



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA**

GODSON SEBASTIÃO CHAVES TEIXEIRA JÚNIOR

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E
DEINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
análise da experiência de um município do norte baiano**

PETROLINA

2023

GODSON SEBASTIÃO CHAVES TEIXEIRA JÚNIOR

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E
DEINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
análise da experiência de um município do norte baiano**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Campus Sede, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Duccini

PETROLINA

2023

Teixeira Júnior., Godson Sebastião Chaves
T266c Centro de atenção psicossocial e desinstitucionalização em
saúde mental: análise da experiência de um município do norte
baiano / Godson Sebastião Chaves Teixeira Júnior. – Petrolina-PE,
2023.
x, 93 f. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do
Vale do São Francisco - UNIVASF, Campus Petrolina, Petrolina-
PE, 2023.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Luciana Duccini.

Inclui referências, apêndice.

1. Saúde Mental. 2. Desinstitucionalização - Saúde Mental. 3.
Reforma Psiquiátrica. 4. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título. II.
Duccini, Luciana. III. Universidade Federal do Vale do São
Francisco.

CDD 362.20981

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO


GODSON SEBASTIÃO CHAVES TEIXEIRA JÚNIOR

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
Análise da experiência de um município do norte baiano


Dissertação apresentada ao PPGPSI da UNIVASF, Campus Sede, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 23 de agosto de 2023.


Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **LUCIANA DUCCINI**
Data: 18/09/2023 11:55:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Luciana Duccini
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Documento assinado digitalmente
 **ALAN DELAZERI MOCELLIM**
Data: 14/09/2023 00:04:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Alan Delazeri Mocelim
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Documento assinado digitalmente
 **MARGARET OLINDA DE SOUZA CARVALHO**
Data: 13/09/2023 20:13:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira
UNIVASF

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a oportunidade de existir neste mundo exatamente como sou, sendo conduzido por caminhos e escolhas que tornaram possível a realização de sonhos como este. Pode ser difícil para alguns a busca de sentido no fato de sermos únicos e diferentes. Contudo, Deus esteve comigo todo o tempo, fazendo com que eu pudesse experimentar uma realidade na qual o amor e o acolhimento sempre estiveram presentes. Obrigado, Senhor, por cada propósito a mim confiado.

A Cláudio, meu companheiro, agradeço o compartilhamento de tantas experiências, incluindo angústias e frustrações, mas principalmente sucessos e realizações. Nada vem para uma pessoa só, exatamente como deve ser nas vidas daqueles que compartilham suas existências entre si.

À minha mãe, obrigado por ter sido exemplo de força e perseverança. Ainda que as forças asilares e manicomiais pudessem tê-la seduzido nos momentos mais cruéis de nossas vidas, ela permaneceu íntegra e resistente na defesa de seu amor. Seu otimismo permanece ecoando em mim de forma tão assertiva que eu ainda duvido que a tenha perdido logo no início deste projeto. Sua lembrança me enche de saudade e fé que nunca adormecem. Pelo contrário, guiam-me ao longo da jornada.

A meu pai e às minhas irmãs, sou grato por terem possibilitado estar nesta família que é fruto de muito amor e que agora se ramifica nos amados sobrinhos Guga e Raul e na minha afilhada Iana. Obrigado pelo carinho e amor percebidos mesmo a distância.

À minha orientadora Luciana Duccini, agradeço demais pela execução desta orientação de forma tão acolhedora e empática. Sempre iniciei nossos encontros com pedidos de desculpas por talvez não caminhar em uma velocidade que fizesse jus aos esforços dela. Contudo, “Lu” sempre esteve disponível para que remássemos juntos e, assim, chegássemos a este objetivo compartilhado. Gratidão eterna.

À minha amiga e parceira Anne Crystie, muito obrigado por ter me estimulado para que eu estivesse nesta empreitada antes mesmo de desejar estar. Sem você, o embrião deste projeto não teria nem germinado. Suas palavras e atitudes de estímulo e empoderamento foram fundamentais.

A meus colegas do Mestrado, em especial Sérgio Juan e Marinalva, por terem compartilhado dificuldades e soluções durante todo o caminho. Obrigado por tudo.

Gratidão a todos os profissionais da saúde que tiveram suas trajetórias compartilhadas em algum momento com a minha. Muitos foram luz em momentos de escuridão.

Não posso deixar de agradecer a todos aqueles que estiveram sob meus cuidados ao longo destes 15 anos atuando como médico psiquiatra. Este trabalho é para vocês, especialmente os que sofrem privados de liberdade em instituições que não cuidam, apenas encarceram.

Será só imaginação?
Será que nada vai acontecer?
Será que é tudo isso em vão?
Será que vamos conseguir vencer?

Legião Urbana

RESUMO

A desinstitucionalização em saúde mental é estratégia decorrente da demanda por substituição à estrutura manicomial no cuidado à pessoa com transtorno mental grave. Cada vez mais presentes na realidade da saúde pública brasileira, os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos marcadamente associados a esse propósito. Este trabalho qualitativo tem o objetivo de analisar a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial de um município do norte baiano, elencando fatores favoráveis e desfavoráveis no processo de desinstitucionalização em saúde mental, tal qual preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Foi utilizada a metodologia da imersão cartográfica com produção de diários de campo entre os meses de julho e agosto de 2022. A experiência em campo permitiu a análise através de eixos temáticos divididos em dois grandes grupos: fatores que contribuem para a desinstitucionalização e fatores que a dificultam. Os processos acompanhados possibilitaram a observação da existência de um desequilíbrio no cenário estudado, com maior percepção de fatores desfavoráveis à desinstitucionalização. A partir das percepções encontradas, entende-se como necessária a ampliação das discussões sobre as estratégias atualmente realizadas pelos dispositivos substitutivos em saúde mental, contribuindo assim para que sejam evitadas reedições de modelos assistenciais dissonantes com os ideais da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Desinstitucionalização em Saúde Mental.

ABSTRACT

Deinstitutionalization in mental health is a strategy resulting from the demand to replace the asylum structure in the care of people with severe mental disorders. Increasingly present in the reality of Brazilian public health, Psychosocial Care Centers are devices markedly associated with this purpose. This qualitative study aims to analyse the experience of a Psychosocial Care Centre in a municipality in the north of Bahia, listing favourable and unfavourable factors in the process of deinstitutionalization in mental health, as advocated by the Psychiatric Reform. The methodology used was cartographic immersion with the production of field diaries between July and August 2022. The field experience allowed for analysis along thematic axes divided into two large groups: factors that contribute to deinstitutionalization and factors that hinder it. The processes monitored made it possible to observe the existence of an imbalance in the scenario studied, with a greater perception of factors unfavorable to deinstitutionalization. Based on the perceptions found, it is understood that there is a need to broaden discussions about the strategies currently being used by mental health substitutes, thus helping to avoid the re-edition of care models that are dissonant with the ideals of the Psychiatric Reform.

Keywords: Mental Health Service. Psychiatric Reform. Mental Health. Deinstitutionalization in Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS	Agente comunitário de saúde
AP	Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fenam	Federação Nacional de Médicos
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HP	Hospital Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RP	Reforma Psiquiátrica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	10
POR QUE PENSAR SOBRE DEINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL?.....	14
A LOUCURA COMO PROBLEMA	19
BREVE CONCEPÇÃO DA LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA.....	22
O ACOLHIMENTO DA LOUCURA	27
REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	27
DEINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	33
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO PROPOSTA DE CUIDADO DO SUJEITO COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE.....	35
CONTEXTO ATUAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CENÁRIO DE PESQUISA	38
MÉTODO DA PESQUISA	41
PROCESSOS PERCEBIDOS E REFLEXÕES POSSÍVEIS	47
FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	47
O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de acolhimento e formação de vínculos	47
O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de exercício da atividade assistencial interdisciplinar	54
O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial	57
FATORES QUE DIFICULTAM A DEINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	60
O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de perigo e más energias	60
O Centro de Atenção Psicossocial como lugar onde o exercício da atividade assistencial interdisciplinar é incipiente	64
O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo de controle dos sujeitos em adoecimento mental	68
O Centro de Atenção Psicossocial como lugar onde é difícil estar ou permanecer	70

PARA ONDE SEGUIMOS DAQUI?	75
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	88

Centro de Atenção Psicossocial e Desinstitucionalização em Saúde Mental:

Análise da Experiência de um Município do Norte Baiano

Este trabalho de dissertação surge como proposta de acolhimento às minhas angústias pessoais percebidas ao longo dos quase 15 anos atuando como médico psiquiatra em Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs).

Minha trajetória profissional na Psiquiatria teve início em 2008 no município baiano de Macaúbas. Naquela época, já chamou a minha atenção o fato de ter sido convidado a ocupar o lugar de médico clínico do CAPS I sob a justificativa de gestores e profissionais de saúde locais de que “nenhum médico queria”. Mesmo receoso, aceitei o desafio e passei a compreender a Psiquiatria não como uma escolha, mas sim como um caminho que me buscou desde então.

O receio inicial experimentado não vinha apenas do fato de se tratar de uma experiência profissional nova. A Psiquiatria nunca havia sido mesmo pensada como proposta de especialização em minha trajetória até aquele momento. Por outro lado, para além dos sentidos profissionais atribuídos por mim, a saúde mental também não era vista pelas pessoas da minha época como algo a ser contemplado na realização profissional. Lembro-me dos colegas da graduação ou mesmo dos meus referenciais de médicos em que a Psiquiatria nunca surgia dentre as possibilidades. A especialidade não era bem-vista, era compreendida como mal remunerada, perigosa e até mesmo potencialmente “enlouquecedora”.

Além do senso comum em relação a esta área médica, barreiras pessoais também foram responsáveis pelo meu distanciamento inicial da Psiquiatria. Minha experiência pessoal com a loucura e com as pessoas em adoecimento mental grave sempre foi de cautela e precaução. Nas raras vezes em que minha família teve contato com a loucura, a regra ensinada a mim pelos mais velhos era a de que eu devesse ter sempre cuidado, pois minha integridade física poderia estar ameaçada caso me aproximasse demais.

O medo foi sentimento muito presente no meu imaginário pessoal quando eu pensava a respeito daqueles que conviviam com transtornos mentais. Acredito que tenha sido assim também para muitas pessoas que ainda veem a loucura como ameaçadora. Só consegui ultrapassar esta barreira da sensação de insegurança após os primeiros contatos com o cuidado em saúde mental, a partir da minha experiência técnica em dispositivos tipo CAPS.

As vivências pessoais e profissionais nesses serviços possibilitaram esta ampliação do meu olhar em relação ao sujeito com adoecimento mental. Talvez a primeira experiência potencialmente transformadora tenha ocorrido ainda no ano de 2008 em Macaúbas, Bahia. Conhecida por seus festejos juninos, a cidade tinha como tradição a realização anual da quadrilha conduzida por usuários e profissionais do CAPS I municipal. Fui convidado não somente para o planejamento desta atividade, mas também para participar como integrante, dançando com uma das usuárias.

A participação na quadrilha junina me possibilitou experimentar na prática essa “mistura de sujeitos”, algo ainda improvável em meu imaginário marcado por tradições e ideias potencialmente manicomiais. A manifestação cultural, diante dos olhos dos munícipes, de um grupo no qual não havia clara distinção entre usuários e profissionais me colocou frente à constatação de que “sim, é possível cuidar sem segregar”. Mais que isso, as pessoas com adoecimento mental grave poderiam, sim, estar envolvidas em atividades junto às suas comunidades.

Ainda guardo uma foto desse evento e considero particularmente interessante que todas as pessoas ali registradas não possam ser identificadas pela lógica cartesiana que separa doença e saúde. Para além disso, são pessoas reconhecidas a partir do sentido atribuído ao momento, que era de felicidade e de celebração coletivas.

Esse primeiro envolvimento com a saúde mental me colocou diante da Psiquiatria de uma forma diferenciada, privilegiando-a como escolha dentre outras especialidades e

determinou meu futuro profissional desde então. Ao todo, foram cerca de 8 municípios baianos nos quais estive diretamente vinculado a dispositivos do tipo CAPS ao longo dos últimos 15 anos. Foram experiências diversas, com muita singularidade entre as vivências tanto pessoais quanto técnicas em cada um destes lugares.

No que diz respeito às similaridades, considero importante destacar que todos os municípios pelos quais passei carregam entre si uma proximidade muito grande em relação à construção simbólica da comunidade a respeito da loucura. No imaginário de muitos, ainda foi bastante frequente e perceptível a ideia de que o louco é perigoso e a ele caberia pertencer e transitar apenas em um local específico. Mesmo na ausência de muros ou grades, o louco deveria ser cuidado, supervisionado e até mesmo curatelado sob as regras deste novo dispositivo tomado como substitutivo ao modelo asilar e reconhecido como CAPS.

Nestas minhas experiências como médico psiquiatra, não foi incomum perceber que alguns sujeitos transitavam, de fato, apenas pelo referido dispositivo de saúde mental, sem contato com outras possibilidades de cuidado, sem acesso a outros meios de existir como cidadãos e pertencentes a uma comunidade.

Na maioria das vezes, compreendi que as estratégias de cuidado para o usuário do CAPS não eram conduzidas sob a perspectiva de ampliação de possibilidades, acabando por acontecer de forma limitada e encerrando em si mesmas. Logo, era como se o CAPS fosse o destino final do indivíduo, sem permitir reinserção social e sem contribuir para a desinstitucionalização em saúde mental desejada. Esta realidade acaba por reforçar a permanência do imaginário coletivo em relação à loucura e sobre o qual são necessárias crítica e reflexão.

Em um destes municípios onde atuei, recordo-me de uma experiência de reencontro com um usuário que havia sido cuidado por mim anteriormente em uma instituição hospitalar ainda na época da residência médica. Tratava-se de uma pessoa com uma história bem

particular que envolveu agitação psicomotora e agressividade durante surto psicótico e que resultou em problemas de ordem jurídica para ele. Seu comportamento à época gerou muita comoção popular entre os munícipes e, quando o reencontrei já sob tratamento do CAPS local, o sentimento mais comum entre aqueles que o conheciam ainda era o de medo. Até mesmo os profissionais do dispositivo o tratavam com ressalvas pelo receio de que fossem agredidos, reforçando o isolamento do indivíduo e comprometendo a vinculação dos profissionais com o usuário em questão.

Não se trata em momento algum de estabelecer um julgamento moral em relação aos sentimentos observados na equipe de saúde mental, mas de pontuar a percepção de que o medo ainda é muito presente em algumas situações envolvendo a dinâmica da relação profissional e usuário. Assim, coube ao CAPS a tarefa, ainda que implícita, de garantir à sociedade que aquele sujeito não representasse riscos aos demais e que sua circulação no município ficasse sob a responsabilidade e vigilância do dispositivo e de seus técnicos. Este caso específico me fez refletir sobre o quanto este imaginário coletivo em relação à loucura ainda atravessa nossas relações com as práticas de cuidado em saúde mental.

Talvez a frase que mais tenha me incomodado ao longo destes anos de atuação em CAPS e que seja muito mobilizadora para a construção deste projeto tenha sido a daqueles que se referem a algum usuário desses dispositivos quando afirmam “ele é do CAPS”. Não foi incomum que me deparasse com situações nas quais até mesmo atendimentos médicos de urgência e emergência fossem negados ao sujeito com a justificativa de que “ele é do CAPS”. Não foi diferente o que percebi pelos lugares onde atuei e nos quais muitas pessoas pareciam se eximir de responsabilidades sociais e de cuidados ao “entregarem” o sujeito em adoecimento mental para as instituições especializadas com a justificativa simplória e segregadora revelada por este discurso.

