

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

MARIA CRISTINA FERREIRA DE SOUZA CAPOR

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS II SAÚDE MENTAL**

VITÓRIA
2015

MARIA CRISTINA FERREIRA DE SOUZA CAPOR

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS II SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Msc. Margareth Marchesi Reis

VITÓRIA
2015

MARIA CRISTINA FERREIRA DE SOUZA CAPOR

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS II SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharelem Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Msc. Margareth Marchesi Reis - Orientadora

Prof. Msc. Andrea Campos Romanholi – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

Psicólogo. Msc. Fernando Schubert –SESA- CAPS II Saúde Mental

Dedico este trabalho ao meu esposo, Randy Poblete Capor, pelo apoio nos estudos e por estar sempre comigo nos momentos alegres e difíceis de nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida. Ele é o grande criador de todas as coisas, conhecedor de todos os corações, sem ele nada seria possível.

Meu agradecimento especial ao meu esposo pela dedicação e paciência que teve comigo ao longo desses cinco anos, sempre me apoiando nos momentos difíceis em que encontrei. Agradeço aos meus filhos, muitas vezes foi pensando neles que dei continuidade a este sonho.

Agradeço aos meus pais, pois muitas vezes precisei me apoiar na referência que tenho deles, de esforço, luta para que eu possa ter uma vida digna e com responsabilidades.

Agradeço aos meus irmãos pelo apoio, amizade e companheirismo, eles são pessoas muito importantes em minha vida.

Agradeço aos professores pelo ensino adquirido ao longo desses anos, em especial minha orientadora e professora Margareth, pela amizade que conquistamos através de nossos trabalhos e projetos.

Não posso deixar de agradecer a professora Andrea Romanholi, além de ótima professora, pode nos passar suas experiências do campo de trabalho para além das aulas. Agradeço ao Psicólogo Fernando Schubert, por me apresentar o mundo apaixonante do trabalho em Saúde Mental.

Agradeço aos colegas da faculdade, além das rotinas de provas e trabalhos tivemos momentos alegres e descontraídos. Muito obrigada!!

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana. (Carl Jung)

RESUMO

Esta pesquisa apresentou as práticas desenvolvidas pelos psicólogos que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), abordando a evolução da Psicologia no campo da Saúde Mental, visto que ao longo da história da loucura os sujeitos com algum tipo de transtorno psíquicosofriam com práticas discriminatórias e desumanas. O início do processo da Reforma Psiquiátrica tornou possíveis mudanças significativas na reformulação do Sistema Único de Saúde, incluindo a criação de modelos substitutivos de cuidado a esses sujeitos. Desta forma, o CAPS representa um dispositivo de atenção que se articula com a rede de atenção à saúde, a fim de oferecer aos usuários diferentes meios de intervenção desenvolvidos por equipes multiprofissionais, responsáveis pela elaboração de um projeto terapêutico que visa acolher o sujeito em sua integralidade, a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e Saúde Coletiva. Entrevistaram-se cinco psicólogos, sendo dois profissionais no município de Cariacica e três no município da Serra, no Espírito Santo. Essa investigação objetivou identificar se as práticas desenvolvidas nos CAPS contribuem para que o sujeito com adoecimento psíquico desenvolva suas potencialidades e autonomia; considerando sua singularidade. Observou-se a partir disto que a atuação do psicólogo no CAPS, de acordo com sua prática e a oferta de um espaço de acolhimento e escuta, possibilita aos usuários do serviço a tornarem-se protagonistas de suas vidas. No entanto, estas práticas ainda precisam estar mais consolidadas, haja vista o tempo ainda curto de sua operacionalização, pois encontramos profissionais carecendo de capacitação, e que, por vezes, reproduzem práticas manicomiais sem uma reflexão crítica.

Palavras-chave: Psicologia. Saúde Mental. Práticas Antimanicomiais.

ABSTRACT

This research showed the practices developed by psychologists who work in Psychosocial Attention Center (CAPS), addressing the development of psychology in the field of mental health, since throughout the history of crazy people with some sort of psychic disorder suffered with discriminatory practices and inhumane conditions. The beginning of the process of the psychiatric reform made possible significant changes in reformulation of the health system, including the creation of substitute models of care to those people. In this way, the CAPS represents a device of attention that articulates with the health care network in order to offer users different means of intervention developed by multiprofessional teams, responsible for developing a therapeutic project that aims to accommodate the subject in its entirety, from the precepts of the psychiatric reform and public health. Interviewed five psychologists, two professionals in the city of Cariacica and three in the municipality of Serra, in the State of Espírito Santo. This research aimed to identify whether the practices developed in CAPS contribute to the subject with psychic illness develop their potentialities and autonomy; considering its uniqueness. It was noted from this that the role of the psychologist in the CAPS, in accordance with its practice and the provision of a reception space and listen, enables users of the service to become protagonists of their lives. However, these practices still need to be more consolidated, considering the short time of its operation, because we found professionals lack training, and that sometimes reproduce psychiatric practices without a critical reflection.

Keywords: Psychology. Mental Health. Practice of Antimanicomiais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA.....	21
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	28
2.2.1 Breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica na Europa e EUA.....	28
2.2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil e Direitos Humanos.....	33
2.2.3 Desinstitucionalização e Desospitalização.....	36
2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) SAÚDE MENTAL	38
2.4 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS.....	43
2.4.1 A Organização da Oferta dos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde SUS.....	44
2.5 A Entrada da Psicologia no Campo da Saúde Mental.....	54
3 METODOLOGIA.....	57
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	57
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	57
3.3 PARTICIPANTES.....	58
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	58
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	58
3.6 PREVISÃO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	59
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	61
4.1 SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DAS PRÁTICAS NO CAPS PARA O USUÁRIOS.	62
4.2 QUANTO AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PSICÓLOGOS NOS	

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	65
4.3 AS ATIVIDADES REALIZADAS NOS CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SEUS OBJETIVOS.....	68
4.4 O REGIME DE INTERNAÇÃO E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE - A QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO.....	85
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87



1 INTRODUÇÃO

O tema do presente trabalho é a atuação do psicólogo em Centros de Atenção Psicossocial CAPS II Saúde Mental. A vivência no campo de Saúde Mental coloca-nos o desafio de entender as práticas dos psicólogos nos CAPS, onde se faz necessário considerar o contexto histórico e a vida das pessoas com transtorno mental, buscando nas práticas, as mudanças de tratamento a partir do marco da Reforma Psiquiátrica e da Saúde Coletiva.

O centro da discussão desse estudo nos faz referir à loucura como um fenômeno historicamente constituído; e conseqüentemente as formas de lidar com ele também são afetadas pelo contexto sócio-econômico e cultural. Tomando a história da loucura como referência, pode-se trilhar um caminho para a discussão sobre sua concepção na contemporaneidade, haja vista, a necessidade de resgatar conceitos para entender o momento atual.

A história da loucura constitui-se a partir do contexto sócio-histórico, cultural econômico, portanto, devemos considerar a complexidade e multifatorialidade no engendramento das diferentes concepções da loucura. Uma delas defendia a ideia de “desordem” emocional e psíquica, assim os sujeitos eram julgados como loucos, insensatos, destituídos de razão, e excluídos dos contextos coletivos sociais. Esta forma de lidar com a loucura e com o sujeito dito destituído da razão, ao longo dos séculos, foi marcada pelo discurso religioso, moral, racional e médico. Entretanto, cabe ressaltar que segundo Foucault, nem sempre os sujeitos enclausurados se enquadravam na dita categoria da desrazão ou loucura. Muitos eram mendigos que circulavam pelas cidades, os desempregados, velhos e crianças abandonadas, aleijados, leprosos ou sujeitos acometidos por outras doenças transmissíveis como as doenças venéreas. Desta forma, foram criados grandes hospitais em toda a Europa, com o objetivo de retirar estas pessoas da sociedade (FOUCAULT, 1978).

No Brasil o processo de internação não se deu de forma diferente, aconteceu semelhante movimento em relação à exclusão das pessoas as “[...] que perambulavam pelas ruas: os desempregados, os mendigos, os órfãos, os marginais de todo tipo e os ‘loucos’. Estes eram levados para as Casas de Misericórdia [...]” (VENÂNCIO, 2003, p. 17).

Da metade da década de 1970 em diante surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que denunciavam as práticas desumanas que caracterizavam os cuidados que pessoas internadas recebiam, com isso vieram as críticas e as denúncias que levaram a necessidade de buscar novas formas de lidar com a loucura. Portanto, o que se questionava eram as práticas asilares, buscando com isso criar novos modelos substitutivos a elas e que pudessem levar em conta a pessoa com transtorno mental e não somente a doença em si (VENÂNCIO, 2003).

O Movimento Social dos Trabalhadores de Saúde Mental, juntamente com as manifestações de intelectuais sensíveis a causa, bem como os próprios usuários e seus familiares, compuseram um campo de forças social que culminaram na necessidade de uma discussão aprofundada sobre a temática das práticas no tratamento das pessoas com transtorno mental. Conferências sobre o tema foram realizadas. Uma dessas ocorreu em dezembro de 2001, onde foi aprovada a Lei nº 10.216/01, que regula o serviço em Saúde Mental no Brasil (VENÂNCIO, 2003).

Vale ressaltar, tais movimentos foram frutíferos, embora dispendiosos do ponto de vista das lutas de forças no campo social, uma vez que se começa a observar mudanças, ainda que incipientes, como a percepção da necessidade da ampliação da equipe de profissionais que atuavam em Saúde Mental. Com isso buscava-se produzir uma forma de cuidado pautada nas práticas multiprofissionais, caminhando para a interdisciplinaridade, fazendo o enfrentamento da predominância do saber médico e da medicalização como forma de cuidado predominante (VENÂNCIO, 2003).

O saber psicológico foi considerado como um dos campos a compor essa nova equipe ampliada. Sendo assim, dentre as várias áreas de atuação do psicólogo na Saúde buscaremos especificar a atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS II – Saúde Mental, onde são realizados atendimentos diários às pessoas com transtorno mental. Esses dispositivos de Atenção à Saúde Mental estão dispostos em territórios com abrangência delimitada e são diferenciados, dependendo do contingente populacional da região em que estão inseridos, e tem também como critério de diferenciação a atenção a adultos e crianças. No caso desse estudo, enfatizaremos as práticas dos psicólogos no CAPS II – Saúde Mental que acolhe adultos no município de Serra e de Cariacica, Espírito Santo (NEVES,

2012). Vale ressaltar que o primeiro é de gestão municipal e o segundo de gestão estadual, sendo que os dois atendem ao critério de territorialidade.

O CAPS II é um modelo substitutivo em Saúde Mental que foi implementado a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de oferecer um modelo de atenção diferenciada com relação ao modelo hospitalocêntrico, no sentido de adotar práticas mais humanas, oferecendo ao sujeito a possibilidade de regatar sua autonomia (NEVES, 2012).

Importante ressaltar, que as mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica, são frutos das lutas de usuários, trabalhadores da Saúde Mental e movimentos sociais organizados e da sociedade civil, para a conquista de tratamentos humanizados e fora do regime manicomial. Portanto, os CAPS surgem como uma forma de desinstitucionalização e desospitalização no tratamento da loucura, buscando com isso o resgate do ser humano e a inserção destes no contexto social, já que a hospitalização e medicalização como centro do tratamento afastam o sujeito de convivências em seu território, com sua família e amigos (NEVES, 2012).

Nesta perspectiva, esta pesquisa procura identificar como os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), através de sua atuação, podem contribuir para a autonomia do sujeito com transtorno mental.

As pessoas com transtorno mental sofreram muito ao longo do tempo, portanto faz-se necessária outra forma de olhar para seu sofrimento, ampliando o cuidado para além dos serviços fechados e espaços totalitários. O espaço da escuta pressupõe a legalidade da fala do outro, no caso da pessoa que sofre psiquicamente, cabendo ressaltar a fala como uma forma de linguagem dentre tantas outras formas de expressão. Sendo o psicólogo um dos profissionais que atua diretamente através da escuta qualificada e diferenciada, o tema deste estudo mostra-se relevante no sentido de contribuir para a análise da atuação dos psicólogos nos CAPS, descrevendo-as e articulando-as com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e Saúde Coletiva.

A temática proposta mostra-se então relevante e atual, pois vivenciamos um momento de desenvolvimento de práticas para sustentar os princípios acima citados e a consolidação dos serviços substitutivos como o CAPS, mostrando caminhos

para a organização deste equipamento com enfoque nas efetividades das ações e atuações ali produzidas pelos profissionais.

Portanto, tem-se por objetivos deste estudo, analisar as atividades que o psicólogo desenvolve nos Centros de Atenção Psicossocial que acolhem e cuidam de sujeitos com transtorno mental; descrever quais as atividades realizadas pelos psicólogos; analisar as diferentes práticas desenvolvidas pelo psicólogo no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial transtorno mental e verificar os resultados obtidos com as referidas práticas na visão dos psicólogos do serviço.

A proposta antimanicomial tem como compromisso a promoção de saúde, sendo assim, os CAPS são serviços abertos à comunidade. O mesmo é um local destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves, desde que seu grau de severidade justifique sua permanência na rede de cuidados (NEVES, 2012).

Os CAPS representam mais do que uma simples alternativa ao modelo hospitalar predominante, funcionando com o objetivo de evitar internações psiquiátricas, diminuindo sua reincidência e, principalmente por tornando possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, indispensáveis para o estabelecimento de novas possibilidades de vida (MARZANO; SOUZA, 2004, p. 25).

Esta pesquisa se baseará no referencial teórico da Reforma Psiquiátrica e Saúde Coletiva, que possibilitou a mudança do modelo hospitalocêntrico para uma prática humanizada, que visa o bem-estar físico, psíquico, mental e social. Faz-se necessário repensar tais questões, sendo estas primordiais aos que se interessam pelo trabalho com políticas públicas, provocando uma visão crítica acerca de que ainda temos muito a acrescentar e contribuir com a autonomia do sujeito, no que diz respeito aos cuidados da Saúde Mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA

Os principais momentos da loucura foram marcados em diferentes épocas da história da humanidade. Esta história é contada por diversos autores, principalmente por Michel Foucault, que faz um resgate histórico da loucura a partir de seu método arqueológico que se relaciona com os saberes advindos da arte, da literatura e da cultura.

Para falar da loucura e como ela foi concebida ao longo dos séculos, Foucault faz alguns apontamentos sobre os aspectos políticos, econômicos, sociais e religiosos, que fizeram parte da concepção da loucura. Do andar livremente pelas ruas até a clausura e exclusão social, houve muita história que aqui resumiremos (OLIVEIRA, 2009).

Segundo Foucault apud Oliveira (2009) no período do Classicismo, inicialmente, os modos de exclusão se deram com os leprosos, pessoas acometidas de doenças transmissíveis como a doença venérea, e se estendendo a toda uma classe considerada desviante. Os modos de exclusão constituídos no Classicismo se estendem à loucura, que passa a ter seu lugar social na marginalidade, sendo a exclusão o principal aspecto posto no imaginário social.

Na Antiguidade a loucura foi marcada pelo discurso religioso, que a concebia como uma manifestação divina. Acreditava-se que os loucos eram possuidores de poderes sobrenaturais, e que mantinham contato com entidades religiosas. Neste período, a loucura não era objeto de intervenção e nem de exclusão, os loucos circulavam livremente pelos espaços sociais e coletivos (VENÂNCIO, 2003).

Com o Iluminismo, a loucura passa a figurar nas diversas obras literárias, bem como em pinturas romanescas como, por exemplo, as de Hieronymus Bosch. Foucault descreve que, através das artes o sujeito poderia expressar o mundo da forma como ele o compreendia (FOUCAULT, 1978). Nesta época a loucura também foi representada simbolicamente pela expressão “nau dos loucos”, que eram navios destinados a embarcar a errância que o fenômeno da loucura significava. Vale ressaltar que estes navios, na realidade tiveram existência, somente na Alemanha (VENÂNCIO, 2003). A loucura era vista como a pura expressão natural, participando

dos diversos cenários sociais, ou seja, fazendo parte das paisagens culturais, coletivas e sociais da época (FOUCAULT, 1978).

Outro fato marcante da história foi o surgimento da lepra que teve início com os soldados vindos das cruzadas. Esta doença se espalhou com muita rapidez acometendo grande parte dos países europeus, permanecendo por longo período e assombrando toda a sociedade da época. A pessoa acometida por esta doença era considerada como a própria encarnação do mau e da morte. A forma encontrada para controle da disseminação se deu a partir da exclusão, ou seja, foram construídos espaços destinados para tratamento desta doença. Com o fim das cruzadas ocorreu o desaparecimento da lepra, uma vez que o deslocamento dos navegantes pelo continente diminuiu (FOUCAULT, 1978).

No final do século XV surgem às doenças transmissíveis como a doença venérea, cuja disseminação também é rápida, sendo necessário o isolamento nos moldes do modelo do tratamento dos leprosos, entretanto, nesse período os espaços de tratamento não tinham somente o objetivo de isolamento, mas também o tratamento médico destinado principalmente às pessoas acometidas de doenças venéreas, tempos mais tarde foi descoberta o tratamento para tais doenças, no entanto, estas pessoas continuaram a fazer parte de uma exclusão social ao lado da loucura (FOUCAULT, 1978).

O controle da lepra, no entanto, não conteve o processo de exclusão dos sujeitos, uma vez que as estruturas de clausura permaneceram de forma bastante semelhante, sendo que séculos mais tarde, pobres, vagabundos, presidiários e alienados mentais assumiram o lugar do abandono na sociedade (FOUCAULT, 1978).

