. 2000. 120p.

CAMPOS, G. W. S. . **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Editora CEBES/HUCITEC, 1988. v. 1.

_____. **Reforma da Reforma: Repensando A Saúde**. 2. ed. SÃO PAULO: CIÊNCIA TECNOLOGIA E HUMANISMO -HUCITEC, 1994. v. 1. 238p .

CASTEL, R. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, J. S. F. . **Historia da Psiquiatria No Brasil - Um corte Ideológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989. v. 1.

DANIEL, H. **Saúdeloucura 3**. 2. ed São Paulo: Hucitec, 1991. 104 p.

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela**. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do louco no Brasil. 1a. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992. v. 1000. 284p.

DELGADO, P. G. G.; VENÂNCIO, A. T. ; LEAL, E. O. . **O Campo da Atenção Psicossocial**. 1º. ed. RIO DE JANEIRO: TE CORÁ/ Instituto Franco Basaglia, 1997. 660p.

FIDALGO, T. M. ; SILVEIRA D.X. . **Manual de Psiquiatria**. 1. ed. Sao Paulo: Roca, 2011. v. 1. 504p.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOLDBERG, J. **A Clinica da Psicose: Um projeto na rede pública – Te Cora: Instituto Franco Basaglia – Rio de Janeiro, 1994.**

GUATTARI, Felix. **Saúdeloucura 2. 3.** ed São Paulo: Hucitec, 1990. 147 p.

LANCETTI, A., et al. **Saúde Loucura 7:** Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec.

_____. (Org.); CAMPOS, F. C. B. (Org.). **Saudeloucura 9:** experiências da reforma psiquiátrica. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. v. 1000. 382p.

_____.; AMARANTE, P.. **Saúde Mental e Saúde Coletiva.** (in CAMPOS, Gastão W. de Sousa. et al. Tratado de Saúde Coletiva). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 615 a 634;

_____. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec. 128 p.

LOBOSQUE, A. M. . **Clínica em Movimento:** por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

_____. **Experiências da Loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001. v. 01.

_____. **Princípios para uma clínica antimanicomial.** São Paulo: Hucitec, 1997. v. 01.

NICACIO, F. ; CAMPOS, GASTÃO W. S. **Afirmção e produção de liberdade:** desafio para os centros de atenção psicossocial. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 18, p. 143-151, 2007.

OURY, J. **A transferência. Seminário apresentado na Clínica de La Borde,** França, 1988-1989.

PITTA, A. M. F. . **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira:** Instituições, Atores e Política. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 16, p. 4579-4589, 2011.

ROTELLI, F. **A instituição inventada.** In: NICÁCIO, F. (org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVA, A. E.. **Saúdeloucura 6** : subjetividade : questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. 232 p.

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

YASUI, S. . **Rupturas e Encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. v. 1. 192p .

WING, J., COOPER, J. & SARTORIUS, N. . **The measurement and classification of psychiatry symptoms.** London: Cambridge University Press, london, UR, 1974





ISBN 978-85-89208-55-0



9 788589 208550