Pensar sobre o quanto e sobre como as trajetórias de vida das pessoas em adoecimento mental são modificadas a partir do momento em que lhe são atribuídos destinos essencialmente vinculados a instituições ou dispositivos de saúde específicos me causa um constante desconforto e uma sensação de ineficiência da assistência ao sujeito com adoecimento mental grave. Afinal de contas, a liberdade individual de circulação pelo território de existência deve ser compreendida como direito de todos.

Não são poucos os meus questionamentos e as minhas reflexões a respeito do que posso fazer como técnico de CAPS para que o dispositivo seja de fato substitutivo ao modelo manicomial. Pensar em estratégias para que o sujeito possa transitar para além deste serviço de saúde é meu desafio e propósito pessoal desde o início da minha jornada profissional. Esta consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica (RP) e com a luta antimanicomial permeia o meu ideal de cuidado em saúde mental e determina que eu reveja minhas contribuições pessoais e profissionais neste sentido.

Por ora, fica a pretensão de contribuir para a reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde mental conduzidas em CAPSs. Estou certo de que ainda permanecerá em mim o ambicioso desejo de que toda a sociedade seja capaz de colaborar para a construção de projetos que busquem cada vez mais o cuidado em liberdade e que não reforcemos, ainda que sem muros e sem grades, velhas maneiras de lidar com a loucura.

Por Que Pensar Sobre Desinstitucionalização em Saúde Mental?

Este estudo é uma proposta de reflexão sobre o papel dos CAPSs no processo de desinstitucionalização do sujeito em adoecimento mental grave, princípio indissociável dos ideais da RP, elencando algumas estratégias de atuação com potencial de promover ou dificultar este processo.

Para Rotelli (1990), a desinstitucionalização engloba ações que sejam capazes de reconstruir as pessoas como atores sociais, impedindo-as de serem esmagadas pelo

sufocamento imposto por aqueles que, no pretexto de cuidar de doenças, desejam que o doente mental seja regulamentado quanto aos seus papéis, comportamentos e identidades. O autor ainda compreende que a desinstitucionalização prevê, necessariamente, a emancipação dos sujeitos, com estímulo à singularização e ressingularização. Partindo desta compreensão, percebo que, ao longo destes quase 15 anos de atuação em diferentes dispositivos do tipo CAPS, não consegui experimentar uma realidade na qual o protagonismo, a autonomia e a reinserção social dos sujeitos fossem contemplados de modo efetivo como estratégias para uma quantidade considerável de pessoas.

A necessária desconstrução de uma lógica manicomial perpassa pela desmontagem de todo um conjunto de aparatos, reestabelecendo a relação dos sujeitos com os seus sofrimentos. Aqui, ousou dizer que a lógica assistencial também requer mudanças, ainda que conduzidas em dispositivos com portas abertas.

De acordo com Amarante (2003), as transformações necessárias não devem se limitar a propostas de alterações em serviços, mas em mudanças de ordem técnico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Como profissional de saúde mental, angustia-me a percepção de estar fazendo muito pouco para que estas transformações aconteçam.

No que diz respeito à atuação dos profissionais, Alverga e Dimenstein (2006) apontam que as equipes de saúde mental inseridas em dispositivos substitutivos podem, mesmo sem se dar conta disto, reproduzir a institucionalização e os desejos de exclusão. A forma como o profissional atua pode revelar mecanismos pelos quais se perpetuam práticas dissonantes com os ideais da RP, contribuindo assim para que estratégias de fato desinstitucionalizadoras sejam de difícil implementação.

A Atenção Psicossocial (AP) é a proposta de política pública em saúde mental com responsabilidade de atendimento aos pressupostos da RP (Yasui, 2009). Como principais

dispositivos de saúde executores desta estratégia, os CAPS têm uma grande relevância social na medida em que possuem a tarefa de substituição do modelo hospitalar e manicomial. Contudo, ainda que em liberdade, uma assistência com foco na dependência do sujeito destes novos dispositivos, com circulação muitas vezes restrita apenas a estes locais e sem participação em outras realidades de seu território não é capaz de gerar modificações estruturais necessárias para um total rompimento com a lógica manicomial.

Este projeto de pesquisa tem como objetivo analisar fatores que favorecem ou dificultam o processo de desinstitucionalização em saúde mental a partir da perspectiva de atuação em um CAPS de um município do norte baiano. Para tanto, eu me lancei no cenário de pesquisa a partir da lógica da imersão cartográfica, produzindo diários de campo que posteriormente me guiaram na discussão e reflexão sobre os processos observados.

Este trabalho está estruturado em sete capítulos. No primeiro deles, “Aspectos introdutórios”, são pontuadas algumas vivências pessoais que me inclinaram em direção à necessidade de construção deste projeto. Neste capítulo, ainda há o subtítulo “Por que pensar sobre desinstitucionalização em saúde mental?”, com o qual se pretende demonstrar os principais aspectos teóricos e pessoais que se relacionam ao justificarem a escolha do tema central deste estudo – a desinstitucionalização em saúde mental.

O segundo capítulo, “A loucura como problema”, visa a contextualização da loucura como problema, ou seja, algo com demanda de ser resolvido ou contido a partir de uma compreensão social sobre o fenômeno.

O subtítulo “Breve concepção da loucura ao longo da história” busca pontuar cronologicamente esta assimilação, enquanto o subtítulo “Institucionalização da loucura” evidencia a principal forma pela qual a sociedade lidou com as pessoas em adoecimento mental grave.

No terceiro capítulo, “O acolhimento da loucura”, são apontadas as principais propostas de enfrentamento da loucura através dos subitens “Reforma Psiquiátrica” e “Desinstitucionalização em saúde mental”. Os referenciais teóricos trazidos nestas seções relacionam estas estratégias à possibilidade de ruptura com os paradigmas descritos no capítulo anterior.

O quarto capítulo, “Contexto atual da Rede de Atenção Psicossocial no cenário de pesquisa”, pretende a contextualização do campo no qual o CAPS estudado está inserido, buscando elencar realidades e particularidades locais.

O “Método da pesquisa” é descrito no quinto capítulo, onde são pontuadas as principais razões pelas quais a cartografia é escolhida como metodologia e o que o referencial teórico utilizado informa a respeito.

O sexto capítulo, “Processos observados e reflexões possíveis”, foi dividido em dois eixos temáticos em virtude dos desdobramentos surgidos. O primeiro subitem aborda os “Fatores que contribuem para a desinstitucionalização em saúde mental”, compreendendo os seguintes tópicos: “O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de acolhimento e formação de vínculos”; “O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de exercício da atividade multiprofissional interdisciplinar” e “O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial”.

O outro subitem do sexto capítulo traz “Os fatores que dificultam a desinstitucionalização em saúde mental”. Esta seção é composta pelos tópicos: “O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de perigo e más energias”; “O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo de controle dos sujeitos em adoecimento mental” e “O Centro de Atenção Psicossocial como lugar onde não se deseja estar ou permanecer”.

O sétimo e último capítulo é intitulado “Para onde vamos daqui?”, onde são pontuadas as principais considerações observadas na pesquisa. Esta seção reitera a

compreensão de que a desinstitucionalização em saúde mental é processo em curso e que é atravessada por riscos em sua execução, propondo questionamentos sobre o momento atual e sobre os rumos a serem tomados a partir de agora.

A Loucura Como Problema

Frayze-Pereira (1982) ressalta que a concepção mais aceita cultural e socialmente da loucura é aquela que a percebe como sendo uma falha da forma pessoal, consciente, normal, equilibrada e sadia de ser, tomando o indivíduo como em desacordo com os demais de seu grupo social. Assim, este conceito de loucura como anormalidade assume definições impostas por um conhecimento teórico médico que pressupõe diferenças traduzidas não apenas em diagnósticos, mas inevitavelmente em tratamentos marcados pelo isolamento e pela segregação de sujeitos considerados “anormais”.

De modo geral, a loucura é simbolizada por construções sociais essencialmente negativas e pejorativas, tomando sentidos que geram comportamentos de medo e segregação. Este imaginário coletivo impregnado de temores e preconceitos é capaz de determinar a forma pela qual a sociedade encara o desafio de lidar com o tema, permitindo que o encarceramento de pessoas com transtorno mental grave pudesse ser observado ao longo da história. Mesmo na atualidade, a loucura ainda pode ser compreendida como algo a ser medicalizado, temido ou contido, o que a coloca exclusivamente como problema: de saúde, social ou de segurança pública.

Historicamente, a forma como a sociedade lida com o adoecimento mental grave se modifica na medida em que este é compreendido também sob diferentes perspectivas. A concepção da loucura como problema de saúde é marcadamente influenciada pelo cientificismo médico, em especial pela Psiquiatria. Para Amarante (1996), foi a partir de Philippe Pinel que a Medicina tomou para si o poder sobre a loucura no final do século XVIII. Para o autor, Pinel compreendia a loucura como sendo o rompimento com a realidade e a categorizou sob um conjunto de sinais precisos e constantes que pudessem ser agrupados em uma nosografia. Desta forma, a Medicina poderia, pelo menos sob a justificativa de

promover tratamentos a uma condição agora considerada patológica, utilizar-se da estrutura manicomial para manter os loucos separados dos demais em um mesmo lugar.

Amarante (1996) ainda traz críticas quanto à classificação da loucura como doença a partir da mera análise comparativa com o que seria considerado normal. Este autor considera que as influências culturais, sociais e políticas (e aqui eu ousaria dizer morais) interferem na forma como o “normal” é concebido, determinando a definição do que seria saudável ou patológico. Ou seja, trata-se de um conceito que pode ser influenciado por fatores intrínsecos aos sujeitos detentores do poder de determinação do que seria normal, com forte tendência a entender como desviante todo e qualquer comportamento assumidamente estranho aos olhos de quem o avalia.

O entendimento da loucura como um problema médico ou de saúde foi capaz de trazer novas expectativas sociais em relação aos sujeitos com transtorno mental e aos modos como estes deveriam ser abordados. Se o tratamento asilar não era uma novidade no final do século XVIII, pelo menos agora ele teria sua existência reiterada e reafirmada pela concepção médica de que suas estruturas eram de fato necessárias como proposta de abordagem da loucura percebida então como doença.

Para Alverga e Dimenstein (2006), um imaginário social calcado no preconceito e rejeição em relação à loucura ainda se constitui como um dos principais fatores responsáveis pelas dificuldades em se implementar uma assistência em consonância com os ideais da RP. Este imaginário popular contribui para a permanência entre as pessoas do desejo de dominar, subjugar, classificar, hierarquizar, oprimir e controlar. Estas autoras chamam estas demandas coletivas de “desejos de manicômio” (Alverga & Dimenstein, 2006, p. 300) e consideram este aspecto como crucial para a justificativa da manutenção de instituições com características asilares.

A demanda por segregação da loucura também é perpassada por fantasias relacionadas ao medo que a sociedade tem diante dos sintomas comportamentais a ela associados. Não é incomum que o sujeito em adoecimento mental seja rotulado como agressivo e potencialmente letal.

De acordo com Santos e Magalhães (2020), existe uma representação socialmente construída que registra o sujeito com transtorno mental como violento, impulsivo, perigoso e sempre propenso a surtos psicóticos. Para as autoras, médicos e demais profissionais de saúde acabam por perceber a loucura como representativa de riscos também às suas integridades físicas. Assim como em outras situações, a demanda por este enclausuramento serviria a este propósito de tornar o cidadão “mentalmente são” seguro diante das ameaças que pudessem surgir a partir do contato com os indivíduos loucos.

Santos e Magalhães (2020) ainda afirmam que o medo que se tem do louco passa pelo medo da própria loucura. Observa-se aqui a existência de uma percepção social de que a segregação e o isolamento dos sujeitos com transtorno mental seriam capazes de evitar uma “contaminação” dos demais sujeitos, colocando a loucura sob uma perspectiva fantasiosa de controle sobre o doente e sobre a doença. Sem dúvidas, a estrutura manicomial pode ser entendida como servindo a esta demanda social resultante do medo que a loucura ainda provoca.

Não obstante, a pessoa em adoecimento mental grave ainda é encarada como uma ameaça em potencial à segurança pública. Recentemente, vivemos no Brasil um grande debate em torno do fechamento dos cerca de 32 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) espalhados pelo país e que mantêm presas cerca de 4.680 pessoas. O crime mais comum é o de roubo, seguido de homicídio e tráfico de drogas (Altino, 2023). De acordo com esta matéria jornalística, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) baixou a Resolução nº 487 (2023) que determina o fechamento gradual dos HCTPs e a utilização de

tratamento ambulatorial em serviços comunitários junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

A reportagem de Altino (2023) ainda aponta para o fato de que entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Federação Nacional de Médicos (Fenam), dentre outras, têm se posicionado contra a aplicação desta política. Conforme as notas emitidas pelas representações destas entidades, a resolução não foi discutida suficientemente com os médicos, o que poderia implicar em riscos para a segurança da população.

O aprisionamento de pessoas com transtornos mentais graves que cometem crimes e passam grande parte da vida em instituições asilares não deixa de ser uma representação da abordagem manicomial ainda dispensada a essas pessoas. Muitas delas não são reavaliadas de forma regular, o que compromete uma análise real da periculosidade de cada caso. Mas, superior a esta mera avaliação de riscos, o que se percebe é que a grande maioria dos presos em HCTPs não são conduzidos a uma estratégia de reinserção social com tratamento em comunidade, tornando a desinstitucionalização desses sujeitos um objetivo difícil de ser alcançado.

Este entendimento da loucura como problema de segurança pública ainda perpassa por discussões e reflexões bastante atuais e reiteram como as concepções sobre o tema interferem na forma como a sociedade encara o assunto. Neste sentido, ousa afirmar que o desejo pelo encarceramento do louco ainda não é ponto ultrapassado em nossa realidade.

Breve Concepção da Loucura ao Longo da História

A compreensão social da loucura foi moldada sob diferentes formas ao longo da história. Nesta construção de sentidos, a loucura é assimilada a partir de um conjunto de conceitos que surgem da própria cultura constituída nas relações sociais, bem como em espaços e tempos distintos nos quais os indivíduos não podem deixar de estarem inseridos

(Aragão, 2008). Compreende-se, portanto, que o significado social atribuído à loucura é marcado por influências contextuais de cada época e de cada população que buscou lidar e até mesmo compreender o fenômeno do adoecimento mental.

Na Antiguidade, por exemplo, a concepção de loucura era muito influenciada pelo entendimento de que se tratava de uma experiência individual de contato com forças divinas (Aragão, 2008). Foucault (1972) demonstra uma percepção deste fenômeno diferente da atual ao apontar que a loucura para os gregos poderia ser até mesmo considerada um privilégio, pois partia do pressuposto de que o “delirante” tinha a capacidade de se comunicar com as divindades e com o sagrado. Apontar o louco como possuidor de uma qualidade colocava-o em uma posição presumidamente privilegiada em relação aos demais cidadãos.

O entendimento sobre a loucura se modifica e vai perdendo esse status de privilégio espiritual para se configurar cada vez mais por um caminho oposto conceitualmente. Conforme apontam Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014), foi na Idade Média que se iniciou o predomínio do entendimento da loucura como resultado de possessão demoníaca, feita por vontade própria ou de terceiros, à serviço de forças malignas. De acordo com este entendimento da época, extremamente influenciado e reforçado pela Igreja Católica, o indivíduo que alojava o demônio no corpo estava propenso a experimentar alterações e modificações em suas percepções e emoções.