Na idade moderna, século XVII, hospitais são criados como forma de tratamento, no entanto, mesmo com a influência do saber médico sobre as pessoas com doenças transmissíveis, o que ficou marcante foram os juízos morais da época, o que postergou uma compreensão médica da doença (FOUCAULT, 1978). Ou seja, o julgamento moral que pairava sobre mendigos, aleijados, leprosos, desempregados, presidiários e sujeitos acometidos por doenças transmissíveis não deixou de fazer parte da compreensão acerca da doença e do sujeito acometido por ela, o que continuava levando ao preconceito e ao isolamento, mesmo com a entrada do saber médico na discussão da temática sobre a loucura.

Esta forma de preconceito se instaurou juntamente com a ascensão do capitalismo, que previa apenas as formas de produção do homem e a organização das profissões, é neste contexto que a loucura irá fazer parte da exclusão, juntamente com as pessoas consideradas improdutivas. No século XVII acontece um grande enclausuramento das pessoas tidas como “inúteis”, segundo o preceito da produtividade próprio do sistema capitalista. Esta época é considerada como um tempo de grande internação (OLIVEIRA, 2008).

A grande internação movimento de abertura de hospitais para exclusão dos marginais de todo tipo e que atinge praticamente todos os países da Europa ocidental, concretiza, do ponto de vista prático, as normas éticas da época, consolidando uma sociedade categorial onde o desvio, entre os quais se incluem a loucura, adquire o status de “problema social”. Até este momento a loucura, mesmo que eventualmente perseguida por fanáticos da inquisição e relativamente intolerada por habitantes das comunidades feudais, aos quais incomodava ou escandalizava, gozava de um estado de liberdade. Não vigorava, regularmente, o costume de excluir os desviantes em manicômios, asilos ou prisões (OLIVEIRA, 2008, p. 51).

Segundo Foucault (1978), o olhar da exclusão coloca às margens os sujeitos que não favoreciam o crescimento econômico e social; e os que poderiam colocar em risco a Saúde da população economicamente produtiva e ativa. Foucault ao pensar sobre os aspectos da loucura, a partir do ponto de vista histórico, chama atenção para uma nova forma de olhar este sujeito através do método arqueológico que faz um resgate da história da loucura.

Ainda nesse período do século XVII, a loucura começou a ser entendida como o reverso da razão. Esta tenta penetrar no mundo estranho que é a loucura e se inicia então outra transformação – a loucura passa a ser vista como um conjunto dos vícios dos homens: preguiça, avareza, passando a ser algo desqualificante. Ganhou nessa época um caráter moral (VENÂNCIO, 2003, p. 14).

Em meados dos séculos XVII e XVIII surgem às casas de internação, onde antes era lugar dos leprosos. As internações ocorreram de várias formas: por meio de pedido de algum familiar, curas paroquiais, ou cartas régias que era um documento oficial assinado por um monarca. Desta forma, a loucura e toda a classe de pessoas que ameaçavam a ordem social ou podiam contaminar a sociedade produtiva com algum tipo de patologia, era considerada como um perigo, e por isso encarcerada; e excluída do convívio com a família e a sociedade, sendo vista como um risco social (FOUCAULT, 1978). Portanto, os modos que excluía as pessoas consideradas alienadas, ultrapassaram a existência dos leprosários, assim como os que possuíam alguma doença transmissível. Esses sujeitos passaram a ocupar um lugar social e

também no imaginário social ao lado da loucura, num espaço de exclusão e vazio (FOUCAULT, 1978).

A loucura ao longo da história acumula diferentes formas de intervenção sobre ela. No período ora citado pode-se dizer que a intervenção predominante se dava sob a forma de controle através da internação, tortura, entre outros, até o momento em que o saber médico faz um discurso frente a essa visão, pois o que antes era visto como alienação mental toma a dimensão da “doença mental” (FOUCAULT, 1978).

A partir do século XIX o saber médico instituído se deu através de uma contingência necessária no âmbito do Estado e não por um reconhecimento do lugar deste saber nas intervenções sobre a loucura (FOUCAULT, 1978).

Com base nessa instância não médica da ordem monárquica e burguesa, situada nos limites da Lei, e nesse aniquilamento absolutista do desvio e da indigência, jurisdição sem apelação possível, estabeleceram-se, nos anos constitutivos da legalidade contemporânea, o manicômio e a psiquiatria como especialidade médica, diferenciando as formas de loucura ou alienação mental e seus espaços de reclusão (VENÂNCIO, 2003, p.16).

Segundo Venâncio (2003, p. 15), “[...] Pinel concebeu a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso. Considerava o cérebro como sede da mente, e na mente se manifestava a loucura [...]”.

Para Pinel a compreensão da loucura deveria passar pela análise das causas físicas e morais, o que justificava as práticas de eletrochoques, rituais de sangrias, banhos com água fria por horas, isolamento em quartos escuros. Pensava-se na loucura como uma causa orgânica, sendo possível a cura como se fosse uma lesão ou um mau funcionamento encefálico (FOUCAULT, 1978).

Numa ordem didática, a partir das práticas de internação e tratamento moral à que eram submetidos os loucos, segue um momento em que a loucura passa a ser vista como uma possível “doença mental”, de causa orgânica, mas ainda se fazia necessário ampliar os conhecimentos médicos e técnicas próprias. No tratamento moral, isolava-se da sociedade o sujeito alienado, buscava-se alcançar a parte da razão perdida através da hipótese do dessecamento do sistema nervoso, assim, se faziam alguns testes utilizando-se métodos que atualmente se considera desumano, mas próprios do contexto sociocultural em que foram produzidos (FOUCAULT, 1978).

A partir dos métodos acerca do dessecamento encefálico, os médicos iniciam um questionamento acerca de um mau funcionamento encefálico, da circulação do sangue e dos nervos, assim, entra em vigor o pensamento científico, este pensamento propõe a estudar as possíveis causas de um mau funcionamento cerebral, como consequência da loucura, começa então a pensar na loucura como doença mental (FOUCAULT, 1978).

Assim, os médicos começaram a ter uma visão diferenciada da loucura, em que a proposta da escuta do paciente começa a ser entendida como algo importante no conjunto do tratamento. No entanto, esse novo meio de compreender o sujeito em sua subjetividade só foi possível a partir dos avanços do pensamento científico, do diálogo entre médico e paciente e com a descoberta dos psicotrópicos. A descoberta dos psicotrópicos foi uma forte influência da época, uma vez que a medicina se propôs a cura do doente mental por meio de medicamentos (VENÂNCIO, 2003).

Desta maneira, a loucura como doença mental foi reconhecida no século XIX, com Pinel na França, e Tuke, na Inglaterra, e posteriormente Esquirol. Estes são reconhecidos por fazerem parte das primeiras escolas psiquiátricas, que propuseram uma descrição do paciente baseada em sua subjetividade, estes teóricos propõem a separação dos loucos dos outros internos como uma diferenciação da ciência e da moral religiosa que vai se desenvolvendo aos poucos (VENÂNCIO, 2003). Portanto, pode-se dizer que a possibilidade de outro recorte no tratamento da loucura surge com os estudiosos supracitados, uma vez que busca de certa forma, a partir do reconhecimento da subjetividade, olhar para o sujeito adoecido, ainda que de forma incipiente e sem mudanças significativas na estrutura asilar.

No Brasil a criação do primeiro hospício se deu com os avanços econômicos, culturais e políticos, ocasionados pela chegada da família real no país em 1850 e conseqüentemente o crescimento e o reordenamento da cidade que ocasionou a necessidade de “[...] recolher os habitantes ‘desviantes’ que perambulavam pelas ruas: os desempregados – imigrantes, principalmente, que não aceitavam as condições de trabalho existentes, mendigos, órfãos, marginais e os loucos” (VENÂNCIO, 2003, p. 17).

O trabalho escravo começava a ser prejudicial, politicamente falando, para o Brasil, que precisava manter boas relações com a Europa. Portanto, a chegada dos estrangeiros e a abolição da escravatura em 1888 no País, fez surgir outro tipo de

mão de obra, a dos estrangeiros, enquanto os escravos libertos não tinham onde trabalhar e passavam a constituir uma classe sem lugar na sociedade (VENÂNCIO, 2003). Portanto, estes se juntavam a “classe” tida como desviante, sendo muitos deles levados para os hospícios da época.

Outro fato marcante na história do País aconteceu no Estado de Minas Gerais, registrado pela escritora Arbex, que faz o resgate da história de um hospício na cidade de Barbacena, Minas Gerais. Os fatos mostram práticas que chegam muito próximo a uma barbárie, evidenciando também a desumanidade praticada pelos médicos, funcionários e população contra os internos desta instituição. O hospício de Barbacena ficou conhecido como o maior do Estado, tendo sido a forma de tratamento praticamente durante a maior parte do século XX. A escritora se refere a esse fenômeno com o “holocausto brasileiro” (ARBEX, 2013).

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros da colônia. Em sua maioria, haviam sido internadas à força. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava ou que se tornara incômoda para alguém com mais poder (ARBEX, 2013, p. 14).

Segundo Venâncio (2003), os hospitais psiquiátricos eram comparados com os grandes campos de concentração, onde era praticada toda espécie de desumanidade com essas pessoas que nelas estavam instituídas. Eram reproduzidas todas as práticas de violência anteriormente citada como uma das intervenções que compõem o tratamento moral, assim como as punições, falta de higiene no local e com as pessoas, a falta de alimentação e cuidados. No entanto, “[...] começaram a surgir, em diferentes lugares, várias tentativas de modificar os hospitais psiquiátricos [...]” (VENÂNCIO, 2003, p. 22).

A criação de modelos substitutivos ao modelo antimanicomial no Brasil teve forte influência nos modelos da Psiquiatria Italiana de Basaglia, que se tornou um dos líderes do movimento sem manicômios, tendo desenvolvido vários trabalhos na comunidade terapêutica em Gorizia em 1961 e em Trieste em 1971. Seus trabalhos tiveram significativas contribuições, que proporcionaram a desmontagem de antigas estruturas do modelo manicomial e criou novas estruturas de substituição (VENÂNCIO, 2003). Importante ressaltar, que as comunidades terapêuticas eram um tipo de tratamento realizado dentro do hospital que contava com a participação dos internos. Enfocaremos mais detalhadamente sobre esse tratamento mais adiante.

Isto mostra que Basaglia propôs novos modelos no cuidado com os pacientes, criando assim, alternativas que pudessem atender a demanda dos pacientes, centrado na proposta de humanização e liberdade. Isto aplicado na Itália. (VENÂNCIO, 2003).

Criam-se então, sete Centros de Saúde Mental, um para cada região da cidade. Estes Centros respondiam a toda demanda de atendimento em Saúde mental de seu território, funcionavam 24 horas por dia e caracterizavam-se por serem espaços abertos (VENÂNCIO, 2003, p. 27).

No Brasil o movimento antimanicomial se iniciou a partir de grandes lutas, sendo que os objetivos eram em prol de melhorias em diversos setores, inclusive os dos trabalhadores. O primeiro movimento dos trabalhadores aconteceu em 1987, foi o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru. Iniciaram-se as denúncias de toda a população, contra as práticas manicomiais, que ganham força em todo o mundo e surge o movimento a favor da luta antimanicomial (NETO, 2008).

A partir deste manifesto, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, segundo Lobosque, significa: “**Movimento** – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; **Nacional** – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; **Luta** – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; **Antimanicomial** – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios” (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 403, grifos nossos).

A proposta deste movimento era de problematizar as questões acerca de uma sociedade sem manicômios, sendo instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Os psiquiatras já não eram mais a maioria entre os trabalhadores presentes, grande parte são os psicólogos, contando com a participação de intelectuais de diversas áreas, que juntos definiram uma pauta de conceitos para instrumentalizar a luta pela Reforma Psiquiátrica, visando à autonomia do movimento em relação ao Estado (NETO, 2008).

A Luta Antimanicomial é um Movimento Social, que se deu a partir de uma efetiva mudança no paradigma psiquiátrico de assistência à Saúde Mental. A luta contra os hospitais psiquiátricos foi um movimento que se deu juntamente com os movimentos da Reforma Sanitária que proporcionou aos profissionais da Saúde e sociedade civil uma busca da construção de um conjunto de políticas públicas que assegurassem a saúde da população. Essas lutas sociais culminaram na criação do SUS e na

aprovação de uma legislação específica que visava orientar a desconstrução do modelo manicomial vigente no Brasil (DIMENSTEIN; SALES, 2009).

2. 2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.2.1 Breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica na Europa e EUA

A Segunda Guerra Mundial foi uma época marcada por grandes movimentos, um deles foi o modelo manicomial que ainda encontrava-se vigente nesta época e que ganhou força ao final do século XVIII, o intuito nesta época era de recuperar os soldados e prepará-los para novas guerras, assim os soldados eram internados nos manicômios junto aos loucos, movimento que trouxe vários conflitos, pois, as pessoas consideradas incapazes estavam ao lado de pessoas que estavam sendo preparados para a guerra, essa trajetória trouxe várias críticas, uma vez que a loucura estava no meio social, antes vista como causa de exclusão (VASCONCELLOS, 2008).

No entanto, a partir dos questionamentos com relação ao lugar da loucura estar nesse dado momento social, junto aos soldados, construiu-se a iniciativa de separá-los, fazendo-se, assim, uma distinção entre os loucos e o não loucos. Este movimento trouxe repercussões inclusive na França no Século XIX. As repercussões se davam a partir de críticas a respeito do modelo psiquiátrico utilizado como tratamento dos ditos loucos, uma vez que os soldados eram tratados de forma semelhante ao lado da loucura (DESVIAT, 2008). Assim,

As críticas à eficácia do asilo não tardaram a se produzir, mas foi depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido (DESVIAT, 2008, p. 23).

Com esses questionamentos sobre o modelo de internação, houve um importante acontecimento do século XIX, o New Deal norte-americano, acontecimento se deu por meio da crise econômica e social em que a França passava o que ocasionou em questionamentos da ordem social e a revolta contra as instituições. Este acontecimento decisivo, pois “[...] atingiu seu ponto máximo no questionamento sem

precedentes da ordem social contemporânea do maio francês de 1968, influíram decisivamente na ruptura do paradigma psiquiátrico” (DESVIAT, 2008, p. 23).

Na Inglaterra, o pós-guerra foi um período de grande influência na organização do sistema de Saúde inglês. “[...] A guerra fez com que o Estado se encarregasse de todos os recursos sanitários, integrando-os e regionalizando-os num Plano de Emergência que se destinava a garantir a assistência aos soldados e à população civil” (DESVIAT, 2008, p. 34).

Isto com o intuito de vencer a guerra, concomitante ao sentimento de um “futuro melhor”, “a Inglaterra retoma os projetos de reforma, durante o governo de Churchill, com o Relatório Oficial referente ao Serviço Nacional de Saúde” (DESVIAT, 2008, p. 34).

Com este relatório propõe-se o enfrentamento de questões ligadas a saúde, pobreza, miséria e desemprego, por meio de um seguro global, e fortalecer os serviços públicos. Em 1948, aprova-se a Lei de Criação do Serviço Nacional de Saúde, que são utilizados até os dias de hoje (DESVIAT, 2008, p. 34).

As principais iniciativas em torno de um novo modelo psiquiátrico se deram com uma proposta de comunidades terapêuticas na Inglaterra, e de psicoterapia institucional na França, que operou a partir do final da década de 1940 e início de 1950. A proposta das comunidades terapêuticas “[...] tentava providenciar maior implicação dos pacientes em suas terapias, através da promoção de grupos de discussão, de grupos operativos ou de assembleias. Isto é, transformar o hospital em um corpo comunal que se auto-organizava” (VASCONCELLOS, 2008, p. 58).

As comunidades terapêuticas se constituem como um tipo de tratamento que adota como prática a inclusão dos pacientes e funcionários num processo de interação com o objetivo de que os pacientes tivessem liberdade dentro do hospital. O objetivo dessas mudanças eram favorecer o tratamento do paciente, no entanto, esta era uma proposta que se pretendia realizar dentro do hospital, onde não se considerava a possibilidade da saída do paciente do manicômio (VASCONCELLOS, 2008).

A proposta da psicoterapia institucional aconteceu na França e foi fortemente influenciada pela psicanálise. Entretanto, segundo Desviat (2008, p.45) a psicoterapia institucional não obteve avanços, pois esta alternativa “[...] partia do pressuposto que as próprias instituições têm características doentias que devem ser tratadas, de modo que não apenas os pacientes careciam de tratamento, mas

também os técnicos, a relação terapêutica e toda a instituição [...]”. Desta maneira, a Psicoterapia Institucional era uma proposta de humanização com as pessoas consideradas loucas; e acreditava que toda a instituição precisava ser tratada, juntamente como os loucos, essas práticas não obtiveram segmento, pois nesta época ainda regia fortemente o modelo manicomial, a ideia era de tratar toda a instituição dentro do hospital, não se pensava em um tratamento fora do manicômio, onde eram mantidas as práticas asilares.

Mais tarde a antipsiquiatria, Movimento ocorrido na Alemanha entre as décadas de 1960 e 1970, foi um movimento marcante durante o processo da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento,

[..] aprofundou significativamente os ataques às práticas psiquiátricas vigentes, em linha com o grande movimento de contracultura que tomou o mundo de assalto. Liderados por Laing e Cooper, o movimento via na loucura uma experiência que não era suscetível de intervenção científica, posicionamento que desqualificava, em sua completude, a assistência até então perpetrada pelo saber psiquiátrico (VASCONCELLOS, 2008, p.59).

As críticas à forma assistencialista de lidar com os sujeitos com transtorno mental culminaram em um movimento de Contracultura, que questionava a própria doença mental e a Psiquiatria. Essa crítica foi direcionada a vertente da psiquiatria que desconsiderava a subjetividade dos pacientes os tratando apenas a partir do saber médico e contra a vontade dos pacientes, sendo pouco porosa a outras formas de intervenções (DESVIAT, 2008).

A reprovação dos manicômios uniu-se à crítica a todas as instituições de marginalização: os reformatórios, os presídios, os albergues da assistência social e as instituições que sustentavam a fachada ideológica e moral do sistema social: a família, a escola e a fábrica. Mas essa reprovação ligou-se, acima de tudo, em uma sociedade civil rica e ativa (DESVIAT, 2008, p. 43).

Nos Estados Unidos, o sistema de Saúde é especificamente baseado em seguros com exceções de invalidez, viuvez, aposentadoria, orfandade, ao qual o serviço de assistência social é presente, de acordo com o valor ofertado pelo contribuinte. Os EUA são considerados tardios na adoção da previdência social, seguro de saúde, adotando a partir dos anos de 1965 (se comparado a países como Alemanha, 1889, França, 1920 e Inglaterra, 1908). Compreende-se, também, dois serviços públicos de Saúde neste país, referentes a populações específicas – pobres, tuberculosos, portadores de doenças venéreas – e referente a crimes ambientais, com atenção pública (DESVIAT, 2008). Conforme o contexto do País,

O tratamento na comunidade ganha espaço frente às formas tradicionais de internação nos manicômios, ampliando a interface entre loucura e sociedade. Por outro lado, o foco dado à prevenção na Psiquiatria norte-americana dava azo a uma profilaxia das enfermidades mentais, que se traduziu no contexto norte-americano em ações tais como o levantamento de necessidades das populações, a realização de consultas externas, a promoção de ações educativas na comunidade e uma política para intervenções em situações de crise (VASCONCELLOS, 2008, p. 60).

No campo da Saúde Mental, críticas ao atendimento Psiquiátrico são identificadas, devido à forma de atuação da Psiquiatria universal, referindo-se ao tratamento de forma secundária dos ditos “loucos”. Portando, expõe à atenção primeira a população em geral, com a exclusão dos loucos (DESVIAT, 2008).

Neste caso, se a ênfase dada à comunidade e aos fatores sociais poderia ser considerada avanços, por sua vez, são correntes também os questionamentos acerca da postura da psiquiatria como uma prática tão-somente de emergência e da entronização do aspecto preventivo. Esta prevenção exacerbada, confinada na ideia de fatores de risco, carrega buscas, no seio da sociedade, por suspeitos que poderiam portar potencialmente uma doença mental, dando margem à psiquiatrização do social (VASCONCELLOS, p. 61).

Desta maneira, o aspecto de cunho preventivista buscava identificar sujeitos com possíveis transtornos mentais, o que causava uma psiquiatrização geral, que não se considerava o sujeito para além da doença mental, utilizando-se apenas da medicação como forma de tratamento.

Na Itália o movimento da Reforma Psiquiátrica foi fundamental, pois a partir deste movimento podem-se questionar os modos de internação e tratamento nas instituições, sendo um destes questionamentos a falta de liberdade do sujeito, liberdade qual “[...] Pinel já reclamara clamorosamente o direito à liberdade. Mas a liberdade de que Pinel falava tinha sido concedida num espaço fechado, e deixada nas mãos do legislador e do médico, que a deviam dosar e tutelar” (BASAGLIA, 2005, p. 23). Ou seja, soltam-se as correntes apenas no espaço físico, estes continuarão por submeter a práticas desumanas e regras forçadas, onde se fazia necessário uma solução que pudesse dar conta da liberdade do homem fora do hospital como base fundamental para um tratamento humanizado (BASAGLIA, 2005).

A Reforma Psiquiátrica na Itália teve seu início a partir da segunda metade do século XX, sob os preceitos dos médicos psiquiatras italianos, sendo o Franco Basaglia um dos mais atuantes. A Reforma foi disparada pelos questionamentos e pela necessidade da liberdade do doente mental para um tratamento fora do manicômio,

isso a partir da visão da psiquiatria italiana na figura de Basaglia. Até então os tratamentos eram apenas de forma agressiva e violenta, o que fez surgir às críticas e a demanda pela mudança na forma de lidar e tratar os loucos (FOUCAULT apud BASAGLIA, 2005). Neste sentido, não se pensava que o sujeito com demandas psíquicas poderia gozar de sua liberdade e resgatar sua subjetividade, sendo a instituição uma maneira de manter o sujeito alienado, sendo o sujeito objetificado.

Segundo Foucault apud Basaglia (2005), tal objetificação acima citada ocorreu por anos. Esse processo caracterizou-se pela invisibilidade do sujeito dentro da instituição. Portanto esse sujeito não tinha voz e nem vez, eram apenas sujeitos de estudo, sem liberdade. Esta situação em si posteriormente vem a problematizar o entendimento a acerca desses sujeitos institucionalizados, o que causou controvérsias, pois se pretendia a liberdade do sujeito em tratamento, conforme preceitos da Reforma italiana iniciada por Basaglia.

A imagem do institucionalizado corresponde, portanto, ao homem petrificado dos nossos hospitais, o homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar; o homem aplacado e livre dos excessos da doença, mas já destruído pelo poder da instituição; o homem que só poderá ser impelido à busca de si mesmo, à reconquista da própria individualidade somente pela posse da própria liberdade (BASAGLIA, 2005, p. 27).

É importante salientar que, esse questionamento acerca da liberdade ao paciente institucionalizado, se deu partir das transformações produzidas também pelos fármacos, uma vez que até as teorias psicodinâmicas foram ignoradas. Assim, fez-se necessário enfrentar o problema que se encontrava num espaço fechado, tanto físico como subjetivo a fim de reconquistar essa liberdade, pois o sujeito internado não tinha construído ainda nenhum laço com a sociedade e essa liberdade não poderia ser garantida nem pelo médico nem pelos fármacos (BASAGLIA, 2005).

Em vista disso, foram feitas algumas mudanças a fim de tornar concretos os questionamentos em que embasavam os médicos psiquiatras, e iniciar uma prática que compõem a liberdade do sujeito, participação nos hospitais durante o dia e iniciar uma relação entre usuário e comunidade (BASAGLIA, 2005).

Essas medidas foram em torno da introdução de fármacos para uma contenção física do doente; tentativa de reeducação teórica e humana do pessoal; reatamento dos vínculos com o exterior; destruição das barreiras físicas; abertura das portas segundo o sistema open door; criação de Hospital de dia em um prédio; tentativa de organizar a vida no hospital os conceitos de uma comunidade terapêutica (BASAGLIA, 2005, p. 30).

Deste modo, foram feitas diferentes estruturas de cooperativas de trabalho, com o objetivo de construir formas de cuidados para com os doentes, de maneira que estes possam se relacionar e criar vínculos sociais. Estas estruturas são de produção artística, intelectual e de prestação de serviços (BASAGLIA, 2005).

Na Itália, o proposto foi realizado uma reivindicação com preceitos da Reforma Sanitária que pudesse abolir os manicômios e que pudesse se instaurar uma Lei que permitisse um Sistema de Saúde Nacional, universal e equitativo (DESVIAT, 2008).

O processo contra o manicômio (título com que foram compiladas as atas do histórico Congresso de Psiquiatria Social realizado em 1964, em Bolonha) chegou prontamente a uma conclusão, uma vez conquistada à cidadania por um movimento inserido nas lutas sociais. A sociedade Italiana condenou o manicômio com a Lei 180, de 1978, que decretou sua extinção (DESVIAT, 2008, p. 43).

Franco Basaglia foi o grande precursor da Reforma Psiquiátrica, que estabelece a Lei 180 e é aprovada em 1978, que proíbe a partir de então, o internamento de pessoas com doenças mentais, e a construção de novos hospitais psiquiátricos (DESVIAT, 2008).

2.2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil e direitos humanos

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu apogeu na década de 1970, juntamente com outros movimentos, como a Reforma Sanitária e a luta pela abertura democrática no país. Esses movimentos foram liderados por intelectuais, trabalhadores do campo da Saúde e com a participação da sociedade civil organizada e não organizada. Portanto, a Reforma Psiquiátrica se deu num conjunto de forças sociais que buscavam melhorar as condições de Saúde em geral e em particular a situação dos sujeitos com transtorno mental, que no Brasil não foi diferente em relação ao que se conhece sobre a história da loucura e as formas de lidar com os sujeitos adoecidos (VASCONCELLOS, 2008).

Citar a Reforma Psiquiátrica nos leva a necessidade de contar um pouco da sua história, enfatizando a forma como ela nasceu em termos de ideais, as lutas desencadeadas e a conquista dos direitos para usuários da rede de Saúde mental.

A partir das mudanças ocasionadas pela Reforma Psiquiátrica a nível mundial na década de 70, o Brasil começou a diferenciar seu cenário, este até então

compartilhava dos modelos manicomiais e práticas de exclusão semelhante aos outros países (AMARANTE, 2013).

Um dos marcos inicial da Reforma Brasileira ocorreu a partir do Dinsam, (Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão governamental responsável pela condução das políticas da área) e da posterior criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), desdobramento da tensão política gerada na ocasião. O Dinsam estava ligado ao Ministério da Saúde. Em 1978, ocorreu a greve que teve como consequência a demissão de 260 profissionais e estagiários (AMARANTE, 2013).

A contratação de profissionais bolsistas, por meio de recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental, foi a saída para dar continuidade aos serviços interrompidos pela greve, o que contribuiu para aumentar ainda mais a precariedade da situação de trabalho dos profissionais (AMARANTE, 2013).

A crise deflagra-se em 1978 com uma greve nas quatro unidades do DINSAM no Rio de Janeiro e tinha como mote a denúncia acerca das irregularidades nas condições de trabalho e de assistência, vividas tanto por pacientes quanto por profissionais da área de Saúde Mental. As reivindicações trabalhistas, o combate à excessiva privatização da assistência e as críticas ao modelo hospitalocêntrico plasmam-se em uma teia bem heterogênea, a partir da qual surge um espaço de discussão sobre o caráter do tratamento psiquiátrico no Brasil. A crise desemboca na demissão sumária de estagiários e profissionais grevistas e acaba repercutindo na mídia e na opinião pública (AMARANTE, 2013, p. 48).

Amarante (2013, p.52) descreve a situação de trabalho destes profissionais “[...] trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas [...]”.

Os bolsistas contratados para atuarem nos hospitais ao se depararem com a situação, juntamente com outros profissionais, inclusive de outras regiões se unidades tornaram pública a precariedade dos serviços e das condições de trabalho, gerando oito meses de destaque na mídia como um acontecimento desumano e contrário ao que se espera de uma rede de serviços de Saúde (AMARANTE, 2013).

Juntamente com esse movimento da crise do Dinsam e a precariedade do sistema em 1978 nasce o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental). O movimento dos trabalhadores entrou em uma luta social e política a favor de condições humanas e de uma transformação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2013). E ainda,

Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2013, p. 55).

As principais reivindicações do MTSM estavam ligadas as melhorias salariais; formação de recursos humanos; relações entre instituição, clientela, profissionais e ao modelo médico-assistencial. Este modelo médico-assistencial trata-se da relação do médico com o paciente, causa a ser discutida, pois o modelo era centrado apenas nas causas biológicas, desconsiderando outras formas de intervenção com as pessoas com doenças mentais (AMARANTE, 2013).

Neste contexto, foi efetiva a luta dos Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental, que a partir das conferências e debates, onde foram realizadas várias denúncias inclusive sobre a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada, que possibilitou numa construção crítica acerca da influência da psiquiatria com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Grandes debates e discussões sobre a elitização dos serviços ocorreram no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro e no I Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental. Neste último, a crítica ao modelo asilar em hospitais psiquiátricos públicos foi abordada, tendo enfocado também as medidas de assistência, as teorias bases para a realização dos serviços, e a possibilidade de mudança política no setor de Saúde Mental (AMARANTE, 2013).

A preocupação com os pacientes se estende para uma discussão mais ampla que envolve não somente a área da saúde, mas também a de Direitos Humanos, tendo sido criada a partir dessas uma comissão parlamentar de inquérito (CPI) que visava apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil e rever a legislação penal e civil no que tange aos direitos do doente mental. Além disso, essa CPI buscou articular o movimento social em direção à conquista da abertura política e democrática no país (AMARANTE, 2013).

O início da história dos movimentos ligados aos direitos humanos inclui os esforços filosóficos para definir os direitos naturais de todas as pessoas, campanhas internacionais como a abolição da escravatura, e a publicação de documentos históricos como a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, na França (1789), e a Declaração de Independência dos Estados Unidos. Entretanto, o atual movimento dos direitos humanos começou efetivamente depois da Segunda Guerra Mundial, como reação às atrocidades do Holocausto na Europa. A determinação de evitar a repetição

de uma tragédia semelhante levou a criação das Nações Unidas, em 1945, e mudou dramaticamente o significado dos Direitos Humanos (MANN, 1996, p. 137).

Deste modo, as reivindicações feitas pelo MTSM ao novo modelo de tratamento aos pacientes psiquiátricos estariam de acordo com a defesa dos pacientes e toda a população que se serve dos serviços da saúde em geral que é pautado de forma primeira nos princípios dos Direitos Humanos. Em vista disso,

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo realizada em 25 a 28 de junho de 1987, com objetivos a regulamentação da 8ª conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, usuários e demais segmentos representativos da sociedade, estrutura-se a partir de três temas básicos: economia, sociedade e Estado - impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doenças mentais - direitos, deveres e legislação do doente mental (AMARANTE, 2013, p. 75).

No entanto, foram feitas algumas recomendações importantes acerca do I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, sendo estas em torno de que os trabalhadores da área se esforcem no trabalho em conjunto com a sociedade civil para que as práticas possam oferecer melhores condições aos pacientes, combatendo a psiquiatrização, democratização nas unidades de saúde; Trabalhar na implementação das políticas públicas de Saúde Mental, reconhecendo os espaços não profissionais criados pela comunidade visando à promoção da Saúde Mental; a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (AMARANTE, 2013).

2.2.3 Desinstitucionalização e Desospitalização

A desinstitucionalização dos pacientes mantidos em regime de internação se deu a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e com os avanços das políticas públicas de Saúde no Brasil. A Saúde Pública no Brasil teve grande repercussão em torno de repensar um serviço humanizado para a população em geral, e em específico para as pessoas que sofriam de doenças mentais (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007).

No entanto, vale salientar que “[...] a noção da desinstitucionalização surge nos Estados Unidos, no governo Kennedy, mas seus princípios e as medidas adotadas são basicamente de desospitalização” (HIRDES, 2009, p. 299). A desospitalização seria o abandono ao paciente, pois não assegura o tratamento adequado, resultando em consequências negativas, como o desamparo dos pacientes crônicos nos

cuidados em geral, terapêuticos e na assistência humana (HIRDES, 2009). Sendo uma estratégia que causou desassistência, não contribuindo para a evolução do tratamento das pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico.

Segundo Basaglia (2010) os sujeitos institucionalizados no modelo manicomial não tinham qualquer tipo de perspectiva de vida senão serem trancafiados por anos dentro de um manicômio, sendo objetificados pelo viés da medicina e do olhar de exclusão que atravessou e atravessa a sociedade, onde perdiam todo o vínculo familiar, visto que, pelo viés da desospitalização o sujeito ao sair do hospital psiquiátrico não tinha alternativas como medida de cuidado, por isso, foi preciso pensar na reintegração do sujeito em seu meio familiar, junto a sociedade, reforçando o conceito da desinstitucionalização como nova proposta terapêutica.

A desinstitucionalização pode ser entendida como uma desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental Brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana e essa visão é caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007).

Dentre as possibilidades em inserir os sujeitos na sociedade, uma importante contribuição do movimento da Reforma Psiquiátrica seria de pôr um fim nos métodos de tratamento desumanos e violentos, bem como a implementação das ações de restituição dos direitos dos cidadãos, aderindo a uma maneira de tratar que pudesse reinseri-los na sociedade (DIMENSTEIN; SALES, 2009).

Nesse sentido, o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial e a construção de novas realidades, segundo novas bases epistemológicas, políticas e sociais, operando transformações de toda uma cultura que sustentou a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007).

Sendo assim, acontece uma mudança centrada na substituição do modelo manicomial por dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial, rompendo-se com o modelo sanitarista, a partir de debates começam

então a criar serviços em Saúde Mental que tinham a capacidade de serem substitutivos à internação psiquiátrica como as Residências Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial CAPS (RIBEIRO; LUZIO; 2008).

2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) E SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental é um campo de conhecimento, onde vários profissionais trabalham no âmbito das políticas públicas de forma integrada nos cuidados com as pessoas que utilizam do serviço. O campo da Saúde Mental conquistou grandes avanços, uma vez, que trabalhar em Saúde Mental era restrito apenas da psiquiatria, ou seja, em outros tempos em que trabalhar a Saúde Mental era de cunho manicomial, hospitalocêntrico para as pessoas consideradas loucas, agressivas e violentas (AMARANTE, 2007). Atualmente ao trabalhar com a Saúde Mental, faz-se necessário repensar os conceitos em torno da loucura, como esta era vista pela sociedade e tratada em âmbito médico. Para, além disso, a saúde passa a não ser simplesmente a ausência da doença, mas como um construto sócio histórico multifacetado.

Com a evolução do processo saúde e doença, caráter que foi se desmistificando com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e com a ampliação da saúde, o tratamento em Saúde Mental passou a ser humanizado, visando à integralidade do sujeito e as políticas públicas no Brasil foram se adaptando a este novo processo de conceber o sujeito e todas as suas manifestações psíquicas (AMARANTE, 2007).

Fato é que as concepções acerca do viés da saúde estão vinculadas aos processos de qualidade de vida da população e de produção social da saúde (AMARANTE, 2007). Diante disto, “[...] a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (AMARANTE, 2007, p. 18).