Dessa forma, tornou-se consequência dessa compreensão medieval a ideia de que os “alienados” deveriam ser separados do convívio social, garantindo assim a ordem para os demais. Ainda não havia neste período o entendimento deste fenômeno como doença passível de medicalização e os indivíduos considerados loucos tinham na segregação social o único trajeto de vida possível ao longo de suas histórias pessoais.

Foi durante a Renascença que surgiu a figura emblemática da exclusão e segregação da loucura, representada pela “Nau dos Loucos”. Foucault (1972) informa que o “navio dos

insanos” de fato tornou-se uma realidade, navegando pelos rios da Alemanha na primeira metade do século XV, com a função de escorraçar da sociedade aqueles considerados mentalmente insanos. Os loucos poderiam continuar vagando pelos rios, sem rumo ou simplesmente serem deixados à própria sorte em terras estrangeiras, “purificando” assim as comunidades.

No século XVI, as percepções críticas da loucura passam a guiar o entendimento sobre esta, assumindo-se que se tratava de fenômeno ocorrendo não apenas fora do campo da razão, mas fora do campo de acesso ao Divino. A loucura significaria renúncia ao mundo, mas também às vontades de Deus (Foucault, 1972).

Na segunda metade do século XVII, medidas de internamento passam a ser frequentemente impostas para grupos específicos de pessoas: doentes venéreos, devassos, homossexuais, blasfemadores, alquimistas e libertinos (Foucault, 1972). Estes indivíduos eram rejeitados e reclusos em asilos que se tornarão, um ou dois séculos depois, os campos fechados da loucura.

A Renascença e a Idade Média evocaram os medos relacionados à loucura, mas foi a partir do século XVII que a necessidade de delimitação e contenção foi mais evidente. Neste momento da sua história, a sociedade precisava não apenas conter a loucura, mas simbolizar o que pertencia ou não ao campo da razão através das estruturas asilares.

Ainda de acordo com Foucault (1972), a experiência do internamento surgia como possibilidade de correção e vigilância de comportamentos considerados desviantes, incluindo-se aqui a própria loucura. Para o autor, o internamento e a própria existência do homem que será internado são indissociáveis. Neste contexto, o hospital não servia para o cuidado da doença, mas antes para a implementação de medidas punitivas capazes de promover a correção moral e o arrependimento por parte dos internos.

A partir do século XVIII, o olhar médico passou a influenciar a compreensão da loucura. Sob a ótica racionalista, o estar louco deixou de ser vinculado ao sobrenatural e passou a ser considerado como sinônimo de adoecimento. Esta perspectiva da loucura como doença é decorrente dos trabalhos de Pinel no final do século XVIII (Facchinetti, 2008), quando este propôs sistematização e terapêutica.

A nova percepção pressupunha ainda a organização de novos lugares de exclusão, encarceramento e medicalização das pessoas avaliadas como loucas, adotando assim o Hospital Psiquiátrico (HP) como referência de lugar para o manejo da loucura. Esta mudança de visão sobre a loucura acaba por refletir no destino das pessoas acometidas por ela, uma vez que o encarceramento passou a ser compreendido como recurso terapêutico.

O positivismo de Comte domina o pensamento típico a partir da segunda metade do século XIX, como método e como doutrina (Ribeiro, 1984), vindo então a orientar a Medicina como ciência e campo de conhecimento humano. Bertolli (2017) aponta que o entendimento positivista presume o aprimoramento da razão e que a Medicina teria de ser articulada a partir do acúmulo de conhecimentos racionais e conforme uma linearidade.

No século XIX, a visão positivista determina também o entendimento da loucura que se distancia da razão e é compreendida como fenômeno posterior à racionalidade. Esta concepção interfere na forma como a Medicina, como ciência positivista, compreende a loucura como doença e, portanto, passível de tratamento e recuperação.

A Psiquiatria, por sua vez, surgiu no início do século XIX, quando a ciência é entendida como detentora em potencial do conhecimento sobre a loucura e a Medicina, então, a responsável pelos assuntos relacionados à doença mental. De acordo com Silva (2007), “a psiquiatria é um saber medicamente institucionalizado e constituído a partir do momento em que a loucura vira um objeto para o conhecimento humano e adquire, então, o estatuto de doença mental” (p. 86) . Neste sentido, o médico psiquiatra pode ser compreendido não

apenas como um técnico com atribuições de definir diagnósticos e tratamentos para a pessoa com doença mental, mas também de determinar os destinos desses indivíduos ao indicar o manicômio como estratégia de tratamento.

Avalia-se que a conceituação da loucura como “desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões, de ser livre” (Foucault, 2008, p. 69) seja fruto do século XIX. Este conceito é responsável por impulsionar o internamento do louco como principal resposta às demandas social, cultural e médica sobre o que fazer com as pessoas em adoecimento mental grave.

Para Figueirêdo et al. (2014), a loucura passou então a ser conduzida cada vez mais sob a perspectiva de doença que requer tratamento, tendo em Pinel um dos primeiros representantes deste entendimento. Apesar de provocar rupturas com a forma pela qual se percebia o assunto anteriormente, a loucura não deixou de ser tratada do mesmo jeito, mantendo-se a segregação e o isolamento como propostas.

Essa compreensão clínica, com ênfase na observação e sistematização das transformações ocorridas nos pacientes, somada a uma visão organicista e exigente de tratamentos passa a reger a compreensão da loucura, sendo responsável assim pela manutenção da estrutura manicomial durante os séculos seguintes.

O Acolhimento da Loucura

Reforma Psiquiátrica

O século XX foi marcado por incursões em tentativas de reformulações dos modelos assistenciais em saúde mental. As Comunidades Terapêuticas (CT) surgiram como proposta de desvinculação do tratamento hospitalar psiquiátrico destinado aos sujeitos com transtorno mental. Apesar de conseguirem transpor esta barreira institucional, as CTs não foram capazes de extinguir o problema da exclusão social, pilar fundamental da lógica asilar, na medida em que os usuários continuavam sendo submetidos a uma realidade institucionalizante (César & Coelho, 2017).

Outra perspectiva considerada como alternativa ao suporte dado à loucura foi a concepção de Psicoterapia Institucional, liderada por François Tosquelles na década de 1940. Conforme apontam César e Coelho (2017), esta perspectiva não se opunha ao modelo asilar, pelo contrário. A premissa era mais de tratamento da instituição do que dos seus internados, reiterando a concepção do hospital como única estratégia. Neste sentido, uma tentativa de “humanização” do hospital poderia contribuir para que o mesmo fosse compreendido como possível estratégia de tratamento, o que não responde à demanda antimanicomial.

A Psiquiatria Preventiva ou Psiquiatria Comunitária defendida por Gerald Caplan foi conhecida nos Estados Unidos na década de 1960 e partia dos princípios da prevenção. Através deste modelo de assistência, o adoecimento mental pôde ser compreendido e, conseqüentemente, abordado em dispositivos comunitários, sem depender única e exclusivamente do HP, mas sem a pretensão de superá-lo (César & Coelho, 2017).

A partir da segunda metade do século XX, a Psiquiatria enfrentou forte crítica e desconfiança, com o surgimento de movimentos políticos e sociais que passaram a discutir e expor a realidade do sistema hospitalar, bem como as violências vivenciadas nesses locais

pelos usuários, apresentando pautas de reivindicação e combate ao modelo manicomial hegemônico até então (Aragão, 2008).

Esse cenário é onde a Psiquiatria Democrática tem Franco Basaglia como principal expoente já a partir da década de 1960 na Itália. Assimilando conceitos das CTs, especialmente no que diz respeito à participação do sujeito em relação ao seu tratamento, a Psiquiatria Democrática se ateve ao rompimento da estrutura manicomial na medida em que entendia o surgimento do HP com o objetivo de controle e não de cura (César & Coelho, 2017).

Basaglia procurou romper com a lógica de segregação dos sujeitos com transtorno mental, buscando tornar o hospital um lugar de tratamento e reinserção social. A proposta de ruptura das estruturas físicas que separavam esses sujeitos dos demais intencionaram modificações não apenas entre os doentes e a loucura, mas em toda a população. Assim, o apoio popular foi necessário para a criação de um aparato legal que sustentasse o fim dos manicômios, contribuindo também para que a população fosse estimulada a repensar sua relação com a loucura (César & Coelho, 2017).

No Brasil, a luta pela Reforma Psiquiátrica surge no final dos anos 1970, com a ação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1989, o então deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores/Minas Gerais) apresentou projeto de lei no Congresso Nacional objetivando regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de extinguir progressivamente os manicômios em todo o Brasil (Aragão, 2008).

A aprovação da Lei Paulo Delgado (2001), de nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é considerada o primeiro marco legal na construção de políticas públicas focadas no cuidado associado à garantia de proteção dos direitos às pessoas com adoecimentos mentais. Esta lei é considerada o pilar das políticas de saúde mental no Brasil,

assegurando o cuidado em serviços substitutivos aos HPs e alterando a lógica das internações, cujo modelo de assistência isola a pessoa da família e da sociedade no geral (Neves, 2012).

Estas políticas planejam a diminuição de leitos psiquiátricos de longa permanência, estimulando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, ocorram em hospitais gerais e sejam breves.

As estratégias de atenção à saúde precisam estar consonantes com as reais necessidades da população, considerando aspectos intrínsecos da experiência vivida, bem como a rede de relações que cada um estabelece, seja na família, na comunidade ou com a equipe que oferta o cuidado (Neves, 2012). Neste sentido, surge a demanda pela criação de dispositivos em saúde mental com função de substituição às estruturas manicomiais, possuindo características territoriais e de base comunitária.

Consequentemente, a Portaria de criação dos CAPSs (2002), do Ministério da Saúde (MS), de nº 336, estabelece a criação e categorização destes serviços substitutivos no país, nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infantojuvenil (CAPS i) II e CAPS álcool e drogas (CAPS ad) II. Especificamente, os CAPSs são instituídos com a função de atendimento público em saúde mental, devendo priorizar pessoas diagnosticadas com transtornos mentais severos e persistentes e decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Sob coordenação do gestor local, os CAPSs devem responder pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

Ainda, conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS), aprovada pela Portaria da NOAS-SUS (2022), por determinação do gestor local, os CAPSs necessitam de capacidade técnica para regular a porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território ou do módulo assistencial, sendo também sua função coordenar atividades de supervisão de HPs; supervisionar e capacitar equipes de Atenção Básica,

serviços e programas de saúde mental e realizar, mantendo atualizado, o cadastramento das pessoas que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e excepcionais.

A assistência prestada nos CAPSs inclui: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias focando a integração das pessoas na comunidade e suas inserções familiar e social; entre outras.

Para que as ofertas necessárias sejam elaboradas e viabilizadas, a Portaria de criação dos CAPS (2002) ainda sugere a existência de equipes técnicas mínimas de acordo com o porte do serviço, sempre preservando a composição multiprofissional e o trabalho interdisciplinar. São exemplos de categorias profissionais que podem compor essas equipes: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, entre outras.

A criação de novos dispositivos somada às determinações surgidas a partir da implementação de uma nova lógica de cuidados em saúde mental exigiu a reorganização das conexões entre dispositivos. Conseqüentemente, o processo de estruturação da RAPS ocorreu a partir desta necessidade de reorientação do modelo assistencial. Assim, a RAPS se apresenta como uma rede complexa, capaz de incluir serviços e estratégias comunitárias intensamente inclusivas, solidárias e libertárias, que pretendem um novo status social para a pessoa que atravessa uma experiência de sofrimento psíquico, garantindo cidadania e respeito às singularidades (Neves, 2012).

A RAPS passou a ter entendimento legal a partir da Portaria da RAPS (2011), do MS, de nº 3.088, a qual fora republicada em 2013. Esta portaria afirma elementos cruciais da RP,

integrando o SUS, sendo fruto indiscutível dos esforços da luta antimanicomial e da transformação ainda em curso da assistência em saúde mental.

A atenção em saúde estabelecida pela RAPS deve ser humanizada, com valorização das estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) nos processos formativos das equipes e tendo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como marcador do cuidado centrado na pessoa. Essa rede ainda tem sua organização baseada na regionalização e no trabalho intersetorial, para que seja garantido o princípio da integralidade. Os dispositivos de base territorial e comunitária devem ser destacados no desenrolar dos fluxos, valorizando a participação e o controle social das pessoas assistidas e de seus familiares, favorecendo a inserção e reinserção social de quem historicamente foi discriminado e excluído.

Para Alverga e Dimenstein (2006), a ação de desinstitucionalizar requer a desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista problema-solução, o qual atribui “nexo causal entre o diagnóstico e o prognóstico, entre doença e cura, entre exclusão e reinserção” (pp. 304-305), a fim de refutar práticas que reduzem a loucura à doença mental, reinventando, conseqüentemente, a compreensão do processo saúde-doença. Neste contexto e como tentativa de resposta a este desafio, o fortalecimento da RAPS se mostra imprescindível para a obtenção da desinstitucionalização em saúde mental exigida.

Segundo Amarante (2003a), os CAPSs devem ainda representar mais do que novos serviços, assumindo o caráter de serviços inovadores. Contudo, ainda há dúvidas se esses dispositivos são de fato remodeladores de estratégias de cuidado ou apenas reproduzem práticas manicomiais. Esta crítica encontra fundamento, por exemplo, quando se percebe que o cardápio de ofertas de cuidado por vezes é reduzido e centralizado na perspectiva da assistência médica individualizada, que prioriza consultas ambulatoriais e prescrições medicamentosas, desconsiderando as demandas sociais, legais e culturais dos sujeitos atendidos.

Apesar dos avanços, as estratégias de cuidado promovidas pelos CAPSs parecem seguir sofrendo influências consideráveis do modelo clássico de percepção do sujeito com transtorno mental, sem dissociação completa e suficiente da ideia da instituição hospitalar como primeiro lugar de cuidado na tradição ocidental (Machado, 2009).

Apesar da condição de dispositivo substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, o CAPS ainda pode representar meio de institucionalização dos sujeitos, na medida em que promove práticas que ainda seguem a lógica da tutela, da hierarquia entre profissionais e pacientes, da despolitização e do afastamento entre as pessoas que demandam cuidados em saúde mental e a sociedade em geral (Costa, Figueiró & Freire, 2014).

Não obstante, pela tendência à institucionalização, cronificação e até mesmo “manicomialização” da pessoa com transtorno mental, a criação de novos dispositivos retoma as críticas às instituições e as reflexões sobre novas cronicidades (Pande & Amarante, 2011), pois, como relata Goffman (2015), a instituição pode desempenhar um processo de cronificação dos sujeitos mais do que a suposta natureza do transtorno mental.

Em entrevista à Dominguez (2014), Amarante afirma que existe uma demanda das pessoas pelo manicômio que possui aspectos essencialmente culturais. O autor ainda afirma que, sem perceber, as pessoas reproduzem a lógica que alimenta a sobrevivência dos HPs, com ideais de controle dentro e fora dos espaços de saúde mental, o que se contrapõe ao paradigma da AP e da desinstitucionalização.

O reconhecimento de que a exclusão e a limitação do sujeito pelo outro surgem a partir de constructos sociais revela a necessidade de estratégias que aproximem a população desta discussão, o que poderia contribuir para que processos de marginalização e segregação da loucura sejam minimizados ou mesmo evitados. A reestruturação dos espaços de cuidado é necessária, mas não garante a superação dos valores manicomiais existentes. A sociedade

precisa ser convocada a repensar sua relação com a loucura, dado que é passível de acometer a qualquer um (Alverga & Dimenstein, 2006).