Desta forma, para Amarante (2007), o homem não é apenas um somatório de mente e corpo, saúde ou doença, biológico ou psicológico; o homem precisa ser concebido de maneira holística em sua totalidade, ou seja, “[...] uma visão de Saúde Mental para além das condições biomédicas do ser humano, uma visão simplista do ser humano em sua subjetividade, em sua maneira de se situar no mundo [...]” (Amarante 2007, p.19). Frente a esses preceitos em torno da Saúde Mental, as

políticas públicas foram evoluindo em favor da criação de serviços que pudessem melhor atender a população que se encontrava desamparada e desassistida em algumas de suas demandas em Saúde Mental.

No Brasil surge o primeiro CAPS na cidade de Santos em 1987, bem como, as primeiras intervenções da Secretaria Municipal de saúde em 1989. Este CAPS iniciou-se em um hospital psiquiátrico chamado Casa de Saúde Anchieta, que era local onde aconteciam práticas de violência, maus tratos e consequentemente muitas mortes ocorriam nestes espaços (BRASIL, 2005, p. 22).

Este meio de intervenção teve repercussão nacional, onde foram criados vários modelos substitutivos, inclusive os NAPS 24 horas (Núcleos de Atenção Psicossocial) no município de Santos, nesta época pode se pensar em estratégias que pudessem ser substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e a possibilidade de uma construção na assistência de cuidados as pessoas portadoras de doenças mentais, que não sejam apenas os médicos psiquiátricos. Este modelo repercutiu por vários Estados, sendo uma primeira experiência a um modelo antimanicomial, este passou a ser um grande marco da Reforma Psiquiátrica no contexto da Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2005).

Em 1992 a partir dos movimentos sociais que tiveram influência sobre a Lei de Paulo Delgado, vários estados brasileiros aprovam as primeiras Leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2005).

A década de 90 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde. Processo esses que traçaram algumas diretrizes para transformação da assistência psiquiátrica na América Latina (Lancetti, 1992).

Entram em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (LANCETTI, 1992).

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, aprovou-se a Lei de Paulo Delgado no País. A Lei Federal 10.216/2001 redireciona a assistência em Saúde Mental. Isto mostra que a luta por condições humanizadas para esses usuários foi de grande persistência e enfrentamento de forças contrária na

sociedade que defendiam o modelo manicomial (BRASIL, 2001). Com a legalidade da Lei, são criadas pelo Ministério da Saúde espaços abertos substitutivos ao hospital psiquiátrico, contando com a participação da fiscalização, gestão a redução programada de leitos psiquiátricos no País (BRASIL, 2005).

Ao final do ano de 2001, em Brasília acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta conferência foi de grande importância, pois proporcionou a participação da população nos sistemas da saúde e as estratégias de controle social. Este movimento envolveu cerca de 23.000 pessoas, sendo profissionais da saúde, usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, juntamente com a organização municipal e estadual (BRASIL, 2005).

Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005, p. 10).

O presente estudo ocorrerá no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Saúde Mental que é um dispositivo da rede caracteriza-se como um serviço de especialidade e, portanto, um serviço da atenção secundária. Os CAPS são equipamentos destinados a Atenção em Saúde Mental, álcool e outras drogas, sendo um elo, ou uma parte da tessitura da rede de atenção à saúde integral, portanto deve estar em constante interlocução com as outras instâncias da Rede de Atenção à Saúde, bem como das redes que fazem interface com aspectos relacionados a Saúde Mental, álcool e outras drogas, sendo assim preservado aspecto da intersetorialidade e os processos da desinstitucionalização e desospitalização do paciente.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é um constructo que se deu a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, juntamente com os movimentos do Ministério dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) uma luta social e política com o objetivo de evitar os maus tratos que as pessoas com doença mental sofriam ao longo das internações, rompendo também com os hospitais psiquiátricos. Esta luta culminou junto as formulações das propostas de saúde, assim, os CAPS representam um modelo substitutivo ao modelo manicomial, que funciona como atenção diária evitando internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS regem

sobre a Lei 10.216, que visa garantir aos usuários dos serviços um tratamento digno como qualquer outro cidadão de direitos, oferecendo serviços comunitários com base na humanidade e respeito, visando o benefício a saúde, sua inserção na família, no trabalho e comunidade (FILHO; NÓBREGA, 2004).

Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a divisão dos CAPS se dá pela abrangência de localidade conforme o número de habitantes, sendo que, o CAPS I possui uma capacidade operacional para acolher uma população que permeia 20.000 a 70.000. O CAPS II de 70.000 a 200.000 e o CAPS III populações acima de 200.000 habitantes (portaria g/m). No entanto, o CAPS III se diferencia dos demais pelo fato das ofertas de vagas serem também de acolhimento noturno, por período de dias, para as situações de crise, e estes mantêm um serviço de forma ambulatorial de atenção continuada, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica (BRASIL, 2001). No entanto,

O CAPS é responsável pela saúde mental de toda a área territorial de sua referência e um de seus desafios consiste em conseguir sair da instituição e tornar-se um lugar que não só atenda bem as pessoas, mas que promova uma articulação social e intersetorial. Suas ações e espaços precisam sempre ser ampliados e estruturados de forma a ocupar outros territórios (DELFINI et al., 2009, p. 1483).

Desta forma, são abertos à comunidade vários Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a qual foi designado através Reforma Psiquiátrica e que foi sancionado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 que esclarece as designações gerais dos CAPS (BRASIL, 2001).

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental (BRASIL, 2001).

Assim, tal proposta se baseia nos atendimentos ambulatoriais e regionalizados, podendo os pacientes desenvolver diversas atividades conforme a propostas dos serviços que são disponibilizados pelos profissionais de diversas categorias de acordo com o projeto terapêutico (CAMPOS; FURTADO, 2006).

E ainda acrescenta que os CAPS se constituem num alinhamento aos princípios que norteiam os demais serviços pertencentes aos SUS, é uma estrutura própria, inserida na gestão pública, buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo diariamente (em alguns casos, diuturnamente) uma clientela constituída de pessoas com transtorno mental grave e respectivo familiar por uma equipe multiprofissional (CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 12).

Os CAPS se propõem num espaço de produção de atividades lúdicas e práticas sociais, na qual podem favorecer ao sujeito uma alternativa de lidar com suas questões subjetivas (CAMPOS; FURTADO, 2006).

É importante ressaltar que, as propostas oferecidas pelo CAPS, diferente do que ocorria nos manicômios, não são práticas impostas àqueles que possuem transtornos mentais. São propostas de acordo com o projeto terapêutico formulado pela equipe terapêutica e é o usuário quem decide se as atividades lhe interessam ou não (PÁDUA; MORAIS, 2010).

Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social. Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p. 18).

Assim, os serviços oferecidos em Saúde Mental podem ser considerados terapêuticos quando possibilitarem aos usuários um lugar de fala, expressão e acolhimento. Além disso, avançam no caminho da reabilitação, pois exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Importante ressaltar que dentre os níveis de complexidade dos CAPS iremos abordar com maior ênfase o CAPS II.

Os CAPS II são de assistência psicossocial e inclui diversas atividades como atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros; Atendimentos em grupos; Atendimentos em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; Visitas domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias enfocando a integração do sujeito com sofrimento psíquico na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2001, p. 25).

As prestações de serviço dos CAPS aos usuários compõem uma dinâmica que envolve colaboração, responsabilidade, respeito mútuas, organização dentre outras possibilidades, que permeiam a ética profissional, assim, “[...] os usuários, comunidade e toda a gestão estão diretamente envolvidos no contexto de políticas públicas de não abandono ao usuário e de desconstrução do circuito hospitalocêntrico em Saúde Mental” (FILHO; NÓBREGA, 2004, p. 374).

2.4 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Pode-se dizer que o Brasil passou por diversos estágios até chegar ao atual sistema de Saúde que conhecemos, devido a vários fatores ligados principalmente a sua vasta dimensão territorial e populacional. Quando colônia de Portugal, ou durante o período Imperial, os principais desafios eram voltados às doenças pestíferas e a assistência à Saúde se dava em Santas Casas de Misericórdias e instituições sanitárias portuárias. Desse modo, a assistência à saúde era de cunho curativista e preventivista e centralizador, no qual as ações se desenrolavam em torno da cura, que não tinham objetivo de prevenção e que tais práticas eram ofertadas à uma parcela da população que contribuía para o instituto INAMPS (PAIM et al., 2011).

Somente a partir do século XX se iniciam de fato, atividades ligadas à Saúde Pública, que anteriormente não tiveram boa aceitação por parte da população, por serem autoritárias e de cunho militar, pois, estas propostas eram impostas à população sem sua participação nos processos da saúde e doença. Uma delas era a revolta da vacina, obrigatória em 1904, sancionada por Oswaldo Cruz que na época era diretor geral de Saúde Pública, trouxe várias implicações, uma vez que as casas das pessoas eram invadidas e muitas vezes destruídas (PAIM et al., 2011). Nesta época entram em cena juntamente com a institucionalização do Ministério da Saúde Pública, campanhas sanitárias contra febre amarela e tuberculose, também um melhor amparo social ao trabalhador rural e urbano com a Previdência Social para a classe trabalhadora com carteira assinada (PAIM et al., 2011).

Apesar desta proposta de melhoria na saúde, milhares de brasileiros que trabalhavam sem carteira de trabalho assinada ou em trabalhos esporádicos com vínculos informais, tinham dificuldades em obter serviços de saúde, que muitas

vezes eram pagos com seus próprios recursos financeiros ou oferecidos por instituições filantrópicas (PAIM et al., 2011).

Anos mais tarde, a luta por melhores condições de Saúde e por um país democrático no Brasil, começa a se projetar, por meio do movimento social sanitarista que se iniciou em meados de 1970. Este movimento social e popular contava com a participação de trabalhadores, movimentos estudantis e também de diversos profissionais dos setores da Saúde. Um dos objetivos iniciais desse movimento social foi a busca por melhores meios de assistência à Saúde da população. Neste período foi contextualizado pela ditadura militar e repressão política dos direitos democráticos e da Saúde (PAIM et al., 2011).

2.4.1 A organização dos serviços do sistema único de saúde (SUS)

A Saúde Pública no Brasil passou por grandes desafios, uma vez que o sistema de saúde vigente sofria grandes críticas por parte dos trabalhadores de Saúde, dos usuários do sistema e por parte de intelectuais que abraçaram a causa da Saúde Pública Universal e da abertura democrática no país, dando ênfase à participação da sociedade civil organizada e não organizada. Portanto, foi preciso a mobilização de classes trabalhadoras, política e social em prol de um país que pudesse oferecer melhores condições de vida a população e sem restrições, proclamando a necessidade de um sistema de Saúde Pública Universal, ou seja, acessível a toda a população em prol de uma vida saudável e com qualidade (BERTOLLI FILHO, 2011).

Com o objetivo de estruturar e melhorar o atendimento em Saúde para a população brasileira, a regulamentação do SUS foi feita através da Lei Orgânica 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, que define os princípios e diretrizes deste sistema em seu Art. 7º:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2007, p.374).

A partir do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como direito universal à população brasileira, foram elaboradas algumas vertentes acerca da distribuição da oferta dos serviços de Saúde com a finalidade de ampliar a rede de forma que o sistema pudesse garantir um melhor acesso a população, isso para atender a um dos princípios, a saber, o princípio da universalidade. Ainda segundo os preceitos para a sua implantação, a forma de organização regionalizada e hierarquizada pressupõe estratégias em níveis de atenção diferenciados como uma maneira de ampliar o sistema ao atendimento da população, buscando a atenção desde o nível básico, secundário e ao terciário, integrando o Sistema para a integralidade da atenção à Saúde, também um preceito doutrinário previsto e necessário à implantação do SUS, fruto de demandas sociais e composições de forças do diferentes movimentos e da instituição governamental (BRASIL, 2011; PAIM et al., 2011)

O acesso aos serviços dos SUS é aberto a qualquer pessoa, seguindo seus princípios doutrinários que propõem a Universalidade - princípio visa que todo

cidadão brasileiro possa utilizar os serviços de Saúde do SUS, este direito é universal e independe de qualquer fator social e econômico. É um direito garantido pelo Governo que atende às esferas municipais, estaduais e federais à toda população. A Integralidade – O direito à Saúde deve abranger de forma integral à população, inclusive na ausência de doença. O Estado deve atuar na promoção da Saúde e prevenção de doenças, e na Saúde como um todo físico, mental, atendimento terapêutico e assistência farmacêutica. A Equidade – Como um princípio que prevê o acesso à Saúde diferencialmente dos desiguais, traduz a noção de justiça, onde os desiguais devem ser tratados desigualmente de forma a terem seus direitos garantidos (BRASIL, 1990).

Desta maneira as pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental, antes de serem encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial, serviços ambulatoriais que são caracterizados como serviços da instância secundária poderão ser acolhidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Estratégia da Família (ESF), que são serviços ligados à atenção básica ou primária de assistência à Saúde. As UBSs e USFs são consideradas porta aberta para o acesso ao Sistema Único de Saúde e têm como característica, organizar e encaminhar as demandas de acordo com a necessidade do usuário, procurando distribuir de forma efetiva e resolutiva os serviços dispostos na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2005). Um desses serviços são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como enfatizados anteriormente classificados como serviços de atenção secundária.

A Rede de Atenção à Saúde Mental é de grande importância para garantir o acesso dos usuários de forma universal, buscando propor ações de cuidados em Saúde Mental de forma integral, equitativa; e visando um atendimento ampliado de acordo com as necessidades dos usuários. Vale ressaltar que as ações propostas deverão reconhecer os conhecimentos advindos dos usuários e da comunidade, pois a participação dos usuários e da sociedade é essencial para o crescimento e fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005).

Com relação aos princípios organizativos, estão os de hierarquização, descentralização, controle social que prevê a participação social e regionalização. Esses princípios devem atuar conjuntamente para que o sistema funcione harmoniosamente, estes dão autonomia às esferas federal, estadual e municipal para promover o acesso da população à sociedade, formando uma rede de

atendimento, sendo que cada instância governamental possui atribuições de gestão específicas. A importância desses princípios é fazer a rede alcançar o máximo possível de pessoas que buscam os serviços dos SUS, facilitando o acesso e funcionando como um filtro de acordo com as demandas (BRASIL, 1990).

É de suma importância salientar que o controle social, uma das diretrizes do SUS, prevê a participação da sociedade nas ações ligadas à saúde (promoção, prevenção, assistência e distribuição de recursos). Essa participação inclui a comunidade, os trabalhadores da saúde e seus gestores, visando impulsionar o protagonismo e autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da Saúde Coletiva através das Conferências Nacionais de Saúde e Conselhos de Saúde e a aplicabilidade das propostas lançadas e aprovadas, bem como a fiscalização dos recursos financeiros (BRASIL, 1990).

Atenção Básica ou Atenção Primária é considerada como sendo a porta de entrada de acesso do cidadão ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças. Dentre as diferentes estratégias da atenção primária ou básica da saúde estão as (UBS) Unidade Básica de Saúde, Consultório na Rua, Apoio aos Centros de Convivência e Cultura, o (PAB) Programa de Agentes Comunitários e a (ESF) Estratégia da Saúde da Família (PAIM et al., 2011).

Na perspectiva da Estratégia da Saúde da Família (ESF), busca-se oferecer serviços de saúde a toda população, em seu próprio território, sendo esses serviços de caráter integral e contínuo, podendo ser interligado aos outros níveis de atenção em saúde sempre que se fizer necessário. Desta forma, a ESF também tem por objetivo identificar e acolher pessoas que apresentam sofrimento psíquico ou transtornos mentais já configurados, desde que não sejam casos severos, pois que estes deverão ser encaminhados para serviços especializados, ou seja, os CAPS Saúde Mental (PAIM et al., 2011).

A ESF tem como princípio o acolhimento as diferentes demandas que surgem, no território onde esta se localiza. Portanto, pressupõe que a equipe que compõe tal estratégia tenha conhecimento das características do território e das pessoas que fazem uso da USF. Sendo assim, o vínculo estabelecido entre usuário e equipe torna-se o pilar básico para intervenções resolutivas nesse âmbito (HIRDES, 2009).

“[...] novas modalidades de cuidado do processo de adoecimento, produzindo tecnologias diversas que propiciam um melhor cuidado. Essa é uma preocupação que envolve as pessoas e as relações. O cuidado requer envolvimento com o outro, está ligado à idéia de co-responsabilizar-se pelo outro, de envolver-se com o sofrimento do outro, de solidarizar-se com o outro. Então, pressupõe vincular-se a alguém e isso requer disponibilidade para o outro, para o inusitado, para a relação” [...] (HIRDES, 2009, p. 298).

Assim, pode-se considerar que a ESF trabalha com o conceito de território, sendo que esta enfatiza em suas práticas a assistência psicossocial aos moradores de determinada população e abrangência, vinculadas a uma unidade básica de saúde que organiza o atendimento à população. (Gondim et al., 2008).

Território de abrangência entendido como a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família e, a territorialização, vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência (GONDIM et al., 2008, p. 12).

A territorialização e o vínculo entre usuários e equipe de saúde da família, uma vez interligados, podem oferecer a possibilidade de forma mais assertiva de elaboração de planos de intervenção com os usuários de acordo com suas demandas, sendo necessário também que este usuário participe da elaboração de seu plano de tratamento. Isso mostra o comprometimento da equipe no processo de corresponsabilização dos usuários com suas condições de saúde, fazendo produzir melhores meios de vida e cuidados com o seu bem-estar geral (GONDIM et al., 2008).

Organizado na atenção básica, o conceito de território compreende não apenas o espaço geográfico, como também conhecer e compreender as necessidades de determinada população, suas demandas sociais, econômicas e o processo de saúde e doença; e as possíveis consequências desses (Gondim et al., 2008). Em vista disso, cabe à equipe de estratégia da saúde, identificar as demandas da população, articulando junto às redes de apoio e discutindo as possíveis intervenções que podem ser tomadas caso a caso.