Vieira (2011) aponta para o que ele chamou de “síndrome de institucionalização”, observada principalmente naquelas pessoas egressas de longos períodos de hospitalização psiquiátrica. Estes sujeitos se comportam diferente quando comparados a outros usuários de serviços substitutivos, apresentando-se com maior dificuldade de reinserção social, capacitação ocupacional e com mais problemas nas relações com familiares.

A internação psiquiátrica ainda é capaz de gerar no sujeito “artefatos” derivados de coerções, humilhações e autoritarismos, gerando ausência de projeção de vida, sensação de vazio emocional, regressão psicológica, perda da individualidade e da liberdade do cidadão (Vieira, 2011). Desta forma, fica compreendido que a institucionalização não apenas é ineficaz no cuidado de pessoas, como é capaz por si só de provocar agravamentos permanentes na vida daqueles já estigmatizados pelo adoecimento mental.

Desinstitucionalização em Saúde Mental

Conforme Rotelli (1990), a verdadeira desinstitucionalização corresponde ao processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este objeto que passa a ser compreendido como a emancipação; a reprodução social das pessoas e demais processos de singularização e ressingularização. Desinstitucionalizar é, então, um processo que envolve a reconstrução de pessoas como atores sociais, impedindo o nefasto poder que o adoecimento mental tem de sufocar o sujeito no que diz respeito à sua identidade, às suas potencialidades e à sua inserção social na comunidade. Assim, a desinstitucionalização em saúde mental requer, invariavelmente, a criação de oportunidades e probabilidades para os sujeitos em adoecimento mental grave.

Ainda conforme Rotelli (1990), a desinstitucionalização está muito mais voltada para a reformulação dos modos pelos quais a loucura é compreendida do que pela simples

extinção de manicômios. Neste sentido, o autor não critica apenas o enclausuramento dos sujeitos com transtorno mental, mas a forma como toda uma sociedade encara a loucura e a segrega. Ainda, explica que o objeto da Psiquiatria não seria a periculosidade ou a doença, mas sim a forma como os pacientes e seus adoecimentos se relacionam com o corpo social.

O termo desinstitucionalização pode ser compreendido sob três aspectos: desospitalização, desassistência ou desconstrução. Todavia, apenas o sentido da desconstrução é o que estaria de fato de acordo com as propostas idealizadas pela RP (Bezerra, 2007).

Este projeto de pesquisa compreende desinstitucionalização não sob o conceito de “deixar de estar numa instituição hospitalar” apenas, mas com o significado de desconstrução de toda uma lógica pautada na segregação e exclusão da pessoa em adoecimento mental. Desta forma, a desinstitucionalização compreendida como necessária e em consonância com a RP e seus ideais é aquela implicada na desconstrução de uma cultura manicomial, com reposicionamentos de toda a sociedade em relação à loucura e com abordagens que ultrapassem a visão estritamente técnica e científica sobre o adoecimento mental, abandonando as lógicas de exclusão social de pessoas com adoecimentos mentais.

A importância em se pensar sobre desinstitucionalização em serviços substitutivos é necessária, uma vez que fechamentos de hospitais psiquiátricos e dispositivos asilares não garantem por si só a desinstitucionalização em saúde mental. Para Furtado e Campos (2005), há uma tendência natural em se repetir o referencial aprendido durante anos no exercício laboral, estando os trabalhadores de saúde mental mais propensos a processos de burocratização e alienação do objeto e objetivo do trabalho quando comparados com os demais profissionais da saúde.

A lógica de trabalho dos técnicos em saúde mental é influenciada pela própria convivência com a loucura e seus desdobramentos, não sendo processo fácil e, além disso,

extremamente influenciado pela forma como a sociedade se defende ao abordar o tema da saúde mental (Furtado & Campos, 2005). Neste sentido, pensar em desinstitucionalização também envolve uma reestruturação do modo pelo qual as equipes de saúde mental orientam suas práticas, pois estas não podem ser compreendidas como dissociadas da estratégia antimanicomial.

Atenção Psicossocial Como Proposta de Cuidado do Sujeito com Transtorno Mental Grave

Conforme Yasui (2009), a AP se constitui como a principal proposta capaz de alcançar os ideais da RP. Neste sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008) apontam que os profissionais de saúde mental precisam lançar mão de instrumentos capazes de expandir e consolidar as mudanças necessárias, rompendo com o modelo tradicional.

A AP como estratégia em saúde mental representa este rompimento de paradigmas na medida em que inclui novas perspectivas de entendimento e acolhimento da loucura. Para Yasui e Costa-Rosa (2008), a proposta da AP deve ser capaz de situar a saúde mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o binômio saúde-doença como resultado de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, possibilitando a construção de dispositivos de atenção e cuidado no território.

Nesse sentido, compreende-se que a AP é uma proposta que não prevê o encarceramento da loucura, mas o cuidado do sujeito em seu território, com valorização de sua identidade e subjetividade, com estímulo à circulação livre pelos serviços ofertados e pelos demais recursos da comunidade.

Consequentemente, a AP tem se tornado o alicerce do cuidado em saúde mental, redimensionando a perspectiva psicopatológica pela incorporação de diversos campos de saberes entrelaçados em uma visão complexa do fenômeno da loucura e ocupando novos

espaços políticos das práticas em saúde. Geralmente, concorda-se com o fato de que falar do lugar da AP é dizer mais do que da presença ou ausência de transtornos psíquicos. Para Yasui (2009), AP

Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (p. 3).

Ainda conforme o autor, a AP corresponde ao paradigma transformador da RP, não devendo ser confundida com transformação em serviços de saúde mental, ou seja, não devendo ser confundida com uma simples modificação de estruturas físicas ou de processos de trabalho.

A AP como principal estratégia da RP brasileira deve ainda contar com os mesmos princípios norteadores do SUS e defendidos pela Reforma Sanitária: universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade, descentralização, municipalização, intersetorialidade e controle social (Yasui, 2009). Pensar a partir deste entendimento leva à compreensão de que a AP apresenta um modelo de atenção em saúde mental no qual a segregação e o isolamento não são mais previstos como possibilidades nos trajetos terapêuticos das pessoas sob cuidados.

No que diz respeito à atuação profissional, a AP ainda exige que a equipe técnica assuma estratégias distintas às do modelo tradicional, devendo ser estimulada à formação permanente, com reorganização de trabalho e articulação de alianças. Ou seja, estratégias capazes de viabilizar a criação de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território e pautada nos princípios da integralidade e da participação popular.

A atuação do profissional nesse contexto também deve assumir características de oposição ao modelo centralizado no saber de um único profissional, mais comumente o médico psiquiatra. A transdisciplinaridade talvez represente o principal recurso de superação deste paradigma, correspondendo à atuação de diversos profissionais de diferentes áreas do conhecimento, sem categorização e setorização de saberes (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Para Yasui (2010), o grande desafio da Reforma Psiquiátrica consiste na superação do entendimento de que o movimento exige apenas a reestruturação de serviços. Neste sentido, o autor defende que a atenção psicossocial seja compreendida não como sistema fechado, mas como processo, estando em constante movimento e sujeito a transformações permanentes.

Enquanto estratégia social e complexa, a Atenção Psicossocial ainda permite o surgimento de novas situações de conflito, com participação de novos atores e inclusão de novas soluções. Para Yasui (2010), trata-se de proposta política sobre a qual há influências não apenas dos conhecimentos técnicos e científicos, mas também das dimensões sociais, políticas, jurídicas e culturais.

Compreende-se, portanto, que a AP se configura não apenas como proposta, mas cada vez mais como resposta visando atender aos questionamentos sobre como realizar a desinstitucionalização em saúde mental, configurando-se como política pública necessária para a obtenção da pretendida ruptura com o modelo asilar de cuidado às pessoas com transtornos mentais graves.

Contexto Atual da Rede de Atenção Psicossocial no Cenário de Pesquisa

O município no qual o estudo foi conduzido é polo da Microrregião e da Macrorregião Norte do estado da Bahia. Localizado na Região Submédio da Bacia do Rio São Francisco, tem população de 235.816 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022) e faz divisa com o estado de Pernambuco, com o qual compõe a Rede Interestadual de Saúde PEBA. O município em questão ainda se destaca pela atividade da agricultura irrigada, estando entre as cinco maiores cidades baianas.

A RAPS deste município conta com os seguintes pontos de atenção especializados em saúde mental: um CAPS II, um CAPS ad III, um CAPS i, um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e um serviço Ambulatorial de Saúde Mental, além de um HP. A taxa de cobertura de CAPS é de 1,02.

O HP contratualizado com o município possui 70 leitos, cujo modelo de cuidado é manicomial, apresentando uma taxa média de permanência de 72,8 dias de internamento, conforme avaliação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) realizada em 2009. A instituição ainda se encontra com indicação de desospitalização e descredenciamento pelo SUS e fora classificada pelo PNASH como o quinto pior manicômio do país.

Na prática, o HP é referência de atendimentos e internações para pessoas de toda a região, através de demandas espontâneas ou encaminhamentos. Nestes casos, até mesmo os CAPS das cidades próximas costumam referenciar seus usuários em determinadas situações.

Especificamente, este projeto tomou o CAPS II do referido município como cenário de pesquisa. Conforme registros da própria instituição, o serviço fora inaugurado em agosto de 2002 e tem como missão cuidar de pessoas adultas em sofrimento psíquico grave, persistente ou moderado. Oferta acompanhamento diário, com atendimentos individuais, sendo referência para suporte às crises, com atividades coletivas, acompanhamento

nutricional, oficinas terapêuticas, acompanhamento às famílias e visitas domiciliares, dentre outros procedimentos. Atualmente, o CAPS II atende mais de 500 usuários cadastrados.

Ao longo dos anos de atuação no dispositivo estudado, percebi que o CAPS II enfrenta recorrentes declínios de sua capacidade operacional, com falta frequente de insumos, de recursos humanos e de ofertas das oficinas terapêuticas com foco na ressocialização. Esta realidade me provoca o entendimento do dispositivo como insuficiente em relação ao preconizado pela RP, bem como em relação às necessidades do município, gerando uma demanda recorrente por internações no HP local.

Essa instituição hospitalar especializada ainda se estabeleceu como referência em internação para o portador de transtorno mental grave tanto para o município que serviu como cenário deste estudo quanto para outras cidades baianas e pernambucanas. A presença deste dispositivo nas experiências sociais da região é percebida por meio dos relatos de usuários e seus familiares, que, muitas vezes, compreendem o dispositivo como necessário e indissociável da identidade histórica do município.

Como unidade de saúde, a instituição hospitalar descrita é percebida como reprodutora de velhas abordagens à pessoa com transtorno mental, com reforço de práticas asilares e institucionalizantes, observado pelas hospitalizações recorrentes, pelas internações prolongadas e até mesmo pelos relatos de violência descritos por alguns usuários e familiares.

Além disso, o diálogo entre o HP local com outros dispositivos da RAPS ainda é precário, incluindo o próprio CAPS II estudado, o que contribui para a perpetuação de processos de cuidado desconstruídos e ineficazes.

Percebo que a realidade atual encontrada mostra um cenário no qual serviço substitutivo e serviço asilar se articulam em uma dinâmica interinstitucional promotora do que compreendo como prejudicial à desinstitucionalização em saúde mental. Esta relação só reforça o entendimento das estruturas manicomialistas como necessárias na realidade local,

perpetuando o engessamento do cuidado e enraizando ainda mais a assistência à lógica da segregação social.

Método da Pesquisa¹

Para a execução deste estudo, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa, uma vez que a observação da realidade nem sempre pode ser traduzida por meio de perguntas ou dados quantitativos, incluindo-se neste campo as rotinas de um grupo e os aspectos singulares das relações interpessoais estabelecidas entre seus sujeitos (Minayo & Costa, 2018).

Minayo (2012) ainda sugere um decálogo que orienta as pesquisas qualitativas com base em dez passos processuais que norteiam este tipo de estudo. Como parte deste conjunto de passos, ressalta-se a importância que a autora confere para o processo de compreensão e interpretação daquilo que se busca estudar. Neste ponto, ainda se deve levar em conta que as subjetividades são moldadas pelas construções sociais e de poder vivenciadas pelos sujeitos nos locais pelos quais eles circulam e relacionam-se, o que dificilmente poderia ser traduzido e representado totalmente por instrumentos de coleta como uma entrevista, por exemplo.

Uma vez inserido e participando do campo estudado como médico e, portanto, sob influências dos processos relacionais existentes no meio, entendo como necessária a opção pela condução de um estudo sob a perspectiva qualitativa. Tal como apontou Minayo (2012), esta abordagem possibilita ao pesquisador a sua inserção no cenário de forma que possa buscar a observação dos processos que nele ocorrem. Minayo e Sanches (1993) ainda propõem que todas as etapas de investigação e análise fazem parte do processo social analisado e que a abordagem qualitativa permite ao pesquisador assumir críticas internas e externas sobre as suas investigações. Neste sentido, assumo que a minha experiência prévia e

¹A pesquisa adotou as coordenadas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão que institui critérios éticos para a condução de estudos com seres humanos, respeitando rigorosamente as condições da Resolução do CNS nº 510 (2016). Inicialmente, o projeto foi apreciado pela Secretaria Municipal de Saúde do município envolvido, que autorizou sua realização em forma de carta de anuência. Posteriormente, encaminhou-se tal projeto para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, obtendo aprovação em maio de 2022 (ver Apêndice A). A produção dos dados começou cerca de dois meses após autorização do CEP.

mesmo durante a pesquisa é tomada como fator observável e, portanto, passível de análise por este estudo.

A pesquisa qualitativa ainda busca aprofundar a complexidade de fenômenos e processos de grupos específicos mais ou menos delimitados em extensão (Minayo & Sanches, 1993), o que aproxima o tipo de estudo com os processos analisados.

Toma-se então a perspectiva cartográfica como âncora, propondo-se o arranjo metodológico aqui descrito. Passos et al. (2009) definem a cartografia como o acompanhamento de processos e pressupõem o método cartográfico como isento de regras, mas ainda assim com direcionamentos.

Para os autores mencionados, a cartografia é um instrumento de imersão na experiência e, por isto mesmo, capaz de possibilitar produtos que demonstrem uma relação entre o método científico e a prática estudada. Neste sentido, aponto ainda para o fato de que a minha atuação como médico psiquiatra no CAPS II deve ser compreendida como aspecto essencial desta pesquisa, o que me direcionou para a escolha do método aqui descrito.

Passos et al. (2009) apontam a cartografia como um caminho que ajuda o pesquisador no estudo da subjetividade, uma vez que esta possui como características o movimento, a transformação e a processualidade. Como método transversal, não é uma abordagem histórica ou longitudinal, mas sim geográfica e marcada por atravessamentos multidirecionais. Optar pela cartografia como método de pesquisa é reconhecer o objeto estudado como processual e susceptível às influências da própria pesquisa e do pesquisador.

Prado e Teti (2013) reiteram que a cartografia é uma proposta de Deleuze a partir de indicações de Foucault e resultado do diálogo entre os dois sobre o tema. Portanto, seria uma produção destes dois filósofos e que leva em conta perspectivas metodológicas foucaultianas – arqueologia do saber, genealogia do saber e genealogia da ética. Para Prado e Teti (2013), a

análise cartográfica é, ao mesmo tempo, uma derivação e uma incorporação destas perspectivas.