Portanto, sendo a atenção básica na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família ou na intervenção que as Unidades Básicas de Saúde oferecem, ainda que com sua equipe limitada em relação a ESF, fica constatado que os transtornos mentais fazem parte de suas atribuições de intervenção, desde que não sejam casos graves, severos ou agudos. Assim o cuidado em Saúde Mental da população em geral, incluído desde o nível da atenção básica, vem a fortalecer o princípio da integralidade, uma vez que o sujeito ao entrar no sistema deve ser visto em sua

totalidade. Ou seja, um sujeito que tem suas experiências particulares, que vive em um determinado contexto social e cultural e que tem suas biológicas. Entretanto, não se pode priorizar a visão biologicista em detrimento das demais citadas, uma vez que todas elas compõem o sujeito em sua subjetividade (NASI et al., 2009).

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS que prevê a atenção integral do sujeito considerando o seu contexto social, histórico e político, sendo que este modelo de atenção pressupõe a assistência ao sujeito em sua totalidade, relacionando-o a família e ao meio ambiente em que o sujeito está inserido (NASI et al., 2009). Fato é que o princípio da integralidade é uma proposta da assistência à Saúde que propõe atender toda a população, inclusive na ausência de doença, intervindo na promoção da Saúde e na prevenção de doenças.

Nos casos de pessoas com sofrimento psíquico, a integralidade visa o contato e o acolhimento do sujeito com suas diversas demandas, não especificamente as ligadas à Saúde Mental. Sendo assim, a equipe multiprofissional torna-se indispensável, pois a junção dos diferentes saberes permite uma visão integralizada e com possibilidades de encaminhamentos resolutivos, considerando cada sujeito como um caso a ser discutido pela equipe (NASI et al., 2009).

O trabalho em equipes multiprofissionais na saúde coletiva remete à complexidade e promove experiências que exigem o encontro com as fronteiras disciplinares, com as diferenças e com as vulnerabilidades dos agentes sociais (SEVERO; SIMONETTI, 2010, p. 1963).

No entanto, pode-se considerar que o trabalho em equipe multiprofissional torna-se significativo, uma vez que o objetivo visa integrar os saberes para um melhor cuidado na atenção à saúde, o que torna possível a união de diversas experiências e trocas de olhares no intuito tornarem rico o atendimento nos serviços, visto que muitas vezes este o trabalho multiprofissional pode-se tornar vulnerável se o objetivo não for manter um serviço de multi saberes na ampliação do cuidado (SEVERO; SIMONETTI, 2010).

O Consultório na Rua é uma das modalidades da Atenção Básica que propõe promover Assistência Psicossocial a população de rua. Este consultório é composto por uma equipe de clínico geral, enfermeiro, assistente social e psicólogo. Vale ressaltar que dentre a população de rua, pode-se encontrar pessoas com transtornos mentais, o que leva a necessidade de ser realizada uma intervenção para que este sujeito possa ser inserido na rede de atenção à saúde em geral e na

rede de atenção à Saúde Mental quando necessário. A lógica do consultório na rua é exatamente na direção de trazer para dentro do Sistema de Saúde as pessoas que não estão inseridas nele, sejam sujeitos com transtorno mental ou não. Convém frisar que, muitos moradores de rua sequer chegaram às portas de um estabelecimento de saúde. Sendo assim, é comum que na abordagem esses moradores sejam informados e sensibilizados a necessidade de cuidar da saúde, mostrando a importância de medidas simples como vacinação, testes de HIV e outros, bem como a regularidade de acompanhamentos médicos, odontológicos e interdisciplinares (BRASIL, 2011).

Portanto os consultórios de rua, no que tange a atenção à Saúde Mental, visam trabalhar no sentido de dar assistência no próprio contexto de vida do sujeito, visando uma melhor compreensão da demanda desse sujeito, verificando e definindo de forma conjunta como o serviço pode atuar nesse cotidiano (BRASIL, 2011).

Desse modo, pode-se considerar que os serviços de atenção à saúde estão interligados no propósito de promover cada vez mais uma assistência que se baseia nas particularidades da demanda do sujeito, sendo necessário que esse cuidado seja adaptado ao que o sujeito traz. Em vista disso, cabe à equipe avaliar qual o melhor plano de ação referente ao caso, e assim determinar em qual serviço de saúde ele poderá ser atendido; este serviço pode ser estendido a outros pontos de atendimento, sendo eles de atenção secundária ou terciária (BRASIL, 2011).

A atenção secundária está ligada à prestação de serviço, que visa o atendimento de média complexidade. Compreendem os serviços especializados em consultas ambulatoriais e de especialidades médicas, atendimento de urgência e emergência e atendimentos em Saúde Mental. A atenção secundária propõe a atuação intermediária entre a atenção primária e terciária (BRASIL, 2011). A atenção terciária atua nos casos de alta complexidade, incluindo aí o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização (BRASIL, 2011).

Os serviços de atenção secundária atende a população de média complexidade nas redes de atenção de saúde e está organizado em subcategorias como UPA, Policlínica, CAPS e SAMU. Este nível de atenção secundária compreende a prestação de serviços, equipamentos, materiais e recursos humanos (ERDMAN et al., 2013).

Os tipos de atendimentos realizados na atenção secundária compreendem consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, certos tipos de exames laboratoriais e de imagem e cirurgias. A realização dessas práticas é viabilizada pelo uso de prontuário eletrônico, agenda informatizada e transporte de pessoas em situação de risco, SAMU e ambulância da UPA (ERDMANN et al, 2013. p. 4).

Desta maneira, o sujeito com adoecimento psíquico é cuidado pela atenção psicossocial, podendo ser amparado pelas redes acima supracitadas a depender de sua demanda, podendo se estender aos níveis terciários como nos casos de crise que prevê a internação do paciente para a sua contenção a depender do caso.

Importante destacar que a atenção terciária é um serviço que se entrelaça com os serviços de atenção à saúde, pois muitas vezes é necessário recorrer a ele, pois os CAPS I e II não são providos, nem de recursos e nem em relação às equipes que os compõe, para intervenção na crise quando essa requer a internação (PAIM, 2011). Assim, os profissionais irão avaliar a necessidade do sujeito e articular com a rede, ativando os serviços mais adequados para a intervenção no caso.

Assim como os serviços precisam estar interligados no cuidado, os profissionais que compõem essas equipes precisam construir pontes de comunicação entre eles. Essas comunicações se dão de forma articulada dentro de uma proposta ofertada pelo SUS, e esse apoio mútuo profissional é conhecido como matriciamento. O apoio matricial está relacionado a atenção à Saúde Mental ampliada na rede básica de saúde (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2001).

O Apoio Matricial é um dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da Assistência em Saúde Mental. É um arranjo institucional que foi recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde (2003) como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2001, p. 12).

Desta maneira, o apoio matricial propõe uma articulação entre os profissionais de saúde, onde existe uma troca de olhares, compreensões e saberes, buscando aproximar os serviços e visando desenvolver melhores formas e práticas de intervenção em Saúde Mental.

Os CAPS, assim como as unidades de saúde e USF se inserem em territórios, entretanto outros dispositivos que não são do campo da saúde, também fazem parte do território em que se insere o sujeito a partir da lógica da integralidade tem-se que tal sujeito pode utilizar o espaço do território para o seu bem-estar. Com a concepção da saúde mais ampliada que não visa somente a ausência de doença,

outros equipamentos do território podem contribuir com o seu bem-estar, a isso chamamos horizontalidade do saber, que em outras palavras entendemos como intersetorialidade, ou seja, a saúde não é tratada somente no campo da saúde, mas no campo social, cultural, educacional dentre outros (JUNQUEIRA, 1998).

A intersetorialidade é vista como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social, superando a exclusão social. É uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas. É o espaço geográfico onde se dão as relações, mas que também é construído socialmente (JUNQUEIRA, 1998, p14).

Sobre isso, se busca cada vez mais difundir e ampliar os espaços dos serviços de Saúde Mental, de forma que potencialize essas práticas integrativas em torno de uma integralidade da atuação profissional, como nos Centros de Atenção Psicossocial.

No entanto, os cuidados em Saúde Mental passam a ser traçados de forma conjunta, onde cada profissional contribui; e as equipes traçam melhores planos de tratamento coletivo e individual, englobando todas as particularidades do sujeito e dos serviços, ou seja, existe uma necessidade em articular os serviços disponíveis à necessidade do sujeito. Essa articulação pode se dar por meio do Projeto Terapêutico Singular PTS (BOCCARDO, 2011).

Esta é uma estratégia do serviço dos CAPS que a equipe desenvolve a fim de discutir junto ao usuário qual é a melhor proposta, considerando sua participação e aceitação. Desta maneira,

O projeto terapêutico é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido (BOCCARDO et al., 2011, p. 17).

Boccardo (2011) defende que o PTS é uma estratégia que envolve a Saúde Mental definida pela equipe multidisciplinar que visa não somente englobar o sujeito e suas questões, mas também a inclusão dos familiares, contexto de vida do paciente, permitindo o desenvolvimento de suas potencialidades e a inclusão social dos mesmos.

Deste modo subentende-se que, a inclusão dos pacientes nas atividades é desenvolvida pela equipe, que visa o sujeito em sua totalidade, sendo as atividades

elaboradas a partir da demanda do paciente considerando sua saúde, seu bem-estar, visando a necessidade do paciente estar integrado em seu território, desenvolvendo laços sociais na comunidade.

A proposta de multidisciplinariedade consiste em uma comunicação entre profissionais das diferentes áreas e conseqüentemente a construção de propostas cada vez mais integradas, onde o saber de cada profissional se complementa entre si. Para Santos (2007):

[...] os termos multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, tem sido cada vez mais utilizado para indicarem de modo mais específico as diferentes formas e graus de comunicação entre as disciplinas (SANTOS, 2007, p. 53).

O trabalho com equipes multidisciplinares na Saúde Mental pressupõe “[...] que o sofrimento psíquico é decorrente de uma complexa teia de eventos biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos, logo as formas de atenção a ele, para o seu arrefecimento, necessitam ser as mais diversificadas” (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007, p. 32).

Nos CAPS a proposta é de funcionar de forma integrada, onde uma equipe mínima possa contribuir com as diversas práticas. Essa equipe é composta por enfermeiros, assistente social, médico psiquiatra, médico clínico geral, terapeuta ocupacional, psicólogo, pedagogo, artesãos e outros profissionais necessários aos projetos terapêuticos (BRASIL, 2001). Sendo que as equipes são norteadas pelos preceitos da integralidade do saber, onde se propõe a construir propostas terapêuticas horizontalizadas.

Assim, no CAPS o paciente será acolhido e acompanhado por diversos profissionais conforme sua demanda e sua disponibilidade. As equipes que constituem os serviços de Atenção Psicossocial têm como proposta a intervenção em Saúde Mental em articulação com os preceitos da clínica ampliada, que se fundamenta na gestão dos processos de trabalho, visando à subjetividade e autonomia do paciente (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007).

Portanto a clínica ampliada,

[...] propõe um trabalho de forma integrada entre os profissionais e os processos de trabalho na ampliação, compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do ‘objeto de trabalho’, a transformação dos ‘meios’ ou instrumentos de trabalho (BRASIL, 2011, p. 18).

No entanto, cabe aos profissionais da Saúde Mental estar comprometidos com o acolhimento do sujeito na forma como ele se apresenta. Assim, os profissionais são convocados a abrir mão do setting terapêutico, conforme conhecido na atuação na clínica, para refletir sobre a situação apresentada como demanda individual e subjetiva e manejá-la, buscando uma efetividade e resolutividade na intervenção mais adequada, sem ficar preso a padrões e protocolos que podem engessar sua atuação. Para Lancetti (2009) a proposta da clínica peripatética se dá pelo movimento de expressão subjetiva que acontece nas conversações, encontros e no território exigindo que os profissionais estejam sensíveis e atentos a essas expressões, de forma que possa melhor atender o usuário do serviço.

2.5 A entrada da psicologia no campo da Saúde Mental

Com os avanços da política de Saúde no Brasil, juntamente com a Reforma Psiquiátrica pode-se identificar um crescente aumento dos profissionais de diversas áreas, inclusive da psicologia no Sistema de Saúde. Estes estão distribuídos em diversas instituições, inclusive na Rede de Atenção à Saúde Mental, Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, ambulatorios, prontos atendimentos (PAs) e Centros de Atenção Psicossocial (IGLESIAS et al., 2009)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contam com uma equipe integrada na realização de atividades e práticas médicas, sendo que as atividades desenvolvidas nos CAPS são preferencialmente realizadas por uma equipe de nível médio e superior, tendo como objetivos a realização de atividades em um espaço psicossocial (IGLESIAS et al., 2009). O que significa que as intervenções nos CAPS precisam ser entendidas como ações que se referem ao sujeito que se constitui a partir de sua inserção social e no território em que habita e, por conseguinte, onde busca apoio para as suas necessidades de saúde, educação, segurança, cultura, lazer, dentre outros. Trata-se então de um equipamento que tende a vislumbrar toda a potencialidade que o território proporciona no que se refere ao bem estar integral do sujeito.

A psicologia teve sua inserção no SUS a partir da década de 70. Nesta década aconteceu a ampliação das intervenções em psicologia em diversas áreas, inclusive na Rede Pública de Atenção à Saúde, devido às transformações sociais, políticas e

econômicas da época, que incrementaram os movimentos sociais no sentido de buscar melhorar as políticas sociais de uma forma geral (IGLESIAS et al., 2009).

A entrada da psicologia na Saúde Pública trouxe um novo olhar para contribuir com as práticas ali desenvolvidas, que até então seguiam, mais fortemente, o modelo médico, assistencial e privatista, que já dava mostras de suas limitações pela via de ações voltadas para as práticas médicas curativas em detrimento de uma visão do sujeito integral, conforme recomenda um dos princípios doutrinários do SUS, o princípio da integralidade (IGLESIAS et al., 2009).

Vale ressaltar que a prática do Psicólogo nos SUS se configurou oficialmente a partir da década de 80 e tem como marco algumas diretrizes do SUS que preconiza atendimento integral aos cidadãos como um de seus princípios doutrinários, o que leva a outra visão do processo de adoecimento, que agora não se baseia mais somente no orgânico e no biológico, mas nos aspectos subjetivos e psíquicos, bem como nas condições de vida e trabalho, sendo que os fatores envolvidos no processo de adoecimento devem ser analisados considerando aspectos sociais e culturais, juntamente com as equipes multidisciplinares (IGLESIAS et al., 2009).

A formação do psicólogo privilegia, em grande parte, o modelo clínico, o que muitas vezes na rede pública de saúde não é possível devido a características próprias de um sistema que preconiza a universalidade, a integralidade e a participação do usuário na construção de seu projeto terapêutico. Sendo assim, o modelo de Atenção à Saúde pós Reforma Sanitária e pós Reforma Psiquiátrica, reforça a necessidade de o psicólogo e demais profissionais que estão inseridos nesse Sistema, e desenvolverem práticas que considerem a inserção social do usuário, diferenciando-se do modelo biomédico e do modelo asilar em se tratando de Saúde Mental, que traz como modelo substitutivo os Centros de Atenção Psicossocial (GALETTI, 2004, p.17). Entretanto:

[...] mudanças recentes na forma de inserção dos psicólogos na saúde e a abertura de novos campos de atuação vêm introduzindo na prática transformações qualitativas. A respeito das práticas na área da saúde e a emergência da psicologia da saúde, como campo de saber, está intimamente relacionado com as transformações que vêm ocorrendo na inserção do psicólogo na saúde (SPINK, 2007).

Para Spink (2007) é de grande importância considerar a constituição da psicologia como campo da ciência e do saber científico, o que trouxe relevantes e significativas

políticas adotadas pela então Coordenadoria de Saúde Mental levou à criação de equipes de Saúde Mental integradas.

Assim, faz-se necessário conhecer as condições de produção dos saberes da psicologia e suas competências profissionais e utilizar de maneira científica e subjetiva esses conhecimentos (SALES; DIMENSTEIN, 2009). Sendo que, tais competências podem estar ligadas à escuta de uma linguagem muitas vezes sem palavras, a partir da qual essas produções podem instituir canais de troca e encontro e criar novos universos existenciais (MENDONÇA, 2005). Sendo assim, ainda que não seja possível,

[..] desconsiderar que a adesão do psicólogo às ideias e valores individualistas, de forma que o seu saber e sua prática são voltados para a intimidade e privacidade dos indivíduos, além de caracterizar um dos aspectos mais importantes da sua cultura profissional: o fato da profissão ser colada ao modo de ser do sujeito, à sua compreensão de si (DIMENSTEIM, 2000, p. 67).

Há que se elaborar uma visão crítica que visa o manejo da situação da forma como ela se apresenta e representa a constituição subjetiva de cada sujeito, fazendo emergir práticas para além de abordagem individuais sem deixar considerar o sujeito em si e suas produções subjetivas, que poderão ser captadas e manejadas em diversas situações no âmbito da Atenção à Saúde.

Vale ressaltar a importância da psicologia e sua atuação em instituições da saúde, sendo que, por muitos anos os usuários passaram por práticas desumanas e de maus tratos, foram ignorados em sua subjetividade, sua maneira de se colocar no mundo. O psicólogo na instituição deve ser um facilitador do processo de autonomia do sujeito, proporcionando que este se aproprie cada vez mais dos espaços públicos e sociais.

Portanto, a psicologia no campo da saúde está integrada em uma equipe multidisciplinar; e esta integração é de grande importância no sentido de articular junto à equipe formas de tratamento mais humanizadas aos usuários do serviço.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa se baseia em obter os conhecimentos a partir do método descritivo de cunho qualitativo. Para Minayo (2006, p. 54) “[...] o método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador”.

Desta maneira, o método qualitativo favorece ao pesquisador obter informações acerca do conteúdo coletado com certa propriedade, sendo que este método “[...] se aplica ao estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2006, p. 57).