Scherer e Grici (2022) apontam a cartografia como fundamentada na obra filosófica de Deleuze e Guattari, principalmente no texto “Rizoma”, extraído do livro *Mil Platôs*, de 1980. Os autores ainda indicam a cartografia como modo de pesquisar que acompanha processos de produção de subjetividades que acontecem dentro um conjunto de elementos, forças ou linhas que atuam de forma simultânea.

No Brasil, a cartografia tem sido muito utilizada como estratégia de pesquisa principalmente nas áreas de saúde, educação e serviço social (Scherer & Grici, 2022). A maioria dos estudos cartográficos tem buscado analisar espaços formais, com relações de disciplina e normas, como instituições, sejam elas governamentais ou não. Scherer e Grici (2022) reiteram que esses estudos, uma vez pautados na imersão cartográfica, possibilitam o posicionamento crítico e a horizontalidade entre pesquisador e as pessoas encontradas durante o projeto, uma vez que todos estes são compreendidos como participantes da pesquisa, revelando compromissos ético-políticos, afetação pela diferença e questionamentos dos modos de vivenciar os dispositivos pesquisados.

Neste ponto, preciso reiterar o meu papel como médico psiquiatra do dispositivo, bem como o fato de me considerar pessoa implicada no processo da desinstitucionalização em saúde mental. Uma vez inserido no contexto do cenário estudado, considero como necessária a inclusão da descrição dos meus próprios arranjos, das minhas afetações e modos de agir que foram observados na pesquisa como pontos também passíveis de análise.

Passos et al. (2009) compreendem dispositivo como uma série de práticas e funcionamentos que produzem efeitos. Esta compreensão leva ao entendimento da própria clínica como dispositivo, o que força o pesquisador à investigação de como os agenciamentos se estabelecem e como os territórios existenciais se arranjam. Ainda, percebe-se que o

processo investigativo cartográfico presume a aproximação e o desvio do pesquisador em relação ao dispositivo analisado, o que também produz elementos que contribuem para a análise.

Assim, pode-se dizer que a cartografia cria seus próprios dispositivos, sendo capaz de gerar novos movimentos de explicação, com outros efeitos transformadores. A cartografia não apenas estuda subjetividades, mas também permite uma investigação realizada através da habitação de um território, reconhecendo inclusive tudo que lhe é próprio ou externo (Passos et al., 2009). O dispositivo analisado pela cartografia, bem como o próprio método cartográfico, é tomado como processual, feito de conexões capazes de gerar outras conexões.

Essa compreensão vem reforçar a teoria inicial dos "rizomas" criada por Deleuze e Guattari e que fornece parte do arcabouço teórico da cartografia como método de pesquisa. Assimilando conceitos da botânica, Deleuze e Guattari (1995) reiteram que rizomas são estruturas que assumem formas diversas, podendo se conectar a qualquer outra estrutura e sem seguir uma ordem fixa, como aconteceria com uma raiz ou com uma árvore, por exemplo.

O entendimento das articulações rizomáticas, tal como proposto por Deleuze e Guattari (1995), pressupõe que as conexões entre dispositivos não ocorrem arbitrariamente, sendo heterogêneas em forma e modos de articulação. Assim, rupturas são capazes de provocar e moldar novas conexões nos rizomas, gerando novos fatos observáveis. Os autores ainda entendem a cartografia como o método mais inclinado à apreensão de processos rizomáticos, uma vez que está inteiramente voltada para uma experimentação ancorada no real. O processo cartográfico, como parte do próprio rizoma, é entendido ainda como aberto, conectável em todas as suas dimensões e susceptível a modificações constantemente.

Cintra, Mesquita, Matumoto e Fortuna (2017) apontam a cartografia como uma das possibilidades de estudo dos objetos com caráter mais subjetivo e que exigem do pesquisador

uma habitação de território. Nesta perspectiva, sujeito e objeto estão juntos em uma mesma experiência. O conhecimento é criação e a pesquisa sempre uma intervenção (Cintra et al., 2017). Os autores ainda entendem a cartografia como um dos principais métodos de compreensão de determinadas realidades sociais e organizacionais a partir de seus discursos e práticas.

Seguindo as pistas do método cartográfico, o procedimento de coleta levou em conta a experiência deste pesquisador como médico psiquiatra do CAPS II estudado. Desta forma, atuação profissional e realização da pesquisa estiveram correlacionadas na maior parte do tempo. Esta inserção, tal qual descrito por Passos et al. (2009), permite que, na condição de pesquisador, eu me constitua como sujeito atuante em contato direto com as pessoas e seu território existencial, podendo transformar a realidade e transformar-me, concomitantemente.

Tal perspectiva se alinha ao meu entendimento de que a minha trajetória profissional pelo dispositivo e o próprio dispositivo sempre estiveram sob fortes influências mútuas, muitas vezes, distanciando-nos ou aproximando-nos do propósito da desinstitucionalização. Considero, por exemplo, que a recorrência do sentimento de descrédito no potencial substitutivo deste CAPS pôde, em algum momento, contribuir para que a estratégia manicomial da internação psiquiátrica fosse utilizada como recurso.

A observação decorrente da imersão cartográfica possibilitou a elaboração e organização do material que serve de base informativa para a análise dos processos acompanhados. Trata-se dos diários de campo, sendo cada um deles correspondente a um dia de atuação deste pesquisador no dispositivo. Tais escritos fundamentais para iluminar os sentidos que surgem em torno da questão de pesquisa, pois têm “uma função de transformar as frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer” (Passos et al. 2009, p. 70).

As impressões registradas e discutidas a seguir são produtos de afetações provocadas pela imersão do pesquisador em campo no período de julho a agosto de 2022, valorizando as compreensões produzidas a partir do cotidiano das relações de cuidado do dispositivo estudado. Ao todo, foram produzidos 10 diários no período da pesquisa.

De acordo com Kroef, Gavillon e Ramm (2020), os diários de campo colocam o pesquisador em primeiro plano com relação ao campo pesquisado. Assim, esta abordagem é assumidamente implicada e não neutra, o que permite também o conhecimento de aspectos relacionados à implicação do próprio pesquisador durante a construção do estudo. Os diários de campo produzidos podem se constituir como estratégia de produção e análise da relação com o campo-tema pesquisado (Kroef et al., 2020).

Cabe ainda registrar que os usuários encontrados durante o processo tiveram suas identidades preservadas a partir da utilização de pseudônimos aqui representados pelos nomes de pedras preciosas.

Processos Percebidos e Reflexões Possíveis

A análise dos diários de campo permitiu a classificação de grupos de fatores sob dois grandes eixos temáticos: fatores que contribuem para a desinstitucionalização em saúde mental e fatores que dificultam a desinstitucionalização em saúde mental.

O primeiro destes eixos revelou três subtemas: O CAPS como lugar de acolhimento e formação de vínculos; o CAPS como lugar de exercício da atividade assistencial interdisciplinar e o CAPS como lugar de diálogo com a RAPS.

No eixo dos fatores que dificultam a desinstitucionalização em saúde mental, foram revelados os seguintes subtemas: O CAPS como lugar de perigo e más energias; o CAPS como lugar onde o exercício da atividade assistencial interdisciplinar é incipiente; o CAPS como dispositivo de controle dos sujeitos em adoecimento mental e, por fim, o CAPS como lugar onde é difícil estar ou permanecer.

Fatores que Contribuem Para a Desinstitucionalização em Saúde Mental

O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de acolhimento e formação de vínculos.

Uma das propostas do CAPS como dispositivo de saúde mental é a de ofertar um local de acolhimento e de escuta das demandas. Scheibel e Ferreira (2011) compreendem o acolhimento como uma postura do profissional acolhedor que, através de suas atitudes e técnicas, consegue ser capaz de receber, escutar e tratar humanizadamente o usuário e suas demandas, o que possibilita responsabilização e resolutividade desde os momentos iniciais da assistência.

As autoras ainda reiteram que o acolhimento inverte a lógica do modelo assistencial, passando a reorganizar os dispositivos de saúde de forma usuário-centrada e contribuindo para o estreitamento do vínculo entre o usuário e a equipe (Scheibel & Ferreira, 2011). Nesta inversão, considera-se mais a demanda dos sujeitos que buscam uma assistência de forma

espontânea e não exclusivamente a partir de encaminhamentos institucionais. Este primeiro contato com o dispositivo, representado pelo acolhimento, pode ser crucial na formação dos vínculos pessoais, que passam não mais a obedecer uma lógica engessada pelos muros institucionais, possibilitando que o sujeito seja dirigente deste processo.

Uma vez que não se pode pensar em desinstitucionalização em saúde mental sem reinserção social, faz-se necessário o entendimento de que o processo demanda a formação de novas conexões entre sujeitos. Deste modo, a ampliação do repertório de interações pessoais passa a não mais obedecer à lógica manicomial enraizada, tornando-se capaz de assumir projeções com caráter cada vez mais inclusivo, territorializado e centrado no sujeito.

A imersão cartográfica pelo cenário de pesquisa possibilitou a observação de situações que demonstraram o papel do acolhimento e da formação de vínculos como potencializadores da desinstitucionalização. Em um destes momentos, fui acionado pelo usuário Ônix que me solicitou uma escuta. Na oportunidade, ele me pediu que não fosse acompanhado pelo CAPS ad, conforme havia sido previamente articulado pela equipe como estratégia de cuidado e ainda complementou: “É neste serviço que tenho meus vínculos”.

Inicialmente, fiquei surpreso com as colocações de Ônix, pois sua fala trazia implícito muito da relevância que eu atribuo à formação de vínculos no acompanhamento das pessoas com adoecimento mental grave. De fato, a vinculação com a equipe é um ponto crucial a ser considerado, assim como o desejo do próprio sujeito em transitar pelos espaços da sua preferência. Entendo que o estímulo e o reconhecimento destas vinculações podem se constituir como exercício da proposta de reinserção social exigida pela RP e, como técnico de saúde mental, devo ser capaz de reconhecê-los e utilizá-los também como recursos terapêuticos.

Chamou a minha atenção o emprego do termo “vínculos” utilizado por Ônix. Sinto que deveria ter perguntado a ele o que quis dizer com esta colocação, mas ao mesmo tempo é

como se eu já soubesse. Acredito que é este mesmo “vínculo” expresso nas palavras dele o que me fez ser capaz de compreendê-lo ainda que não me explicasse mais sobre isto.

As colocações trazidas pelo usuário colocaram os técnicos e, conseqüentemente, o próprio CAPS II, sob uma perspectiva de cuidado oposta à lógica manicomial. Apesar da conduta previamente proposta pela equipe assistencial, Ônix reivindicou para si mesmo a decisão sobre o seu trajeto terapêutico, na medida em que nos solicitou considerarmos seus desejos pessoais decorrentes do que ele chamou de vinculação.

A experiência com Ônix me permitiu compreender a vinculação não apenas como objeto de estudo de técnicos em saúde mental, que utilizam deste conceito como estratégia em saúde, mas que os usuários também a percebem como importante em seus tratamentos. A vinculação aqui descrita pode ser compreendida como potencializadora de novos arranjos e novos posicionamentos da equipe, incluindo este pesquisador que precisou reformular a conduta e considerar a fala trazida pelo usuário.

Durante a orientação deste projeto, surgiram questionamentos sobre o quanto o estímulo à formação de vínculos a partir do CAPS II poderiam representar novos enraizamentos na forma com a qual os sujeitos se relacionam. Contudo, cabe aqui destacar que a situação exemplificada não representou uma limitação de possibilidades. Pelo contrário, tornou-se representativa do surgimento de novos caminhos a partir da temática trazida pelo usuário.

Por algum tempo, temi que o termo “vínculos” fosse assimilado em dissonância às conexões que proponho até aqui, na medida em que pudesse representar uma ideia de restrição dos sujeitos ou estratificação de pessoas sob uma identidade de grupo fechada. Contudo, reitero que a utilização da palavra é menos por escolha deste pesquisador e mais como resultado do desdobramento cartográfico surgido em campo a partir do meu contato com Ônix. Ou seja, preferi utilizar a palavra tal como ela foi dita na minha interação com o

usuário, sem a obrigação de corresponder a uma teoria a respeito e reconhecendo o sujeito como detentor deste significado.

Em outro momento, fui abordado por Diamante que me sinalizou que outro usuário demandava meu atendimento. Combinamos que ele seria avaliado no turno vespertino. À tarde, Diamante e seu amigo já me esperavam. Este, tratava-se de pessoa que apresentava crises de agitação psicomotora com períodos de heteroagressividade. Tais situações costumam gerar medo com certa frequência, mas não foi o caso. Diamante ainda viu um crucifixo no meu carro estacionado e me afirmou que o objeto era para a minha proteção. Entramos juntos no serviço e ele articulou comigo novamente o atendimento para seu amigo conforme havíamos combinado pela manhã.

Sempre que chego ao CAPS, costumo ser abordado por usuários e familiares que geralmente trazem demandas pessoais para que eu resolva. Este caso fugiu consideravelmente do que é mais comum, assumindo desdobramentos fluidos e desnormalizados e me surpreendendo consideravelmente. Não posso estabelecer uma lógica de causa-efeito no comportamento de Diamante, mas também não seria esta a intenção. Contudo, considero relevante que as conexões assumidas por ele no dispositivo nos conduziram por novos caminhos notadamente diversos da lógica manicomial, ampliando possibilidades para o sujeito em adoecimento mental.

Ao me procurar, Diamante demonstrou possuir ter conexões com outro usuário, apontando preocupações e solicitando condutas médicas. A utilização dos recursos disponíveis, incluindo a própria relação entre usuário e este pesquisador, permitiu uma resolutividade que costuma ser pouco esperada daqueles com adoecimento mental grave. Além disto, ousou dizer que o objetivo de estímulo ao autogerenciamento é ultrapassado em algum nível pela habilidade que Diamante revelou ter ao gerenciar demandas também entre aqueles com os quais se vinculou no dispositivo.

Este momento me colocou em uma sequência de eventos que não seguiram uma linearidade e tomaram um distanciamento da lógica manicomial, na qual costuma-se esperar muito pouco ou quase nada das pessoas com transtornos mentais. A articulação promovida por Diamante a partir de suas vinculações pessoais no CAPS II revelaram ainda a possibilidade de superação da hierarquização entre usuários e equipe assistencial, na medida em que a estratégia utilizada não ocorreu de forma verticalizada, mas tomou o usuário como protagonista na organização de uma rede de apoio independentemente de como o serviço se organiza.

A experiência descrita com Diamante rompe com esta lógica pela qual o cuidado deve ser fornecido exclusivamente pela família, pelos técnicos e pelas instituições. Aqui, o usuário se posicionou acima desta expectativa rasa e limitadora que costuma recair sobre as pessoas com adoecimento mental grave quando estes são excluídos dos processos assistenciais. Neste caso, Diamante não apenas propôs participação como se tornou o verdadeiro protagonista da intervenção.

Outro registro obtido a partir dos diários de campo diz respeito ao meu encontro com Berilo quando este me solicitou atendimento antes dos demais usuários naquele dia. Berilo é uma pessoa que estava exigindo bastante da equipe em virtude dos sintomas associados ao uso de substâncias e vulnerabilidade social, pois morava sozinho e muitas vezes não permitia a aproximação de pessoas que pudessem auxiliá-lo em atividades do cotidiano, como limpeza da casa e alimentação pessoal. Ele me pediu que o examinasse, pois tinha queixas relacionadas à região genital. Durante a avaliação, fomos constantemente interrompidos por pessoas que entravam repetidamente na sala, o que exigiu que nos deslocássemos até à enfermaria, onde pude finalmente examiná-lo e prescrever medicação.