Este estudo pretende, conforme citado anteriormente, realizar uma análise qualitativa, e também descritiva sobre as práticas dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS Saúde Mental. O método descritivo tem por base:

A descrição das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2009, p. 28).

De acordo com Gil (2009, p. 28), “[...] são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população, fenômeno ou de uma experiência [...]”. No entanto, este método além de nos favorecer um levantamento das opiniões obtidas, compele a uma maior compreensão de sua descrição.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS II Saúde Mental, sendo entrevistado psicólogo do CAPS Saúde Mental do município de Cariacica, cuja gestão é Estadual e no CAPS Saúde Mental Mestre Álvaro no município de Serra, sendo este de gestão Municipal.

3.3 PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com cinco psicólogos que trabalham nos Centros de atenção Psicossocial, sendo dois no CAPS de Cariacica e três no CAPS de Serra.

A seleção seguiu o critério, conforme a atuação dos psicólogos no serviço. Foram contatados por telefone e a entrevista foi realizada no ambiente de trabalho, ou seja, nos respectivos CAPS. Os objetivos da pesquisa foram explicitados a todos os sujeitos participantes, seguindo os aspectos éticos. Foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), onde continham as informações sobre a pesquisa por escrito, sendo entregue a cada participante duas vias de igual teor para que os mesmos assinassem, uma vez que concordassem. Uma das vias assinadas fica em posse do sujeito participante e a outra via de igual teor também assinada fica em posse do pesquisador. Foi informado aos sujeitos que a retirada do consentimento poderia ocorrer em qualquer fase da pesquisa, antes da publicação. Portanto, o sujeito participou de forma voluntária, tendo sido informados também da manutenção do sigilo e do anonimato dos relatos.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O procedimento da coleta de dados foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas, que continham 17 (dezesete perguntas) relacionadas com os objetivos da pesquisa. As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade do psicólogo no seu local de trabalho; e ocorreram após as orientações sobre os referidos objetivos do projeto, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e sobre a gravação para posterior transcrição na íntegra. Somente após o consentimento deu-se seguimento as entrevistas.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado foi uma entrevista composta com 17 (dezesete) perguntas. Esta pesquisa favorece ao pesquisador uma melhor compreensão acerca dos dados obtidos pelos sujeitos, podendo ser reelaborada conforme o não entendimento do pesquisador, ou caso a pergunta não fique clara ao sujeito participante, ou ainda,

caso a resposta do sujeito suscite uma nova questão a ser compreendida pelo entrevistador, sempre em referência ao atendimento dos objetivos propostos (GIL, 2008, p. 111).

Sellitiz apud Gil (2008, p.109), caracteriza a entrevista como “[...] adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como, acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes [...]”. No entanto, este meio de intervenção favorece ao pesquisador possibilidades práticas na obtenção das respostas, segundo seus objetivos.

3.6 PREVISÃO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

As informações obtidas pelos psicólogos foram analisadas mediante a Técnica de Análise do Discurso, sendo este método relevante para esta pesquisa, pois, permite ao pesquisador uma análise da produção dos sentidos, ou seja, o sentido que o sujeito dá para certas questões expressadas (SILVA, 2005).

A Análise do Discurso considera que a linguagem não é transparente e procura detectar, então, num texto, como ele significa. Ela o vê como detentor de uma materialidade simbólica própria e significativa. Portanto, com o estudo do discurso, pretende-se apreender a prática da linguagem, ou seja, o homem falando, além de procurar compreender a língua enquanto trabalho simbólico que faz e dá sentido, constitui o homem e sua história (SILVA, 2005, p.16).

Para tanto é preciso considerar que esta prática propõe aos que se interessam pela análise do discurso, conhecer e dar sentido as palavras, onde se faz necessário o pesquisador estar atento aos resultados e as teorias, articulando-os de forma sistemática através do conteúdo coletado (SPINK, 1994).

Por meio da linguagem. O homem transforma a realidade em que vive e a si mesmo. O homem constrói a existência humana, ou seja, confere-lhe sentido. E são essa capacidade do homem de atribuir, incessantemente, sentidos que promove seu constante devir e os das coisas, que interessa à Análise do discurso (SILVA, 2005, p. 16).

Em vista disso, esta pesquisa se baseia na análise do discurso, no sentido de obter uma compreensão ampliada acerca dos dados que serão apresentados e aqui discutidos. Este método nos facilita uma compreensão do fenômeno, assim o pesquisador poderá dar o sentido dos dados apresentados a partir da fala do sujeito e da teoria aqui explanada.

Para manter o sigilo dos sujeitos utilizaremos denominações fictícias como P1, P2, P3, P4 e P5, que significam Psicólogo 1, 2, 3, 4 e 5.

Discorreremos sobre os resultados seguindo por tópicos. Inicialmente abordaremos: Sobre a contribuição das práticas nos CAPS para o usuário; quanto as atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos Centro de Atenção Psicossocial; quais os objetivos das atividades realizadas nos CAPS; em comparação ao regime de internação existem vantagens nos serviços prestados nos CAPS.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa, foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos do CONEP, Órgão do Conselho Nacional de Saúde estabelecidas na Resolução 196/96 de 10/10/1996, dentre as quais, as garantidas de participação livre e esclarecidas, de anonimato e de sigilo quanto ao uso das informações prestadas.

Na realização da entrevista com os sujeitos não houve nenhuma irregularidade por parte do pesquisador, sendo seguidas todas as normas conforme os aspectos éticos e do Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

No processo de coleta de dados foram entrevistados 05 (cinco) psicólogos, sendo 02 (dois) do CAPS Cidade em Cariacica e 03 (três) do CAPS Mestre Álvaro em Serra.

Foram entrevistados psicólogos do sexo masculino e feminino com idade entre 33 e 60 anos.

Com relação à formação alguns profissionais possuem Pós-Graduação e outros Mestrado, sendo que nenhum deles possui somente graduação. As especializações são na área da Saúde Coletiva, psicologia institucional e esquizoanálise.

O ingresso desses profissionais na Rede de Saúde Pública se deu por meio de concurso público, não havendo na amostra estudada nenhum psicólogo contratado pelo regime de contratação temporária, comum nos serviços da Rede de Atenção à Saúde Pública.

Os profissionais relatam gostar do trabalho em Saúde Mental e se sentem felizes no serviço.

Quanto ao tempo de atuação nos Centros de Atenção Psicossocial, este varia entre três e vinte anos de trabalho na prestação dos serviços.

Seguindo os objetivos da pesquisa, a análise resultou na contribuição das práticas nos CAPS para o usuário; quanto as atividades desenvolvidas pelos psicólogos no centro de atenção psicossocial; quais os objetivos das atividades realizadas no centro de atenção psicossocial; em comparação ao regime de internação existem vantagens nos serviços prestados nos CAPS.

Para descrever os relatos que possibilitarão a análise dos resultados serão utilizadas identificações fictícias, de modo a preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos participantes. Utilizaremos as seguintes nomenclaturas: P 1, P 2, P 3, P 4 e P 5, que significam Psicólogo 1, 2 3, 4 e 5.

4.1 SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DAS PRÁTICAS NO CAPS PARA O USUÁRIO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são um constructo que se deu a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, juntamente com os movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Uma luta social e política com o objetivo de evitar os maus tratos que as pessoas com doença mental sofriam ao longo das internações, rompendo também com os modelos de práticas dos hospitais psiquiátricos vigentes. Conforme o relato de P1, Com a criação dos CAPS, os usuários dos serviços, bem como seus familiares teve um ganho significativo no tratamento, por:

[...] ter permitido que o sujeito saísse de uma condição de alienação completa, de não ter uma possibilidade, uma autonomia sobre o processo dele e o processo de inclusão à cidadania, porque você tem uma situação de paciente que estava subjugado ao tipo de prática. O CAPS ele subverte essa prática, então a grande contribuição é recolocar, ressituar, o que é o campo da saúde mental como princípio do sujeito, o desejo, o respeito, as limitações, aquilo que possa produzir (P1).

Isto indica que, em uma parte da história da loucura, os sujeitos acometidos de um adoecimento psíquico não tinham um lugar de liberdade na sociedade, viviam em um completo abandono, tanto pela sociedade, como pela assistência psicossocial. Atualmente a proposta dos CAPS pode ser considerada revolucionária em relação ao modelo manicomial, anteriormente vivenciado pelos sujeitos adoecidos. O modelo de intervenções dos CAPS denominamos de revolucionários, por buscar meios que conferisse espaços aos usuários para que estes se coloquem de forma contributiva para com o seu desenvolvimento.

Aqui é um espaço de cuidado, de sociabilidade, e de convívio, então se eles estão excluídos e isolados, nos CAPS, eles passam a conviver em uma comunidade, então eles são cuidados uns pelos outros e pelos profissionais, eles têm a possibilidade de estabelecer laços de amizade, então, reconstrói a partir daí laços sociais e como todo ser humano atende uma necessidade de convivência comunitária, agora o CAPS também é meio para que todo esse movimento de expanda para além dele, então que a gente trabalhe isso no serviço, mas como um exercício para fora para que ele não dependa do CAPS para conviver com as pessoas. O CAPS tem que intervir no território de vida dessa pessoa que o excluiu, então de forma problematizar porque essa diferença não está incluída na vida daquelas pessoas naquele lugar/local (P3).

Diante das propostas apresentadas pelos profissionais dos CAPS, pode-se identificar que esses sujeitos ainda sofrem certo preconceito e discriminação por parte de familiares e sociedade, onde se faz necessário estender as práticas dos

CAPS ao território em que o sujeito está inserido, visando à participação da família e da comunidade para que o sujeito possa criar vínculos em seu território.

Em vista disso, a proposta dos CAPS está relacionada para além de atividades, ou seja, estar em tratamento pode significar que o sujeito que anteriormente era isolado conforme os moldes da cultura possa ter acesso à saúde de acordo com os princípios do SUS.

Os CAPS sendo serviços do SUS articulam suas propostas acerca da necessidade do sujeito, visando à integralidade do sujeito do cuidado, de forma atendê-lo em sua totalidade. Isto pressupõe a necessidade de direcionar o cuidado do usuário para além dos serviços de saúde, utilizando-se do território como dispositivo de cuidado e da intersectorialidade como recurso indispensável às condições de saúde plena de qualquer sujeito.

Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social. Dessa forma, o CAPS pode articular o cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p. 18).

Portanto a reabilitação psicossocial, indo para além dos muros do CAPS, mas sendo articulado por este, mostra a importância da circulação do sujeito no território, visando usufruir das diversas formas de interação social que podem ser facilitadas pela cultura, educação, lazer, arte, esporte, assistência social, dentre outros infinitos modos de produzir saúde que o território pode oferecer.

Entretanto, a atividade terapêutica nos CAPS é de grande importância, uma vez que os profissionais consideram a singularidade do sujeito e suas questões; visando o cuidado, a integração no serviço de atenção, bem como ampliar o espaço para que o usuário possa se socializar, se expressar, oferecendo espaço para a escuta das diversas formas de linguagem e expressões comuns a cada sujeito.

Com relação às intervenções realizadas nos CAPS, que visam os objetivos acima citados P5 mostra em seu relato a importância da abordagem psicossocial.

Eu acho que é fundamental, e penso que principalmente as oficinas são um motor deste lugar, tem uma importância muito grande para o paciente, ontem mesmo quando eu fui jogar vôlei com eles eu vi isso assim, como que eles se colocaram ali, se interagiram mesmo. Tendo um vínculo frágil e de alguma forma a gente tenta articular para que eles possam estar em grupo, consigam se comunicar e eu acho imprescindíveis as práticas aqui do CAPS para eles e eles dão um retorno frequente sobre isso, como eles

sentem bem em sentar à mesa, fazer as refeições ali e de alguma forma é uma maneira de se comunicar, você observa a interação, tudo que acontece aqui é muito importante para eles (p5).

Uma importante intervenção nos CAPS são as oficinas terapêuticas. As oficinas são de diversas propostas, onde o psicólogo e a equipe discutem como este meio de intervenção pode ter uma ação terapêutica junto aos usuários. Diante das diversas modalidades a oficina tem por objetivo que o usuário se sinta pertencente ao grupo, que ele possa se manifestar conforme suas potencialidades e incitar novas maneiras de fortalecer o vínculo com o grupo se estendendo para a família e todas as pessoas de seu convívio, melhorando assim suas condições de vida de forma integral.

Para que as intervenções funcionem de maneira terapêutica, cabe aos profissionais estarem atentos às necessidades dos usuários, podendo pensar e repensar as propostas que estão sendo realizadas, muitas vezes tendo que abrir mão de um espaço fechado ampliando as condições para o sujeito possa se apropriar de atividades ligadas a comunidade, sendo esta uma proposta da clínica peripatética.

Conforme observado nesse estudo realizado nos CAPS, os profissionais discutem as ideias e propostas de forma sistemática, a fim de avaliar se estas estão sendo satisfatórias e resolutivas, considerando as demandas individuais e singulares constantes nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Nessas reuniões são discutidos, segundo relatos de P4:

O processo de trabalho, normalmente tem informes da secretaria, matriciamento, discute-se casos que são para as redes, para a gente poder pensar todo mundo junto, articular, fazer agenda para organizar o serviço durante a semana, tem atividades que são fixas, mas a gente precisa se organizar semanalmente.

Tomando por referência o relato acima se observa que o trabalho desenvolvido pelos profissionais dos CAPS tem como base a discussão realizada na equipe. A discussão técnica dos casos propicia a articulação entre os diferentes saberes envolvidos e entre os diferentes equipamentos necessários ao suporte à atenção à saúde integral dos usuários, bem como o suporte de outros equipamentos que não estão vinculados à Rede de Atenção à Saúde, mas que estão intimamente relacionados com a produção do bem estar do sujeito, gerando contratualidade social e autonomia no fazer andar a sua vida.

O matriciamento pressupõe a discussão de casos entre profissionais do CAPS e profissionais da atenção básica, uma vez que este nível de atenção acolhe sujeitos

com sofrimento psíquico que ainda não se caracterizam como severos ou agudos; e, portanto, não seriam casos a serem direcionados para tratamento nos CAPS. O apoio matricial está relacionado à atenção à Saúde Mental ampliada na rede básica de saúde (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2001). Desta forma o relato de P4 acima citado refere a esse apoio que deve ser dado a Rede quando se refere ao que se discute nas reuniões de equipe nos CAPS [...] matriciamento, discute-se casos que são para as redes, para a gente poder pensar todo mundo junto, articular [...].

Importante ressaltar que, o CAPS II é um campo psicossocial que acolhe os sujeitos com transtornos mentais de média complexidade e está na atenção secundária. Conforme o relato de P5:

O CAPS é provisório, mas em alguns casos talvez não seja, o paciente pode precisar dele para sempre, mas o CAPS é para se pensar num lugar provisório, que a gente processe essa demanda para fora, ou seja, a função dos CAPS não é encapsular os sujeitos, fazer com que ele crie um vínculo de dependência com o serviço, porque sendo um espaço de cuidado, convívio e sociabilidade ele não pode suprir uma carência que deveria estar situada no território. Quem deveria cuidar desse sujeito era a própria família, comunidade, amigos, só que para isso a família precisa entender a diferença dele.

Assim, pode-se observar que os profissionais que trabalham nos CAPS contribuem no acolhimento e suporte para o sujeito e sua família, articulando e realizando estratégias de intervenção junto a outras Redes de atenção, no intuito de que o sujeito possa utilizar dos serviços dos CAPS como uma atenção provisória, se possível; e que ele consiga através dos serviços terem suas demandas atendidas e podendo a qualquer momento retornar. Vale lembrar que ao ter alto do CAPS o usuário não ficará desassistido, pois estará inserido em uma UBS ou USF para que lá possa ser acompanhada na integralidade da saúde.

4.2 QUANTO AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PSICÓLOGOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com relação às atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS muito ainda tem que se apreender dessa nova prática em Saúde Mental. Não raro observa-se entre os profissionais certa dificuldade na compreensão de seu papel no serviço e de como utilizar as abordagens teóricas da psicologia nesse espaço, haja vista, que a concepção de clínica ampliada e de clínica peripatética, ainda não são conceitos

muito bem assimilados por parte dos profissionais. Sendo assim segue relato sobre tais práticas.

O acolhimento que é uma parte importante, momento da chegada do paciente, independente se ele é um paciente elegível para o CAPS, ele é acolhido, é feita a primeira escuta para ver as demandas ouvidas ali e se necessário os encaminhamentos para outras redes de apoio (P1).

No entanto, nos CAPS pode-se identificar que a pessoa ao entrar no serviço é feito um primeiro acolhimento, podendo ser realizado por qualquer profissional da área que compõe a equipe do serviço. Esse primeiro acolhimento é de suma importância, pois neste momento, se for considerado a necessidade de a pessoa iniciar o tratamento, a equipe se organizará e será feito junto ao paciente o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS); caso a demanda do usuário não seja para atendimento no CAPS, segundo critérios de severidade e agudização da neurose ou psicose, este poderá ser encaminhado para outro nível de atenção à saúde, no caso a Atenção Básica, em seu território de origem. Outros casos em que seja necessária a intervenção e situação de crise com necessidade de intervenção e observação, ou até uma internação de curta duração, sendo este um CPAS II, que já em sua descrição não prevê este tipo de cuidado, o usuário é encaminhado para o nível de Atenção Terciária, que são os hospitais gerais e hospitais com leitos para psiquiatria.

Boccardo (2011) defende que o PTS é uma estratégia que envolve a Saúde Mental, sendo definido pela equipe multidisciplinar, que visa não somente englobar o sujeito e suas demandas, mas também a inclusão dos familiares, contexto de vida do paciente, permitindo o desenvolvimento de suas potencialidades e a inclusão social dos mesmos. Nesse sentido, o acolhimento cumpre o papel de iniciar um conhecimento do usuário para que junto a equipe possa ser traçado o PTS.

Dentre as atividades desenvolvidas nos CAPS estão:

Oficinas terapêuticas, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento a família, grupo de família, atividades externas e visita domiciliar (P2).

Trabalho em grupo onde trabalhamos a fala, somos facilitadores neste processo, grupo aberto, oficinas, avaliação anamnese, discutem os casos em equipe, se vai atender o sujeito aqui ou em outra rede. atendimentos familiares, servir assistência, questões específicas, grupos de família com serviço social (P4).

Nas atividades desenvolvidas no CAPS, o psicólogo trabalha na maior parte em equipe como nas oficinas, atendimento em grupo, à família e nas atividades externas. Segundo o P3

Não tem como trabalhar individualmente no CAPS, o que é exclusivo da psicologia é o atendimento individual, aí sim a gente faz por nossa conta, mas pensando na lógica do CAPS. A gente sempre vai trabalhar em grupo, não tem como a gente trabalhar aqui isoladamente (P3).

Os trabalhos desenvolvidos no CAPS envolvem a necessidade de equipe multiprofissionais, que segue a lógica da integração dos saberes e a comunicação entre os profissionais de diversas áreas, com o objetivo de articular as propostas de intervenção que concebam o sujeito em sua integralidade e com a visão psicossocial.

Na prática do CAPS, abordar o fenômeno da loucura não dá para você abordar só a partir de uma disciplina é tanto de temos uma equipe multidisciplinar e precisamos incluir todas as disciplinas necessárias para entender o fenômeno, então eu faço uma leitura transdisciplinar, mas como minha formação é psicólogo, então eu tenho dentro da formação um leque de informações das quais eu me aproximo e essa tem um entendimento do homem e sociedade um pouco mais ampla (P4).

O trabalho com equipes multidisciplinares na Saúde Mental pressupõe “[...] que o sofrimento psíquico é decorrente de uma complexa teia de eventos biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos, logo as formas de atenção a ele, para o seu arrefecimento, necessitam ser as mais diversificadas” (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007, p. 32).

No entanto, é importante que a equipe amplie seus conhecimentos para melhor compreender os diversos aspectos que envolvem o fenômeno das pessoas que necessitam de apoio psicossocial.

Sendo assim, como enfatiza P4 é necessário que o psicólogo em suas intervenções em Saúde Mental busque uma linha de abordagem científica da psicologia com a qual se identifica, e cujos princípios se aproximem com as suas crenças. Desta forma, pretende-se ressaltar que as práticas não devem acompanhar o ritmo do cotidiano que é intenso, abrindo mão de reflexões teóricas que são de extrema importância na condução dos casos de forma efetiva e resolutiva.

O alerta com relação às abordagens em psicologia se deve ao fato de que o profissional psicólogo ao entrar no serviço público de saúde, principalmente em Saúde Mental, na maioria das vezes sente dificuldade em lidar com situações comuns a esse campo da psicologia.

Dentre as atividades citadas acima, uma atividade recente no CAPS é o grupo Gam:

O grupo GAM- é um grupo de auto-gestão da medicação que iniciamos recentemente e ele visa discutir a experiência do uso da medicação. É um

espaço onde os usuários do serviço podem falar livremente de como eles fazem o sentido da medicação na vida deles, é uma troca de experiências (P4).

O grupo GAM é uma proposta recente no Brasil, sendo que alguns profissionais que atuam nos serviços dos CAPS começaram a fazer vínculo com as pessoas que tem o conhecimento desta prática, onde se considera necessário a criação de espaços como esses para falar da medicação e seus efeitos na vida do usuário em Saúde Mental, espaços de discussão que poderão subsidiar a intervenção de toda a equipe.

O tópico acima discutido enfatiza a atuação do psicólogo em equipes multidisciplinares e as práticas interdisciplinares. Fica claro que este modelo de intervenção vem dando certo. Vale ainda ressaltar que não exclui a possibilidade de uma escuta individual. Outro aspecto que marca o trabalho nos CAPS é a intervenção junto a família e a possibilidade de o serviço fazer interfaces com outras instâncias da rede de atenção a saúde, bem como da rede que compõe o território na lógica de potencializar o sujeito em sua autonomia no fazer andar a sua vida.

Diante dessas questões nos facilita questionar sobre a atuação do psicólogo em Saúde Mental, pois estes profissionais trabalham em equipe, mas precisam ter uma visão diferenciada acerca do fenômeno. O psicólogo tende a possuir uma escuta qualificada acerca do que o paciente traz, podendo se estender a uma escuta que muitas vezes sem palavras, mas com expressões e produções.

4.3 AS ATIVIDADES REALIZADAS NOS CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SEUS OBJETIVOS

O modelo de atenção do CAPS pressupõe o atendimento do usuário em sua demanda singular. Esse modelo de atenção à saúde funciona de forma interligada com os demais serviços da Rede de Atenção a Saúde, bem como com a Rede pública territorializada, que vai para além do campo da saúde sem deixar de ter ligação com ela, já que falamos em saúde integral, incluído atividades de lazer, cultura, educação, social, esportiva dentre outras que o território possa oferecer.

Trazendo à reflexão as atividades realizadas nos CAPS e seus objetivos P1 relata que se faz necessário compreender que não se trata de uma cura, em sua maioria, mas na estabilização de um quadro que diz respeito a uma psicose, mas que esse

sujeito pode viver bem com sua estrutura. Para isso se faz necessário uma intervenção que contenha os conhecimentos necessários para a identificação de cada caso em sua particularidade, buscando levar ao máximo a potência do tratamento, levando em consideração o que seja possível realizar.

Os objetivos estão todos ligados à melhora do paciente eu não diria o conceito de cura que é muito relativo, você tem muito mais um objetivo de fazer que melhore o quadro dele, se ele está numa crise qual é o procedimento inicial da estabilização do quadro, porque não tem cura da esquizofrenia. Do ponto de vista teórico ele não vai deixar de ser esquizofrênico, vai continuar com uma estrutura psicótica, mas em condições melhores do que costumam chegar ou com condições melhores de quando ele entra no hospital, por exemplo, para passar pelo período de internação, então o objetivo do trabalho é que o paciente consiga lidar com aquilo que é da estrutura psíquica dele, mas que tenha uma melhora nas condições gerais de vida dele. A intervenção é sempre voltada para a melhora do paciente, melhora do quadro dele (P1).

Com base no referencial teórico da história da loucura, esta foi uma época contextualizada pela cultura, pelos modos de tratamento desumanos com as pessoas consideradas “loucas”, uma vez que pensar nos modos de subjetividade do sujeito estavam longe de cogitação. Com os avanços da Reforma Psiquiátrica foi possível pensar um novo lugar para esse sujeito, um lugar na família e na sociedade. Outras possibilidades foram os modelos substitutivos como os CAPS que acolhem e cuidam desses sujeitos da maneira que eles se apresentam. Atualmente faz-se necessário repensar os preceitos da Reforma Psiquiátrica, pois muitas vezes a sociedade continua a ter um olhar de preconceito com essas pessoas os considerando como incapazes, visando apenas à estabilização do quadro quando estão em crise. Acredita-se que a estabilização do quadro é importante, uma vez que o usuário não estando compensado e orientado possa colocar sua vida e dos outros em risco, mas é preciso pensar que os objetivos vão além da estabilização do quadro.

Os relatos abaixo continuam nos dando mostras de como ocorrem às atividades e com que objetivos elas são trazidas para o contexto do serviço.

Disponibilizar espaço de fala e de trocas entre pacientes, técnicos e familiares, busca de soluções compartilhadas, manejos frente situações de conflitos e sofrimento, orientação e esclarecimentos sobre os direitos e deveres dos usuários e familiares, incentivo ao protagonismo social e autonomia dos pacientes, desconstrução de preconceitos etc (P2).

A ideia é a reinserção social, familiar, trabalhar o protagonismo desses usuários, que em geral quando entram em crise acabam perdendo um pouco dos laços sociais, e a ideia é a gente reinseri-los, assim, no social de maneira ampla (P3).

São atividades que visam ajudar na construção de redes, na produção autonomia, esses usuários tem um lugar na sociedade de marginalização, de exclusão, e é negado a eles o direito de usufruir dessas produções... Sociais de certa forma a gente procura problematizar essa exclusão tanto na família, tanto na cidade, desenvolver com eles num espaço onde eles eram proibidos de circular livremente, pois estavam excluídos (P4).

No entanto, a atividade dos CAPS se baseia na promoção da saúde integral e do seu bem estar de uma forma geral, para que este possa circular livremente em seu território desenvolvendo laços sociais em sua comunidade e com a família e amigos. O trabalho com a família é de grande importância, pois assim, essas poderão auxiliar o usuário quanto ao comprometimento do tratamento, dando apoio sempre que houver a necessidade. Com a participação da família nas atividades dos CAPS, poderá haver uma maior compreensão das demandas do usuário do serviço, podendo o CAPS intervir no âmbito familiar, dependendo do caso. Importante ressaltar a intervenção no CAPS com as famílias, sendo que um dos objetivos das práticas é fazer com que o sujeito seja protagonista em sua vida.

O movimento da Reforma Psiquiátrica tornou possível a inclusão social dos sujeitos, por meio da desinstitucionalização que propôs modelos substitutivos como os CAPS e a circulação do sujeito pelo território de forma a explorá-lo em sua potência de autonomia. A contratualidade social quanto mais exercida pelo sujeito mais ele se torna independente do CAPS e tende a conseguir dar contas de suas necessidades de vida e de saúde ainda que com uma estrutura psicótica.

Conforme o P4

Uma paciente específica rompeu com a família, quebrou outro paradigma. Na família era para ser um espaço de cuidado, mas nem sempre. A família as vezes pode ser um meio patologizante, ansiogênico e no caso dela era, então ela não quis mais essa relação com a família, para saúde mental dela ela entendeu que isso era importante e ela encontrou outros meios de explicar a experiência dela por meio de outras relações sociais.

O relato acima mostra a importância da escuta e da identificação do caso a caso. A família com fator de apoio social nem sempre funcional como tal. Nesse caso a própria usuária identificou que o caminho para seu bem estar era a busca de outros suportes sociais que não a família. Nesse caso percebe-se a potência do território como fator importante na estabilização do quadro ao usuário. Sendo que a saída se deu pelo próprio entendimento deste usuário, sendo o profissional um facilitador que contribui na trilha do caminho do bem estar integral, ainda que não seja a cura.

Em vista disso, pode-se compreender que as diversas atividades do CAPS são importantes para os usuários, pois, por meio destes a equipe poderá identificar as demandas que ainda são impedimentos para que os usuários tenham uma vida social e afetiva que seja significativa para ele; e que este possa se potencializar a criar estratégias de bem viver em seu território, sabendo que o suporte do CAPS está disponível, conforme foi consensado o em seu PTS.

4.4 O REGIME DE INTERNAÇÃO E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nesse tópico buscaremos desenvolver reflexões, a partir da ótica dos sujeitos entrevistados, sobre o regime de internação em contraponto como as práticas realizadas nos serviços substitutivos, no caso desse estudo, os Centros de Atenção Psicossocial.

Nessa perspectiva os relatos abaixo nos trazem referências que possibilitam arejar esse debate.

A vantagem do CAPS ao antigo modelo de internação é que ele é substitutivo, ele substitui aquele modelo que era voltado para internação. O CAPS não é voltado para a internação, o CAPS é voltado para o sujeito em regime aberto livre, mas esse sujeito pode ter momentos que ele vai precisar de uma continência, não é internação, mas uma contenção, quando em surto ele extrapola aqueles limites que podem apoiá-lo. No modelo antigo o hospital psiquiátrico ou a internação não deveria nem ser psiquiátrico e sim hospital geral, mas no modelo atual a internação também tem seu lugar, mas é uma importância bem menor em relação a proporção que ela tinha, porque a ideia era retirar o sujeito, agora o momento é recolocar (P1).

Existem várias vantagens, entre elas a liberdade do ir e vir, o apoio da equipe de referência, o apoio e a troca de afetos com outros pacientes e familiares (P2).

Eu acho que a principal vantagem é que o CAPS é um serviço de atenção diária, onde o paciente vem e faz as atividades, depois ele volta para a casa dele, nos fins de semana ele está em casa, o CAPS é porta aberta, ele tem liberdade de ir e vir, ele não está preso, eu acho que principalmente é então estar privado da liberdade e no CAPS ele não está (P3).

O CAPS como modelo substitutivo propõe ao usuário um espaço de liberdade que anteriormente não se considerava. As pessoas com transtorno mental foram enclausuradas por séculos, pois não se pensava que essas pessoas tinham direitos tanto a liberdade quanto ao direito a assistência psicossocial, por serem vistas como improdutivas e que não agiam de acordo com a ordem vigente, fazendo desorganizar o modelo social vigente da época. Ainda que hoje esta visão não

esteja totalmente superada, busca-se através dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, ancorada nos princípios doutrinários do SUS, uma nova forma de olhar para a loucura. Considerando as pessoas em sua singularidade em detrimento de uma visão objetificada do sujeito que justificava a manipulação e a clausura. Ainda com relação à visão desse sujeito, mesmo que nos encontremos em uma sociedade de consumo e por isso as pessoas têm seu lugar enquanto sujeitos produtivos ou consumidores de serviços e produtos tem-se feito o enfrentamento disto, buscando a consolidação do modelo substitutivo que privilegia o sujeito em sua forma de ser, pois que não existe um modelo padrão para ser e estar nesse mundo. Portanto, todos devem ter seu lugar e devem ser respeitados em sua singularidade.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica e a implementação dos serviços à saúde essas pessoas, através das intervenções de profissionais implicados com a causa da loucura na sociedade contemporânea, têm paulatinamente ocupado espaços antes jamais imaginados. Faz-se mister observar que essa é uma luta pela consolidação de um modelo e portanto, como toda luta tem seus reveses, que são representados por setores da sociedade que defendem o modelo hospitalocêntrico e o tratamento à base principal medicamentosa, excluindo outros saberes como constitutivos de um modelo integral de saúde.

Atualmente os serviços de atenção à saúde oferecem a essas pessoas condições de tratamento da atenção básica à atenção de níveis de complexidade média e terciária, dependendo da demanda apresentada e da avaliação de uma equipe multidisciplinar.

O CAPS funciona como atenção diária e de porta aberta, onde se faz necessário um trabalho com as redes de apoio, como nos casos de crise, sendo encaminhados a unidades de urgência e emergência.

Primeiro é entender esse usuário como cidadão de direitos, e os serviços tem alguns deveres também, então primeiro é o tratamento em liberdade, o usuário não é obrigado a estar no serviço se não quiser e nem de fazer o tratamento. O estatuto do cidadão. Você tem um trabalho que vai além do próprio sujeito, então você não individualiza essa questão, você problematiza, politiza, para a família, para o bairro, comunidade, você faz uma intervenção não só patologizante, você não pensa a questão só nos termos de doença, mas na saúde também (P 4).

Os CAPS, assim como as unidades de saúde e USF se inserem em territórios, entretanto outros dispositivos que não são do campo da saúde também fazem parte do território em que se insere o sujeito. A partir da lógica da integralidade tem-se que

tal sujeito pode utilizar o espaço do território para o seu bem-estar. Com a concepção da saúde mais ampliada que não visa somente a ausência de doença, outros equipamentos do território podem contribuir com o seu bem-estar, a isso chamamos horizontalidade do saber, que em outras palavras entendemos como intersectorialidade, ou seja, a saúde não é tratada somente no campo da saúde, mas no campo social, cultural, educacional dentre outros (JUNQUEIRA, 1998). A partir da implementação das diretrizes do SUS e a ampliação do serviço, pode-se considerar que houve mudanças significativas na vida das pessoas. Segundo a fala de P5:

Hoje em dia mudou muito a lógica de internação, a internação é vista hoje para situações de risco do próprio sujeito, do que ele possa fazer com outra pessoa, então o CAPS entra aí com uma função muito importante, hoje em dia, diante de todo o movimento da luta antimanicomial. O CAPS entrou para poder fazer também um pouco dessa atenção, que antes era muito mais medicamentosa e aí o CAPS entra com outra lógica para poder trabalhar esse lugar da crise, uma proposta da atividade, da inserção do sujeito aqui na própria sociedade, na família, então é muito importante a função do CAPS ter esse lugar.

No entanto, ao longo da leitura, pode-se identificar a forte influência que a psiquiatria teve com os sujeitos com transtornos mentais, sendo que o tratamento era centralizado apenas na figura do médico, era medicamentoso e psiquiátrico, dentro do hospital. Com os avanços da Reforma Psiquiátrica, juntamente com a implementação do SUS, houve grandes avanços, uma vez que o campo da Saúde Mental conseguiu descentrar esse papel da psiquiatria estendendo o tratamento a outros campos do saber, entretanto não se pode dizer que esse avanço atingiu sua completude em relação a forma com está descrito na política do SUS e seus normativos, pois que a sociedade se constitui por um campo de forças e nela encontramos resistência diversas a esse modelo que liberta o sujeito de uma objetificação e despersonalização, destituindo-o de sua subjetividade. Essas forças são representadas por profissionais que comungam de saberes ancorado em bases epistemológicas diferentes das que defendem o modelo aberto. Vale ressaltar que a resistência também está presente entre familiares e a própria comunidade, haja vista, a dificuldade na aceitação da implantação de alguns CAPS pela comunidade do território onde este é implantado.

P4 acrescenta que:

O tratamento agora é com a rede, descentralizado, territorializado, porta aberta, e tirou do centro a figura do médico, compôs uma equipe multidisciplinar. Atualmente trabalhamos com equipe multidisciplinar,

psicólogos, assistente social, agora é uma atenção psicossocial, e não biologicista somente.