Berilo informou que não havia revelado sua queixa para outro profissional ou em outro serviço de saúde até aquele momento, cabendo somente a mim o compartilhamento

desta sua demanda. Fica assim evidente o quanto o serviço substitutivo, e em algum grau os seus profissionais, podem representar um local de confiança e escuta, inclusive das queixas mais íntimas.

Para Lucchese, Oliveira, Conciani e Marcon (2009), as experiências das pessoas com adoecimento mental em serviços de saúde como a Unidade Básica de Saúde (UBS) costumam ser reafirmadoras de exclusão e segregação. Para os autores, os profissionais destes serviços costumam se posicionar de modo diferente frente às demandas em saúde mental, muitas vezes negligenciando-as. A falta de confiança dos usuários nestes profissionais pode gerar problemas de vinculação com outros dispositivos de saúde, o que se traduz em perda da continuidade do cuidado.

Compreendo que esse processo pode reiterar nos usuários a dependência cada vez maior do CAPS II, deixando assim de circular de forma espontânea por outros dispositivos. Quando centralizamos a trajetória de vida de alguém em um único serviço de saúde, acabamos por enraizar sua existência de forma que novas possibilidades não sejam mais capazes de emergir.

A experiência com Berilo demonstra que, independentemente do atravessamento de sua história de vida pelo adoecimento mental, a escolha pelo compartilhamento de suas queixas comigo foi influenciada pelos mecanismos individuais de vinculação por ora representados pelas figuras do dispositivo de saúde e pelo profissional que o examinou. A utilização do vínculo pelo usuário foi fundamental para que eu pudesse lançar mão de intervenções e assim contribuir para uma ampliação do cuidado.

Durante a imersão cartográfica para a elaboração dos diários de campo, foi necessário o meu desligamento como técnico e membro da equipe assistencial do CAPS II para poder assumir outros compromissos profissionais. Esta nova demanda foi capaz de gerar experiências que se traduziram também em relatos nos diários de campo. Considero

necessário este registro e reflexão, pois não tenho como dissociar a minha experiência de mais de uma década no dispositivo com a formação dos meus próprios vínculos no cenário estudado.

Em um determinado momento, por exemplo, uma técnica do CAPS me sinalizou que alguns usuários e familiares estavam bastante sensibilizados com o meu desligamento do serviço, informando-os sobre este processo antes mesmo do contato deles comigo individualmente. Acordamos então de que esta informação seria fornecida por mim durante as abordagens individuais.

Enquanto eram atendidas, algumas pessoas demonstravam certa apreensão com a saída: “Vai mesmo sair? E agora, quem vai cuidar dele?”, questionou o familiar de um usuário. Percebi que usuários mais novos no serviço tinham menos dificuldade, enquanto os mais antigos se percebiam mais inseguros e descontentes. Dentre seus principais temores, estavam o “medo de não serem compreendidos por outro profissional”, a “indisposição em terem de contar toda a sua história de vida novamente” e até mesmo as fantasias de “mau atendimento”.

Perceber que havia diferenças entre as reações a depender do tempo de início do atendimento no serviço aponta para o quanto o grau de vinculação com o profissional interfere no peso desta ruptura na relação. Mais tarde, ao concluir um atendimento, a mãe de um usuário me pediu um abraço, comentando: “obrigado por tudo”. Considerei o abraço ofertado uma representação da afetividade e com a qual eu me senti acolhido.

As experiências afetivas aqui descritas demonstram que não posso desconsiderar a importância da diversidade de relações que surgem entre as pessoas que circulam pelos dispositivos do tipo CAPS. Ao se encontrarem, usuários, profissionais e familiares se dispõem em novas dinâmicas capazes de produzir novos sentidos e ampliar assim as possibilidades de autonomia e reinserção social.

Anterior à elaboração deste projeto, a minha vinculação com o CAPS II e, obviamente, com os usuários também deve ser compreendida como geradora de desdobramentos. Este projeto não seria realizado se não houvesse uma inserção anterior que me colocasse frente à necessidade de questionamentos sobre o papel do CAPS II na desinstitucionalização em saúde mental. Além disso, os encontros aqui relatados, bem como a forma como são descritos também são entendidos como resultantes de um processo afetivo que se construiu e colocou-me diante das pessoas aqui descritas.

O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de exercício da atividade assistencial interdisciplinar.

Os Centros de Atenção Psicossocial são compostos por equipes multiprofissionais, com técnicos de diferentes áreas de conhecimento. Contudo, a assistência multiprofissional muitas vezes esbarra em estratégias assistenciais limitadas devido à fragmentação de conhecimentos. No que diz respeito às práticas em saúde, o modelo disciplinar de entendimento e enfrentamento das demandas humanas é insuficiente, uma vez que considera o olhar e as estratégias de disciplinas de modo isolado (Lima & Ghirardi, 2008). De acordo com as autoras, o projeto interdisciplinar pretende transpor essas fronteiras de modo que as disciplinas diversas possam abordar um tema comum com olhares voltados de forma conjunta para a resolução dos problemas.

Ao executar estratégias em saúde sob a lógica da interdisciplinaridade, a equipe multiprofissional provoca desdobramentos em saúde mais alinhados com a discussão dos direitos de cidadania e com modelos de atenção capazes de atender a demandas sociais de formas menos fragmentadas (Lima & Ghirardi, 2008). Além disso, compreende-se a interdisciplinaridade como necessária para a ruptura com o modelo de assistência em saúde mental essencialmente centrado em um único campo de conhecimento, mais notadamente o

da Psiquiatria. Assim, a interdisciplinaridade é estratégia que inevitavelmente atravessa o percurso da desinstitucionalização em saúde mental.

Não é fácil romper com a realidade de uma assistência executada de forma fragmentada ou centrada no profissional médico. Por outro lado, as equipes dos dispositivos CAPS têm se dedicado na superação deste modelo, lançando mão de estratégias de fato transdisciplinares. Esta perspectiva busca evitar o risco de reproduzir hierarquias com enraizamentos limitadores dos percursos da pessoa que transita por dispositivos substitutivos. Ao se relacionarem de forma não hierarquizada, as diferentes disciplinas podem assumir características de bulbo, com potencial de seguirem por direcionamentos diversos.

A imersão cartográfica produziu exemplos de intervenções alinhadas ao contexto interdisciplinar. Durante um dos dias de atendimento, chegou ao serviço através da profissional da enfermagem uma demanda relacionada ao Sr. Quartzo. Tratava-se de pessoa que ainda não fazia acompanhamento no CAPS e que causava bastante mobilização na comunidade. Ele apresentava sintomas comportamentais como o acúmulo de grande quantidade de lixo em sua residência, gerando reclamações de seus vizinhos que recorrentemente o denunciavam junto à polícia.

Na condução do caso, participamos eu, a enfermeira, a assistente social e estudantes da graduação médica. Em conjunto, foi proposta uma articulação com outros dispositivos da rede municipal. A enfermeira trouxe a possibilidade de aproximação da UBS do bairro em que Sr. Quartzo residia, para que a equipe daquela unidade de saúde pudesse conhecer e elaborar estratégias de acompanhamento do caso. A assistente social pontuou também sobre as vulnerabilidades sociais pertinentes, trazendo como importante e necessária a inclusão do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) na condução do caso, reiterando o quanto a comunidade estava sensibilizada com a situação.

A discussão sobre o Sr. Quartzto revelou-se como processo rizomático capaz de promover o surgimento de propostas pensadas em conjunto e de modo colaborativo, representando uma forma ampliada de abordar o sujeito. Waidman e Elsen (2004) chamam a atenção para o fato de que a saúde mental não pode ser reduzida ao cuidado apenas de um único profissional, sendo o médico psiquiatra o mais conhecido e valorizado na maioria das vezes. A experiência na condução do caso possibilitou o surgimento de percursos que vão ao encontro da proposta de desinstitucionalização em saúde mental, na medida em que permitiu a transdisciplinaridade como desdobramento do encontro entre profissionais de saúde e a demanda aqui representada.

Em outro momento, a equipe foi requisitada para orientações quanto à usuária Safira. Esta havia solicitado um atendimento em conjunto tanto com este profissional médico quanto com a psicóloga, pois “queria saber dos dois se estava de fato melhorando”. A intervenção ocorreu na sala de atendimentos médicos, com a usuária apresentando uma lista por escrito de suas observações, passando a ideia de que não poderia deixar escapar nenhuma informação. Foi pontuado que concordávamos com sua melhora e então Safira começou a chorar. Relatou pontos extremamente importantes sobre a sua convivência familiar e como as pessoas em casa estavam frequentemente hipervigilantes com seus comportamentos: “Até ameaçam me expulsar de casa”, “Já pegaram em meu braço só porque coloquei uma quantidade exagerada de café no copo”.

A discussão interdisciplinar neste caso ainda possibilitou a inclusão da usuária em todo o processo. Foi estimulado que Safira pudesse reconhecer seus sintomas, sem vincular comportamentos a uma lógica essencialmente patologizada, na qual toda e qualquer manifestação de sua existência fosse explicada única e exclusivamente pela doença. Neste sentido, foi solicitado o exercício de autogerenciamento dos sintomas e do próprio adoecimento, diminuindo atritos nas relações pessoais e favorecendo sua autonomia. Esta

interação entre profissionais e usuária permitiu a abertura de novas vias de compreensão daquela história não apenas por parte da equipe, mas também por parte de Safira, que foi reconhecida como protagonista na condução da discussão.

Na oportunidade, a equipe ainda pontuou que muitos familiares não sabem mesmo como lidar com questões envolvendo adoecimento mental grave e que o CAPS também está disponível para este tipo de abordagem e orientação, o que poderia contribuir para uma melhor condução do caso pelos cuidadores. O atendimento de Safira foi concluído com a informação do meu desligamento do serviço e a usuária pôde se despedir, sendo então pactuadas propostas de continuidade do cuidado.

A experiência do acolhimento de Safira reitera a importância e a necessidade da abordagem transdisciplinar no acompanhamento das pessoas assistidas em dispositivos substitutivos. Todas as orientações neste caso foram realizadas de forma colaborativa e discutidas na perspectiva do reconhecimento dos saberes individuais, incluindo os da própria Safira. Somados e articulados entre si, os diferentes conhecimentos buscaram atender à demanda apresentada pela usuária, tendo sua participação assegurada e valorizada no processo.

Para Waidman e Elsen (2004), a multi e a transdisciplinaridade contribuem para a desinstitucionalização em saúde mental e estão em consonância com os ideais da RP, pois se tratam de relações entre pessoas e não relações que pressupõem poderes de profissionais e saberes sobre os demais.

O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial.

Para Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018), a RAPS é capaz de incluir dispositivos que se relacionam formal ou informalmente e que se constituem como alternativa ou resposta às demandas de desinstitucionalização em saúde mental. Desta forma, pressupomos que uma

lógica antimanicomial exige necessariamente a construção e o fortalecimento das conexões entre dispositivos de modo que a estrutura manicomial possa enfim deixar de ser demandada.

Em discussão interdisciplinar sobre o usuário Sr. Quartzo, referido previamente, o acionamento da RAPS foi pensado como estratégia. A equipe propôs a articulação com o CRAS local e também com a UBS para que os serviços comunitários pudessem se aproximar do usuário. Tendo em vista que Sr. Quartzo não possuía vinculações com o CAPS até então e que o mesmo não demonstrava interesse em permanecer no dispositivo, o acionamento de profissionais e de dispositivos de base comunitária foi pensado no intuito de que o usuário pudesse se sentir mais confortável em seus atendimentos e aumentar assim a possibilidade de adesão aos suportes.

Para Lucchese et al. (2009), a articulação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atenção à saúde mental atende à lógica antimanicomial proposta pela RP na medida em que promove ações territoriais, com reconhecimento da família em sua dimensão sócio-cultural como objeto de atenção, além de romper com o modelo médico hegemônico historicamente reconhecido como principal e até mesmo como único meio para cuidar do sujeito em adoecimento mental.

A conexão entre dispositivos, quando bem executada, pode ser capaz de desestabilizar o alinhamento hierárquico de elementos sobre os quais a identidade do “doente mental” se sustenta. Desta forma, a circulação das pessoas pelos dispositivos de saúde pode deixar de acontecer de modo fechado e radicular para então ocorrer de modo rizomático e com diversas possibilidades de percursos.

Propor uma estratégia de articulação com outros serviços predispõe a inclusão e participação dos mesmos na lógica antimanicomial. Zanardo et al. (2018) afirmam que serviços de menor complexidade, especialmente as UBSs, devem ser preparados para o

atendimento e seguimento de pessoas com adoecimento mental, o que promove uma inclusão mais efetiva da Atenção Básica na lógica de atuação da RAPS.

Pensar em um modelo de ampliação do cuidado, com inclusão de mais dispositivos e mais profissionais de referência teve como objetivo proporcionar ao Sr. Quartzzo que o mesmo pudesse transitar por dispositivos para além do CAPS, tendo sua existência reconhecida também por outros técnicos da rede de saúde mental municipal. Para Lucchese et al. (2009), os agentes comunitários de saúde (ACSs) são exemplos de técnicos que podem representar um importante elo entre o usuário e a atenção básica, permitindo muitas vezes o primeiro contato do sujeito com o sistema público de saúde.

Os ACSs podem ter acesso de forma direta às realidades das pessoas assistidas, assumindo responsabilidades de cuidado na comunidade e em serviços de menor complexidade, o que contribui para a meta da desinstitucionalização em saúde mental. Estes profissionais circulam pelo território possibilitando encontros e traçados que um estabelecimento de saúde, por ele mesmo, não é capaz de promover.

As referências teóricas sobre os fatores considerados favoráveis à desinstitucionalização servem como guia para a categorização do que foi observado. Contudo, compreendo que foi a partir desta pesquisa que pude ter acesso a desdobramentos que não ocorrem de forma linear e normatizada, mas que surgem como rearranjos que se ramificam em novos processos.

A conversa que tive com Ônix sobre vinculação permitiu o meu entendimento de que este tema se alinha à proposta da desinstitucionalização em saúde mental, mas também me fez reconhecer que esta reflexão foi possibilitada a partir da minha imersão cartográfica em um campo em que eu já me encontrava inserido. Afinal de contas, este pesquisador e o referido usuário utilizaram do próprio vínculo que possuíam para refletirem sobre o assunto e, assim, assumirem novos direcionamentos na proposta terapêutica.

Algumas das situações observadas em campo, ainda que reconhecidamente favoráveis à desinstitucionalização, não tiveram um desfecho conforme o esperado pelos atores envolvidos, assumindo aspectos menos processuais e mais enraizados em si mesmos.

O reconhecimento de estratégias em saúde mental que favoreçam a desinstitucionalização é essencial, mas a condução destas propostas ainda pode revelar instrumentalizações que prejudicam a operacionalização de ações de fato consonantes com os ideais da RP, especialmente no que diz respeito à desinstitucionalização.

Fatores que Dificultam a Desinstitucionalização em Saúde Mental

O Centro de Atenção Psicossocial como lugar de perigo e más energias.

Serviços substitutivos em saúde mental surgem como alternativa à lógica de isolamento e segregação proporcionada pela experiência manicomial que instituíra territorialização permanente, limitante e autoritária para o que era classificado como loucura ou doença mental. Em tese, qualquer opção de cuidado representaria um avanço no enfrentamento do adoecimento mental grave. Apesar deste entendimento, a experiência em CAPS nem sempre tem o efeito de ser percebida de forma essencialmente satisfatória, tanto para usuários, quanto para familiares e até mesmo para os profissionais.

Esta seção é percebida por este pesquisador como necessária tendo em vista a sua recorrência durante a imersão cartográfica. Martinhago e Oliveira (2015) evidenciaram que o CAPS não conseguiu deixar de ser um serviço estigmatizante, compreensão que inevitavelmente se projeta na sociedade. Para os autores, tal qual o manicômio, o CAPS ainda é capaz de rotular os sujeitos que o frequentam, impondo novas formas de segregação social.

Durante a realização deste estudo, eu me encontrei com uma profissional da área de Psicologia e pessoa notoriamente reconhecida como representante da luta antimanicomial na região onde o cenário deste projeto está inserido. Conversando informalmente sobre esta pesquisa, chamou minha atenção uma de suas colocações na qual reiterava que a experiência

em CAPS será sempre superior à experiência em instituições manicomiais. Compartilho também desta ideia e dou-me conta de que minhas críticas sobre o modelo atual partem também de uma compreensão na qual há poucas referências reais sobre a experiência asilar. Ou seja, meu referencial manicomial é essencialmente teórico, o que poderia contribuir para uma visão mais crítica sobre o funcionamento do CAPS.

De acordo com Furtado e Campos (2005), os profissionais de saúde mental mais novos têm pouca noção desta realidade, uma vez que se lançaram no mercado de trabalho em momentos posteriores aos primeiros atos políticos a favor da RP. Portanto, a necessidade de ações antimanicomiais não seriam de fato percebidas ou valorizadas por esta nova geração de profissionais de saúde, o que os distanciaria dos ideais da RP. Para os autores, esse afastamento pode ser representado pela ocorrência de contribuições tímidas ou mesmo ineficazes entre os novos técnicos de saúde mental no sentido da desinstitucionalização.

Mesmo reconhecendo a possibilidade de uma inclinação pessoal para uma perspectiva mais crítica em relação ao serviço substitutivo estudado, compreendo como necessária a realização de questionamentos que contribuam para o aprimoramento de estratégias que se distanciem cada vez mais da perspectiva manicomial. Afinal de contas, não é incomum a observação de que muitas pessoas percebem o CAPS de forma quase equiparada ao próprio HP.

Pensar no CAPS como um local que, para além de cuidar de pessoas, pode ser percebido como uma experiência negativa pode mesmo soar contraditório em uma pesquisa que entende o dispositivo como proposta de desinstitucionalização. Contudo, pretendo aqui aproveitar o meu possível viés crítico em relação ao modelo substitutivo mais como proposta de aperfeiçoamento do mesmo e jamais como aproximação com a lógica manicomial.

Para alguns usuários, familiares e mesmo profissionais que tiveram contato com o HP da cidade, o sentimento mais comumente relatado era o de medo e raiva em relação àquele

dispositivo. “Deus me livre daquele lugar” e “ Ele jamais vai voltar pra lá. É um lugar feio e sujo” são exemplos de frases ditas sobre as experiências naquela instituição.

Contudo, esta percepção negativa sobre um dispositivo de saúde capaz de mobilizar as pessoas a não desejarem estar novamente nestes serviços não é exclusividade do manicômio local. Durante esta pesquisa, não foram incomuns os momentos de percepção do CAPS como local de “más energias”. Em um dia de imersão cartográfica, por exemplo, a equipe ficou ciente do adoecimento de uma profissional. Sobre este fato, alguns técnicos comentaram: “Este CAPS precisa ser rezado. Quando as coisas começam a dar certo, algo dá errado”. Em outro momento, uma funcionária comentou: “Tem uma cabeça de jegue enterrada neste CAPS”, expressão que costuma representar más energias e maus agouros.

Nesse contexto, ficou entendido que há uma compreensão pela equipe de que o local não alcança êxito em suas propostas e não evolui como serviço. Pontua-se o quanto a sensação de “cabeça de jegue enterrada” reitera a percepção de desconforto entre as pessoas ao transitarem por um local simbolicamente representado dessa forma.

Essas duas colocações, ditas por diferentes pessoas da equipe técnica, permitem inferir que há uma compreensão compartilhada de que o CAPS é um local desprovido de sorte ou boas energias. Pensar assim sobre o dispositivo no qual se trabalha e passa-se a maior parte dos dias é, no mínimo, desconfortável. Ao ampliar esta discussão, questiono: como os usuários percebem o CAPS do ponto de vista “energético”? Seria para eles um lugar bom, de sorte ou de azar e más vibrações? Ao apontar para um crucifixo no meu carro, o usuário Diamante trouxe uma questão também sua? Em caso afirmativo, de que forma o dispositivo contribui na geração de uma demanda por proteção entre seus usuários?

Sinto que perdi uma oportunidade de exploração desse conteúdo a partir do meu contato com Diamante, o que poderia ajudar na compreensão de como o CAPS é assimilado

por aquele usuário em particular e como esta representação poderia auxiliar ou não em seu tratamento no dispositivo de saúde.

As frases ditas por funcionários ainda revelam um sentimento de que não há avanços do ponto de vista do cuidado no serviço: “Parece que aqui as coisas não andam”. Há uma percepção de desalinhamento entre as expectativas dos técnicos e o modo como as estratégias são conduzidas no CAPS. Ou seja, os processos não se deslocam, deixando de assumir o formato de percurso e paralisando no meio do caminho. Esta realidade não é capaz de promover conexões e, portanto, exploração de novos territórios.

Além disso, ainda há uma rotatividade considerável de técnicos no serviço desde a sua implementação e esta percepção surge nas falas de técnicos e usuários: “Quando a gente se acostuma com o profissional, ele sai”, “Ninguém fica neste CAPS”. Esta situação também se relaciona com o fato de que o Estado capturou para si o aparelhamento desses dispositivos, tornando improvável a disponibilidade de recursos humanos mais alinhados com a perspectiva antimaicomial.

Os diários de campo revelam falas de profissionais que se percebem preocupados com o andamento do serviço como instituição e como esta estrutura pode corresponder a uma realidade distante daquela esperada por quem atua no campo da saúde mental. A percepção do desconforto é positiva na medida em que gera novas posturas capazes de modificar estruturas consideradas insatisfatórias. Contudo, este movimento não foi observado durante a imersão cartográfica, não tendo sido constatada nenhuma mobilização referente aos desconfortos percebidos pelos profissionais.

As falas observadas e aqui pontuadas indicam uma problemática que ainda não foi assumida pela equipe como necessária de reflexões e, conseqüentemente, de intervenções. A forma pela qual os técnicos percebem o CAPS pode contribuir para o modo como as ações são executadas. Se há um entendimento de que nada evolui e nada tem êxito, como podemos

alcançar o objetivo de nos tornarmos mais comprometidos com a desinstitucionalização?

Afinal de contas, tal como se percebe, tudo daria sempre errado mesmo.

A ausência de ações voltadas para o enfrentamento deste fator especificamente levam ao entendimento de que não são feitas reformulações quanto aos processos de trabalho, com manutenção dos entendimentos que travam a ampliação de condutas desinstitucionalizantes em saúde mental. Retomo aqui o meu encontro com minha amiga da Psicologia, no qual ela me reiterou que o CAPS sempre será uma experiência superior à do HP. Pensando nisto e na experiência resultante desta imersão cartográfica, ousou dizer que ser superior ao HP não deve ser o bastante para os serviços substitutivos em saúde mental. A política de desinstitucionalização requer capacidade de movimentação e desestabilização de estruturas que limitam os avanços pretendidos.

O Centro de Atenção Psicossocial como lugar onde o exercício da atividade assistencial interdisciplinar é incipiente.

Durante os dois meses da pesquisa, foi presenciada apenas uma reunião com a equipe do CAPS II, que contou com a participação da maioria dos profissionais. Naquele momento, foi perceptível a sensação de estranheza por parte de todos, tendo em vista que não se trata de momento que faz parte da rotina como estratégia de cuidado.

A equipe se reuniu na sala principal do CAPS II para discussão inicialmente de duas pautas, sendo uma delas referentes ao SRT e outra relacionada à execução de uma sala de espera para usuários e familiares. Foi explicado que o CAPS é o serviço de referência para o SRT e, diante disto, foi reforçado entre os participantes o entendimento de que os profissionais do CAPS é que estão responsabilizados pelo acompanhamento dos usuários daquela unidade.

A estranheza percebida revela o quanto os profissionais ainda carecem de familiaridade com este tipo de atividade institucional e que as reuniões não fazem parte de

uma estratégia de cuidado. Tasca, Mahl e Biesdorf (2019) apontam as reuniões de equipe como atividades promotoras da construção da grupalidade e de um projeto de trabalho que possibilita à equipe analisar e refletir sobre as próprias práticas. Estes autores ainda entendem que as reuniões viabilizam a organização do trabalho, além de proporcionar momento de cuidado para os profissionais.

No momento desta reunião registrada em diário de campo, surgiram falas de profissionais que revelaram o receio de interrupção da atividade caso surgissem demandas de usuários e de familiares. Tal situação aponta para o medo do imprevisível e das conexões inesperadas, com sensação de despreparo frente ao novo e demais desdobramentos possíveis. No meu entendimento, este sentimento coletivo contribui para que momentos como este sejam raros no dispositivo. Afinal de contas, as reuniões de equipe são oportunidades de construção de projetos singulares ou mesmo revisão destes, de forma que a compreensão dos técnicos seja compartilhada e reestruturada de modo interdisciplinar, o que estaria mais próximo de uma lógica de desinstitucionalização em saúde mental.

Durante a atividade, alguns profissionais ainda revelaram não perceber apoio da gestão para que momentos como este pudessem ocorrer, com uma sensação de que o número de atendimentos é a prioridade no serviço. Fica assim demonstrado que as reuniões técnicas podem ter a função de revelar percepções pessoais a respeito do dispositivo, o que contribuiria para a análise das ações realizadas no intuito de se obter soluções para os problemas percebidos. Contudo, não houve nenhuma ampliação da discussão a partir deste ponto, o que notadamente prejudicou desdobramentos que buscassem diminuir as angústias aqui relatadas.

Estudo de Abuhab et. al (2005) aponta alguns problemas mais comumente relacionados à execução de reuniões de equipe em um CAPS, sendo os principais: superficialidade e falta de objetividade; desconhecimento da história dos usuários pelos

técnicos e dificuldade de superação do enfoque pessoal por parte dos profissionais durante as discussões. Para os autores, as reuniões de equipe são capazes de possibilitar que seus participantes possam organizar e refletir de modo pessoal e coletivo, sendo portanto essenciais para a realização do ambicioso projeto de reabilitar pessoas.

A atividade acompanhada se concluiu com pactuações sobre o acompanhamento dos usuários residentes do SRT, sendo reiterada a responsabilidade do CAPS por este acompanhamento e definindo-se os técnicos para os atendimentos pertinentes. Sabe-se assim que a maioria dos profissionais presentes na reunião desconhecia os históricos das pessoas acolhidas pelo dispositivo mencionado, o que contribuiu para o encerramento das contribuições técnicas. Este foi o momento que mais se aproximou de uma discussão de um PTS durante a pesquisa, mas ainda assim ocorreu de forma incipiente e pouco participativa.

A imersão cartográfica pelo cenário estudado possibilitou a percepção de que o exercício da atividade profissional executada no CAPS II analisado ainda se aproxima menos da lógica interdisciplinar e mais da lógica multidisciplinar, sob a qual cada profissional executa suas ações e condutas de modo isolado e compartimentalizado. Este cenário impossibilita o surgimento de novas conexões mais alinhadas à luta antimanicomial.

Essa percepção de exercício multidisciplinar é reiterada pela existência de salas qualificadas pelas profissões dos técnicos, como por exemplo: “sala de Enfermagem”, “sala da Psicologia” e “sala de atendimentos médicos”. Os médicos, por sinal, circulam muito pouco pelas dependências do serviço, restringindo o contato com o usuário a partir do “consultório médico”, o que revela uma lógica próxima à dos atendimentos ambulatoriais de outros dispositivos e diminuindo-se assim as expectativas sobre este profissional no contexto de serviços substitutivos.

A minha experiência no CAPS II me levou à percepção de que, na grande maioria das vezes, as crises dos usuários eram consideradas demandas a serem conduzidas somente pelos

médicos psiquiatras. Isto aponta para um retorno à hierarquização do cuidado, com priorização da medicalização. No meu caso, especificamente, este foi um fator de grande impacto sobre o meu desgaste emocional ao longo dos anos de atuação no serviço e que contribuiu para os desdobramentos surgidos nas minhas escolhas pessoais, incluindo o próprio desligamento do dispositivo.

Durante a realização desta pesquisa, não consegui obter nenhum registro de minha circulação pelos cômodos do CAPS II que não estivesse ligada à demanda por atendimento médico. Em nenhum momento destes dois meses pude experimentar, ou pelo menos me dar conta a ponto de registrar em diários de campo, um trajeto pela instituição que revelasse ruptura com o modelo no qual se espera do médico apenas as condutas relacionadas à instituição de farmacoterapia ou à realização de diagnósticos.

Enquanto percepção encontrada durante a pesquisa, considero necessária a inclusão de que o percurso deste pesquisador pelo cenário foi significativamente influenciado pela forma com a qual o mesmo se relaciona com o campo estudado. Como profissional que circula apenas por setores ou locais específicos, a inclusão de situações que pudessem revelar outros tipos de interações envolvendo outros sujeitos acabou sendo menos experienciada e, portanto, sem possibilidade de conexões inesperadas.

Nesse sentido, Abuhab et al. (2005) questionam se o médico é de fato preparado para uma atuação realmente interdisciplinar e pautada em campos teóricos que extrapolem a lógica biomédica. Entendo que este é um aspecto que revela pontos cruciais a serem retomados para o alcance de estratégias com potencial de desinstitucionalização. Pensar na atuação do médico em serviços substitutivos em saúde mental requer rupturas com modos de atuação engessados por velhas práticas e que acabam sendo repetidos e perpetuados em cenários como o do campo estudado.

O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo de controle dos sujeitos em adoecimento mental.

Historicamente, percebemos que os ideais de controle e contenção da loucura possibilitaram a existência e a permanência de estruturas asilares e manicomiais. A superação deste modelo exige, necessariamente, que a demanda social por tais serviços seja completamente abolida.

Em um dos dias desta pesquisa e durante o atendimento por parte deste profissional, o familiar de um usuário do serviço solicitou uma escuta. Acompanhada pela enfermeira, a pessoa informou uma situação de crise de um dos usuários do CAPS.

A familiar informou sobre o adoecimento atual do usuário, reforçando que ele vinha consumindo bebidas alcoólicas em excesso e solicitou-me que o advertisse neste sentido assim que estivéssemos em contato durante o atendimento médico: “Diga a ele que, se ele beber, você vai internar ele”, disse a familiar. Estas falas me mobilizaram na medida em que apontam para a permanência de algumas expectativas essencialmente manicomiais: que os dispositivos de saúde sejam capazes de controlar os comportamentos das pessoas; que os médicos psiquiatras detenham o poder de controle sobre estes mecanismos reguladores e, ainda mais importante, que a internação hospitalar possa e deva ser acionada como método corretivo e normatizador de comportamentos a qualquer momento.

Ainda que a demanda por internação psiquiátrica tenha sido colocada como situação hipotética e condicionada à manutenção de comportamento do usuário, a fala desta familiar indica que a internação psiquiátrica não é situação totalmente superada na realidade do serviço substitutivo em análise. Pelo contrário, a estrutura hospitalar ainda se configura como representativa de um ideal que permanece disponível para algumas situações, ainda que sem indicações claramente definidas, como no exemplo relatado.