Entretanto, no CAPS o tratamento mesmo com os avanços da Reforma, pode se encontrar dificuldades no tratamento multidisciplinar, onde o (P4) o considera como um ponto cego da Reforma Psiquiátrica, pois os medicamentos no tratamento não foram descentrados.

Ainda continua centro do tratamento, tanto que já tivemos embates com o usuário que não quer tomar medicação e o psiquiatra queria dar alta administrativa como se o tratamento consistisse como basicamente, fundamentalmente nos medicamentos. Então, quando começou a questão desse ponto cego comecei a trazer essa discussão dentro do CAPS com o usuário e com isso enfrentamos resistência dos próprios profissionais, sendo que o uso do medicamento é algo que não é questionado pela própria reforma psiquiátrica, por não ter a própria reforma psiquiátrica problematizado essa questão e de você ter uma indústria farmacêutica que faz um nodo pesado em cima disto, inclusive você tem um tabu colocado sobre essa discussão os próprios usuários tem medo de falar que parar de tomar, de não ter que tomar. Eles são de certa forma oprimidos pela família e pela rede da saúde mental, então quando você não problematiza algo você lida de forma automática com esses problemas, seu automatismo é dizer você precisa tomar então você não escuta a experiência do sujeito (P4).

Pode-se considerar que mesmo com os avanços obtidos nos Centros de Atenção Psicossocial, ainda existem práticas que não consideram o sujeito em sua subjetividade, onde este encontra dificuldades no desenvolvimento de sua autonomia, muitas vezes a própria família não consegue ampliar sua visão acerca das potencialidades do usuário do serviço, sendo forte influência no uso da medicação de outras práticas de preconceito.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo analisar a atuação dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial; e a partir disto descrever as atividades desenvolvidas pelos psicólogos, bem como identificar se houve mudanças nas práticas anteriormente manicomiais.

Pode se identificar que os psicólogos nos CAPS trabalham a maior parte do tempo em equipe multiprofissional, articulando melhores estratégias na intervenção dos usuários, familiares e comunidade. As intervenções se dão a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e Implementação do SUS, que garante a toda a população o acesso à saúde de forma universal e integral.

O psicólogo no CAPS além de trabalhar em equipe, realiza atendimento individual ao usuário, sempre que necessário, conforme a necessidade do mesmo.

O psicólogo precisa ter uma visão ampliada acerca do contexto sociohistórico em que a loucura se constituiu ao longo dos séculos e isto é de grande importância nos processos de intervenção nos CAPS a fim de articular junto à equipe, práticas que não infantilize o sujeito. Isto nem sempre é observado em suas práticas.

As equipes multiprofissionais precisam trabalhar de acordo com as necessidades dos usuários, onde cada um possa intervir com o seu saber e pensar em propostas interdisciplinares, como nas oficinas terapêuticas, grupos de famílias e visitas domiciliares.

O CAPS II é um modelo de atenção psicossocial que está centrada na atenção secundária, assim, os usuários quando necessário se utiliza de consultas médicas psiquiátricas, atendimentos individuais por psicólogos, procedimentos de enfermagem e em casos de crise pode-se acionar os serviços de urgência e emergência, como o SAMU.

O usuário dos CAPS além de serem atendidos na atenção secundária também se utiliza de procedimentos da atenção primária e terciária, sendo o primeiro, nos casos das UBS, ESF e o segundo em casos de crise, muitas vezes são encaminhados para os CAPS 24 horas, onde poderão permanecer no hospital até o período de alta.

Dentre várias propostas dos CAPS, este visa que o usuário possa utilizar dos serviços na atenção diária, onde estes poderão ir para casa no final do dia, ou quando quiserem, ou seja, quando a atividade proposta não o interessa.

A atividade só é eficiente e resolutiva se está sendo terapêutica para os usuários, assim, quando os usuários não aderem à proposta, os profissionais revisam o PTS do usuário ou pode-se considerar que a adesão do usuário ao CAPS não se dá apenas pela participação em oficinas, mas pelo fato dele ir ao Centro de apoio e isso é uma escolha do usuário e não da equipe. Assim, o usuário pode sentir que é livre para escolher participar de determinada atividade ou não.

Em experiências anteriores em diferentes CAPS pode-se observar que os profissionais que compõem o serviço com suas visões podem potencializa-lo ou reproduzir o modelo manicomial. A proposta das atividades terapêuticas é que esta possa ser eficiente para o usuário e que este se sinta livre para decidir se quer participar ou não, no entanto, ainda existem práticas nos CAPS que exigem do usuário a sua participação na atividade.

Por outro lado, pode constatar que esta é uma questão que precisa muito a ser discutida e problematizada, pois a adesão do usuário ao CAPS vai além de sua participação atividades, se estendendo ao fato de o mesmo ter certa autonomia de inclusão do serviço, se sentindo livre ao entrar e sair do campo. Sendo assim, a atuação do psicólogo nos serviços de Saúde Mental se pautaria em pactuar junto ao usuário como sua inserção ao campo se daria, construindo junto ao mesmo sua potencialidade e exercício de escolha e protagonismo em seu próprio processo terapêutico e conseqüentemente em sua vida.

Foi constatado também que os profissionais dos CAPS encontram dificuldades no trabalho em equipe em adotar uma melhor estratégia para os usuários, pois muitas vezes conversar sobre o uso da medicação ainda é tarefa difícil e muitas vezes eles encontram obstáculos e acabam por adotar e reproduzir práticas da concepção manicomial em considerar a medição como foco exclusivo do tratamento.

A figura do médico foi por anos um pilar central no tratamento das pessoas com doenças mentais, vale considerar os avanços que surgiram com a descoberta dos medicamentos, sendo que anteriormente as pessoas que sofriam algum transtorno psíquico viviam sobre práticas de violência conforme a compreensão da época.

Atualmente, com os avanços necessários para a descentralização no tratamento do sujeito, incluindo o trabalho interdisciplinar e as diversas práticas que os profissionais articulam para que o usuário do serviço de Saúde Mental possa emergir a partir de suas demandas, torna-se necessário problematizar o uso da medicação, sendo que esta ainda é pouco questionada.

Nesse sentido, a prática de trabalho interdisciplinar demanda avanços, pois a necessidade que se percebeu no campo de superar modelos centralizados diz respeito à uma possível centralização de saber, sendo assim, as horizontalidades dos campos científicos precisam estar mais integradas e igualmente contribuintes no processo de construção de práticas terapêuticas que tirem a centralidade da medicação nos projetos existentes nos serviços.

Assim, cabe ao psicólogo estar ancorado em suas bases teórico para fazer frente a esse complexo discurso que ultrapassa décadas, sendo um facilitador nas discursões e problematizações, inclusive quando a questão for emersa pelo próprio usuário.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: GERAÇÃO, 2013.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.195-204, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2015.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, M. L. S. **Oficinas terapêuticas como instrumento de Reabilitação Psicossocial: Percepção de familiares**. Pesquisa, Esc Anna Nery, v. 15, n.2, p. 339-345, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. (org.) Rio de Janeiro: GARAMOND, 2010.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011.

BOCCARDO, et al., O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista Terapêutica Ocupacional**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/14124-17102-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

BEZERRA JR., DIMENSTEIN. M. **O CAPS no processo do matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica**, 2001. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/O+CAPS+no+processo+do+matriciamento+da+Sa%C3%BAde+Mental+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%A1sica%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/O+CAPS+no+processo+do+matriciamento+da+Sa%C3%BAde+Mental+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%A1sica%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. In: Ministério da Saúde. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lex: Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasil: Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 abril. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde – **Secretaria Nacional de Assistência à saúde: abc do SUS – doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em 21 out. 2015.

_____. Ministério da saúde. Secretaria executiva. **Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil: legislação federal compilada 1973-2006**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_usuarios_servicos_acoes_saude_brasil.pdf>. Acesso: 28 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - Brasília: Ministério da saúde**, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Coletanea_Normas.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 22 out. 2015.

CAMPOS, R. T. O; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018>. Acesso em: 20 abril 2015.

CARDOSO, M. P. N. **Projeto: Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica**. Centro de Atenção Psicossocial de Alfenas, 2007. Disponível em: http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt3/Oficinas_terapeuticas.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M, A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referencias teórico-operacionais para a reforma no hospital. **Revista ciência e saúde coletiva**. Vol. 12. Nº 4. Rio de Janeiro, July/Aug, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_arttext> Acesso em: 24 set. 2015.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1483-1492, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p. 53-57, 2008.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos em Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em estudo**, v. 6, n. 2, 2010, p.57-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

ERDMANN, A. L. A et al., atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino Americano**. Enfermagem. São Paulo, 2013, vol. 21, p, 1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em: 23 set. 2015.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FILHO, N. G. V.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos em Psicologia**, Natal, v.9, n.2, p. 373-379, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 mar. 2015.

GALLETTI, M. C. **Oficina em saúde mental: Instrumento Terapêutico ou Intercessor Clínico?** Goiânia: Editora da UCG, 2004. Pág. 21-36. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=PGxZilWSu54C&pg=PA131&lpg=PA131&dq=Oficina+em+sa%C3%BAde+mental:+Instrumento+Terap%C3%AAutico+ou+Intercessor+Cl%C3%ADnico?&source=bl&ots=q9KuMJWdFe&sig=Slbt4H_nXok0H4kFQ8PscyouifM&hl=pt-BR&sa=X&ei=HWA2VZCzCLHmsASHg4H4CA&ved=0CDMQ6AEwBA#v=onepage&q=Oficina%20em%20sa%C3%BAde%20mental%3A%20Instrumento%20Terap%C3%AAutico%20ou%20Intercessor%20Cl%C3%ADnico%3F&f=false>. Acesso em: 21 abril 2015.

GONDIM, G. M. M et al., O território da Saúde: A organização do Sistema de Saúde e a territorialização. Fiocruz, **epsjv**, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/20.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

GIL, A C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HIRDES, A. A reforma no Brasil: uma (re.) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 297-303, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>>. Acesso em: 11 out. 2015.

IGLESIAS et al., A. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 11, n. 1. Jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 out. 2015.

JUNQUEIRA, L. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro. Mar./Abr, 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7696/6269>>. Acesso em: 15 de out. 2015.

LANCETTI, A. **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. Editora Hucitec, 1992.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LUCHMANN, L. H. H; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. Centro de filosofia e ciências humanas, departamento de sociologia e ciência política. **Universidade Federal de Santa Catarina**, p. 339-407, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a16v12n2>>. Acesso em: 24 out. 2015.

MARZANO, M. L. R; SOUZA, A. C. O Espaço Social do CAPS como Possibilidade de mudança na vida do usuário. **Texto e contexto da enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 84-557. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a10.pdf>>. Acesso em: 14 abril 2015.

MANN, J. Saúde Pública e Direitos Humanos. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/07.pdf>> Acesso em 10 jun. 2015.

MENDONÇA, T. C. O. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília – DF, 2005, vol. 24, n.4. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932005000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abril 2015.

MENDES et al., L. C. Relato de experiência do primeiro ano de residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da psicologia. **Revista SBPH**. Vol. 14, Nº 1. Rio de Janeiro – RJ, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 abril 2015.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MILHOMEM, M. A. G. C; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho em Equipe nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. **Revista Cogitare Enfermagem**. Cuiabá – MT, 2007, vol. 12, n. 1. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/8277/5786>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

NASI, C et al., Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Min. Enfermagem**, p. 139-146, jan/mar, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/biblioteca/Downloads/v13n1a20.pdf>>.

Acesso em: 23 de out. 2015.

NETO, J. L. F. **Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história.** Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26, dez, 2008. Disponível em: <<http://www.pucminas.br/documentos/tresmomentos.pdf>>. Acesso em: 28 abril 2015.

NEVES, A. V. M. **Políticas Públicas de Saúde.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos brasileiros de saúde mental**, vol.1, n.2-out/dez de 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1126/1362>>. Acesso em: 12 out. 2015.

PÁDUA, F. H. P.; MORAIS, M. L. S. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicol. USP**, v. 21, n. 2. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642010000200012&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 abril 2015.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. 2011; v. 377, n. 9779, p.11-31. DOI: 10.1016/SO140-6736 (11) 60054-8.

RIBEIRO, S. L; LUZIO. C. A.As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental.**Revista de Psicologia**, Belo Horizonte – MG, v.14, n.2, Belo Horizonte- MG, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682008000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 abril 2015.

SANTOS, M. S. Integração e diferença em encontros disciplinares. **Revista brasileira de serviço social**, São Paulo, v.22, n.65, p. 51-60, out. 2007. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=Integra%C3%A7%C3%A3o+e+diferen%C3%A7a+em+encontros+disciplinares.+Revista+brasileira+de+servi%C3%A7o+social&btnG=&lr=>>>. Acesso em 19 out. 2015.

SALES, A. L. L. de Figueiredo; DIMENSTEIN, M. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica:práticas em desconstrução? **Psicologia em estudo**, v. 14, n.2, 2009, p. 277-285. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a07.pdf>>. Acessado em: 08 abril 2015.

SELLTIZ, C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira, 2. ed. São Paulo: EPU, 2008.

SEVERO, S. B; SIMONETTI, N. **Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva.** 2008. 1685-1698. Dissertação - Universidade Católica do Rio Grande do sul, PUCRS, Porto Alegre, 2010.

SILVA, M. A. S. M. Sobre a Análise do Discurso. **Revista de Psicologia da Unesp**. SP, vol. 4, n. 1, 2005. Disponível

em:<<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/30/55>>. Acesso em: 27 abril 2001.

SOUSA, P. S. M. **A Inserção da Psicanálise na Saúde Mental da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Possibilidades e Desafios**. Brasília – DF, 2010. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/73/TDE-2011-0111T153816Z-5464/Publico/2010_PaulaSteindeMeloeSousa.pdf> Acesso em: 05 mar. 2015.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 4. ed., 2007.

SPINK, M. J. P., **Rigor e visibilidade: a explicação dos passos da interpretação**. In: Spink, M. J. P (ORG). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas metodológicas. Ed. Virtual. Rio de Janeiro: Centro edelstein de pesquisas sociais. 2013. p. 71-99. Disponível em: <<http://www.bvce.Org/LivrosBrasileirosDetelhados.asp?IdRegistro=261>> Acesso em 21 out. 2015.

VASCONCELOS, V.C. **A dinâmica do trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:<<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5440/2/997.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

VENÂNCIO, J. **Organização da assistência psiquiátrica**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Nome (iniciais); Idade; Sexo; Formação e Tempo de Formação.

- 1- Como você ingressou na área da saúde mental?
- 2- Quais são os tipos de atividades que desenvolve no CAPS?
- 3- Descreva as atividades realizadas no campo?
- 4- Nas atividades desenvolvidas você conta com a participação de outros profissionais?
- 5- Quais são o objetivo das referidas atividades realizadas?
- 6- Como se dá a adesão da participação dos usuários nas atividades?
- 7- Nos momentos em que a adesão não ocorre geralmente a que você atribui?
- 8- Qual a contribuição das práticas em um CAPS para o usuário?
- 9- Você usa uma teoria específica na intervenção?
- 10- Existe uma preparação antecipada para a realização das atividades? Baseada em que vocês fazem essa preparação?
- 11- Em comparação ao regime de internação existem vantagens nos serviços prestados nos CAPS? Quais?
- 12- Você costuma avaliar a qualidade dos resultados dos serviços? Em que se baseia essa avaliação?
- 13- Você consegue lembrar-se de algum caso específico que tenha tido uma resposta significativa?
- 14- Vocês fazem reuniões de equipe de forma sistematizada? Qual o objetivo das reuniões de equipe?
- 15- O fato de ter vários profissionais de diferentes formações na intervenção em saúde mental facilita o trabalho ou dificulta? Por quê?
- 16- Pode-se dizer que existe práticas interdisciplinares em saúde mental?
- 17- Como você se sente como profissional atuante na área da saúde mental?

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS II SAÚDE MENTAL

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Graduanda, Maria Cristina Ferreira de Souza Capor; Professora - Orientadora Margareth Marchesi Reis.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: A proposta desta pesquisa baseia-se em identificar a contribuição da psicologia nos CAPS II Saúde Mental através dos serviços oferecidos aos usuários. Os objetivos almejam em descrever e analisar as atividades que o psicólogo desenvolve nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS II, analisar os objetivos das diferentes práticas desenvolvidas pelo psicólogo no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial e verificar os resultados obtidos com as referidas práticas na visão dos psicólogos do serviço.

Compreender os processos que ocasionaram da Reforma Psiquiátrica, bem como notar sua evolução nos Sistemas de Saúde Mental. Faz se necessário repensar tais questões, sendo estas primordiais aos que se interessam no trabalho com políticas públicas, provocar uma visão crítica acerca de que ainda temos muito a acrescentar e contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária. Para realização da pesquisa pretende entrevistar três (3) psicólogos que atuam no CAPS II Saúde Mental localizado na Serra/ES de gestão Municipal e dois (2) psicólogos que atuam no CAPS II Saúde Mental em Cariacica de gestão Estadual.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:

Considerando a natureza da pesquisa e o método aplicado, prevê-se que a pesquisa não promoverá riscos e desconfortos.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: os benefícios da pesquisa são de fins acadêmicos e científicos.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa.

Basta procurar o pesquisador: Margareth Marchesi Reis pelo telefone (27) 3331-8500 e no endereço: Av Vitória, 950, Forte São João, Vitória - ES. CEP 29017- 950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:

Em qualquer momento, o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS:

As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor, como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em Saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____,
portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo
Órgão _____, por me considerar devidamente informados (a) e
esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvido,
livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa.
Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e
recebi cópia desse documento por mim assinado _____

Assinatura do Participante Voluntário Data Impressão
Dactiloscópica.

Responsável pelo Estudo _____ Data _____.

Local, Data e Assinatura do Participante Voluntário.

.....
Assinatura do Pesquisador – prof.^a, Msc, Margareth Marchesi Reis