Na oportunidade, fiz uma orientação à familiar e expliquei sobre o meu papel como médico e que “não cabia a mim regular os comportamentos do usuário ou mesmo ameaçá-lo com a possibilidade de internação hospitalar”. Ou seja, ao me deslocar da posição hierarquizada e de potencial controle sobre o outro, compreendo que possibilidades de percurso podem se configurar a partir deste momento.

Todavia, a natureza fechada e excessivamente estruturada do dispositivo fez com que eu fosse deslocado para os demais atendimentos médicos do dia, não sendo possível assim estabelecer novos caminhos a partir deste encontro com a familiar. Retomando o entendimento sobre o caso, percebo que em nenhum momento foi considerada a participação do usuário nesta discussão, uma vez que estávamos conversando na ausência do mesmo. Este exemplo me permite compreender como pode ser exaustivo conviver com uma pessoa com transtorno mental grave e, ao mesmo tempo, ser capaz de conter os impulsos manicomiais constantemente reforçados pela sociedade.

Barbosa et al. (2016) relatam que os CAPSs ainda correm o risco de priorizar o desenvolvimento de atividades focadas na medicalização e no atendimento individual em detrimento da oferta de tecnologias geradoras de maior autonomia do usuário, o que acaba delimitando os trajetos possíveis para estas pessoas. A partir da experiência descrita anteriormente, percebe-se que a tomada de decisões sobre um determinado usuário tomou um caminho pelo qual seu trajeto terapêutico poderia, tal como na lógica manicomial, ser determinado por outras pessoas – o médico psiquiatra e o familiar. Além disto, a proposta trazida apresentava-se sob uma perspectiva punitiva e com objetivo de regulação de comportamentos, o que se distancia consideravelmente da proposta da desinstitucionalização.

Nesse ponto, ainda considero relevante a retomada da discussão sobre o fato da estrutura hospitalar ter sido considerada, ainda que hipoteticamente, pelo familiar do usuário. Considerando a importante participação do manicômio do município na realidade local,

torna-se impossível considerar que a colocação apresentada possa ser tomada apenas como simples conjectura. Afinal de contas, este dispositivo ainda é percebido como ocupando um centro de um mapa para o qual todos os trajetos influenciados pelas forças manicomiais da região se convergem.

Para Barbosa et al. (2016), o CAPS por vezes se coloca como serviço que convive com o manicômio e o realimenta. Desta forma, passa então a ser compreendido como intermediário nas relações das pessoas com o HP, uma vez que sua relação com o território que ocupa ainda é pouco debatida e, conseqüentemente, pouco compreendida. O exemplo trazido não é caso isolado e, de modo recorrente, surge na rotina do CAPS II para que este atue na viabilização da internação hospitalar.

A presença de expectativas de hospitalização psiquiátrica por parte de familiares que têm este discurso levado para os técnicos de serviços substituídos ainda revela a permanência de anseios manicomiais. O entendimento resultante é de que se trata de ponto que ainda dificulta a desinstitucionalização em saúde mental e, portanto, demanda ampliações nos processos necessários ao enfrentamento pelo dispositivo estudado.

O Centro de Atenção Psicossocial como lugar onde é difícil estar ou permanecer.

No início deste projeto, não imaginei que este fosse um tópico que pudesse ser elencado pela pesquisa. Contudo, os desdobramentos resultantes da imersão cartográfica levaram à necessidade de inclusão desta seção que, na minha perspectiva, encontra-se agora cheia de sentidos.

Mas por que pensar sobre estar ou permanecer em um serviço de saúde contribuiria para o entendimento da eficácia dos mecanismos antimanicomiais? Compreendemos, afinal de contas, que o CAPS é um dispositivo que atravessa a história pessoal de muitos sujeitos, tanto profissionais quanto usuários. Para esses últimos, a inserção nas atividades de acolhimento e acompanhamento muitas vezes surge como proposta resultante da intervenção do profissional

de saúde, com base em critérios técnicos e conforme a disponibilidade de cada local. Ou seja, nem sempre o sujeito participa da decisão de estar no CAPS, tal como ocorre em uma perspectiva manicomial.

A experiência do Sr. Quartzo relatada previamente é um exemplo de uma situação na qual o sujeito não desejou ser acompanhado pelo CAPS antes mesmo de conhecer o serviço. Ao longo dos dois meses de pesquisa, a discussão sobre este caso não foi retomada, resultando em desconhecimento sobre o desfecho desta situação em particular. Por se tratar de situação caracterizada pelo potencial de mobilização da comunidade, pressupõe-se que, em algum momento posterior, outros serviços de saúde mental poderão ser acionados para abordagem, o que pode incluir o HP.

O CAPS pode ter sua resolutividade reduzida caso esteja inserido em um contexto de ausência de rede de saúde mental constituída e devidamente articulada com as demais redes assistenciais, com dificuldade de condução das crises e com recorrentes internações psiquiátricas (Barbosa et al., 2016). A ausência de seguimento em relação à história do Sr. Quartzo nos coloca diante do risco em potencial de uma hospitalização psiquiátrica, tendo em vista a ausência de estratégias para o enfretamento de situação na qual o sujeito em adoecimento mental grave ainda não reconhece o CAPS como referência de cuidado.

Para Castro (2015), o CAPS é um equipamento assistencial considerado prioritário na substituição ao manicômio, devendo portanto incorporar a dimensão psicossocial e as experiências de vida e de doença dos sujeitos. Neste sentido, percebe-se como ausente o reconhecimento destes fatores na condução do caso do Sr. Quartzo, incluindo todos aqueles que determinavam a sua resistência em comparecer ao CAPS.

Faz-se necessário pontuar que a minha experiência prévia no dispositivo estudado me colocou diante de pessoas que, apesar de reconhecerem como necessários o acolhimento e o tratamento no CAPS, não compreendiam o serviço como uma experiência possível em suas

vidas. Muitas destas traziam em suas falas o incômodo experimentado ao frequentarem um dispositivo especializado em saúde mental; viam o CAPS como um local potencialmente inseguro ou mesmo que não havia atividades no CAPS com as quais se conectassem a ponto de permanecerem sob os cuidados multiprofissionais.

Compreendo que as situações expostas contribuem para uma baixa adesão ao suporte no serviço substitutivo em saúde mental. Como resultado, o CAPS torna-se muitas vezes incapaz de ser incluído nos percursos de desterritorialização e reterritorialização dos usuários, enfraquecendo assim o seu potencial de desinstitucionalização.

Até o momento, as descrições trazidas nesta seção trazem aspectos relacionados ao usuário e sua relação com o serviço. Contudo, o trajeto percorrido durante a imersão cartográfica também produziu processos que apontaram para a necessidade de discussão sobre a relação estabelecida pelos profissionais de saúde mental com os dispositivos substitutivos.

Partindo-se do entendimento de que a equipe assistencial é composta por atores com funções técnicas diretamente implicadas nas transformações exigidas pela RP, compreende-se que a relação estabelecida entre estas pessoas e os CAPSs onde atuam seja capaz de produzir efeitos percebidos como favoráveis ou desfavoráveis à desinstitucionalização em saúde mental. Neste ponto, atendo-me especificamente à dificuldade de permanência dos profissionais no dispositivo, o que gera desligamentos e descontinuidades da atuação profissional.

Em um determinado momento de conversa com outros profissionais do CAPS, chegou-se à constatação de que a equipe assistencial que compõe o dispositivo não é fixa, tendo sido constituída por diferentes técnicos desde a sua implementação. Na oportunidade, pontuei que eu era o único profissional restante da equipe de 2012, meu primeiro ano de atuação no serviço. Desde então, técnicos foram admitidos e desligados recorrentemente.

Nesta discussão, de caráter informal, com a psicóloga e a enfermeira, ainda pontuamos a percepção de que as pactuações de cuidado propostas foram perdendo sentido na medida em que novos atores foram compondo o quadro, gerando falta de continuidade e integralidade nas atuações técnicas.

Para Honorato e Pinheiro (2008), o trabalho da equipe de saúde mental deve ser compreendido como um trabalho político que tem a transformação social como objetivo. Ou seja, a dificuldade de permanência dos profissionais em um serviço de saúde com atribuições de transformação da realidade social pode representar barreira ao alcance destas modificações pretendidas.

A reformulação recorrente do conjunto de pessoas que compõem a equipe assistencial prejudica a continuidade dos esforços de uma equipe constituída por atores politicamente implicados com a desinstitucionalização em saúde mental.

Desdobramentos surgidos no decorrer da pesquisa também implicaram na constatação de que o CAPS está em constante modificação, mas ainda assim com marcada dificuldade em se reconhecer como dispositivo com função de desinstitucionalização em saúde mental. Esta situação é potencializada pela ausência de uma equipe assistencial permanente, pela falta de estrutura física própria e também pela falta de projetos terapêuticos alinhados com os ideais da RP.

Levando em conta a minha experiência prévia no dispositivo, considero importante reiterar que o período em campo ainda revelou a existência de apreensão entre os técnicos em relação à mudança de endereço do CAPS, que estava programada para ocorrer há quase um ano e, até então, parecia não ser possível. Havia um nítido descontentamento dos profissionais com a morosidade da gestão e com a permanência em um local físico no qual não se desejava estar há algum tempo.

Pessoalmente, considero difícil fazer parte de um projeto assistencial que prevê mudanças para o alcance de metas em saúde pública, mas que parecem não ocorrer na velocidade desejada. Os anos de atuação neste dispositivo me colocaram em contato com várias estratégias que não seguiram conforme o planejado e, conseqüentemente, geraram sentimentos de frustração e inconformidade. A demora em ter uma estrutura física é mais um fator que atualiza este sentimento e, o que considero ainda pior, reforça em mim a dúvida sobre os dispositivos substitutivos serem ou não mantidos em minha trajetória profissional.

A análise cartográfica me permitiu o entendimento de que o dispositivo de saúde mental analisado carece de reformulações para potencialização de sua função de desinstitucionalização da pessoa. Práticas assistenciais com rara expressão da interdisciplinaridade, com pouca articulação entre os dispositivos da rede e com estímulo insuficiente à autonomia dos usuários demonstram um enraizamento da função substitutiva que pode acabar resultando em um processo autolimitado.

Incapaz de germinar, brotar e gerar frutos, uma raiz abaixo do solo é apenas uma raiz, ainda que seja inegável o seu potencial. Neste sentido, retomo minhas angústias motivadoras deste projeto ao reafirmar que, ainda que reconhecidamente superior ao modelo hospitalar e manicomial, o CAPS II precisa adquirir ramificações que o alinhem às propostas da RP, para que, enfim, seja capaz de produzir a reinserção social da pessoa com transtorno mental grave.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, ainda foi necessário o meu desligamento como profissional do CAPS II, o que se configurou como processo passível de desdobramentos já mencionados previamente. Tal situação reforçou em mim o medo de descontinuidade dos processos institucionais iniciados, mas representa também a possibilidade de que novos olhares sejam capazes de produzir rearranjos favoráveis à desinstitucionalização.

Para Onde Seguimos Daqui?

Inicialmente, havia sido pensado que a finalização deste texto pudesse ser representada por um título diferente, mais técnico. Mas a reflexão pessoal que teve lugar é a de que o termo “conclusão” não seria capaz de representar o caráter processual implicado nesta pesquisa. A própria palavra conclusão soa pretensiosa demais, pois nunca houve a intenção de finalização de discussões a partir deste projeto. Aqui, busca-se mais uma aproximação com a lógica rizomática da cartografia, na qual os processos não se encerram em si mesmos, sendo capazes de produzir novos questionamentos.

A partir da contextualização histórica apresentada, percebe-se que aspectos conceituais e de enfrentamento da loucura foram se modificando e se adaptando conforme a sociedade discutia sobre o tema. Contudo, fica evidente que o enclausuramento e a segregação representados pela estrutura manicomial estiveram presentes na maior parte do tempo, gerando a demanda por reformulações quanto à prática assistencial.

A RP, como movimento social e político propositor da ruptura com a lógica manicomial, estabeleceu a desinstitucionalização em saúde mental como principal estratégia de enfrentamento, encontrando nos serviços do tipo CAPS a maior expressão desta política. Assim, os serviços de saúde compreendidos como substitutivos ao manicômio passaram a ser cada vez mais reafirmados como prioritários no tratamento da pessoa com transtorno mental e têm se tornado ainda mais presentes em todo território nacional. Entretanto, mesmo após todos esses anos de RP, questionamentos sobre a institucionalização do sujeito com transtorno mental grave ainda desafiam a sociedade e apontam para a necessidade de reestruturação permanente dos modos de cuidado, buscando evitar que novos instrumentos de saúde se tornem perpetuadores de velhas práticas institucionalizantes.

O CAPS II estudado é um dispositivo que pode representar um recorte de uma política de desinstitucionalização em saúde mental implementada no país. Como estratégia de saúde

pública, a observação do funcionamento de dispositivos como este deve ser estimulada para que possam, enfim, corresponder cada vez mais aos propósitos da RP, especialmente no que diz respeito à desinstitucionalização.

Por estar inserido em um contexto diferenciado, em município onde o HP mantém-se ativo e ainda receptivo a demandas por institucionalizações, entende-se que o CAPS II ainda se encontra susceptível às influências das forças manicomiais que permeiam a realidade local. Não obstante, o que a experiência municipal demonstra é a existência, ainda que não formalizada, de uma relação interinstitucional revelada pelas expectativas em relação ao HP em atender situações às quais o CAPS não pôde acolher ou ser efetivo no cuidado.

A análise cartográfica do cenário de pesquisa revelou fatores que contribuem ou dificultam o processo de desinstitucionalização em saúde mental em curso no município. Neste estudo, foram elencados mais fatores desfavoráveis a este objetivo, o que demonstra a existência de um desequilíbrio entre as forças manicomiais e antimanicomiais em atuação até o momento, gerando a necessidade de reformulação das estratégias para que ações capazes de modificar esta realidade sejam, enfim, implementadas neste CAPS II em particular.

No sentido de contribuição para a desinstitucionalização em saúde mental, a imersão cartográfica me possibilitou perceber que o CAPS representa um importante local de formação de vínculos entre sujeitos, o que se entende como condição necessária para uma reorientação do modelo assistencial a partir da ruptura com a lógica da segregação e hierarquização no cuidado. Cabe destacar que a vinculação não ocorre de modo linear e conforme as expectativas de técnicos e gestores, mas sim sob aspectos rizomáticos e processuais que incluíram o próprio pesquisador na dinâmica relacional.

Em certo sentido, o CAPS II pode ser também compreendido como local de reterritorialização do “doente mental” com possibilidades de ruptura desta marca identitária

na medida em que favorece o surgimento de novas conexões afetivas e a ocupação de diversos territórios.

Também foi observada a ocorrência da atividade interdisciplinar em contextos diferentes e de modo fluido pelo serviço, contribuindo para a construção de projetos terapêuticos articulados de modo compartilhado e com reconhecimento de diferentes áreas de conhecimentos atuantes no dispositivo. Contudo, a interdisciplinaridade ocorre de forma incipiente, não sendo muitas vezes predominante na condução dos casos, especialmente nos momentos de crises, nos quais o conhecimento técnico do médico psiquiatra é priorizado em detrimento dos demais profissionais.

A participação em discussões interdisciplinares ainda permitiu a observação do planejamento de articulação do CAPS com outros dispositivos que compõem a RAPS do município na condução do suporte ao usuário. Esta estratégia revela aproximação com a proposta da desinstitucionalização na medida em que visa proporcionar ao sujeito um trajeto terapêutico mais diversificado, com circulação por outros serviços, ocupando espaços comunitários e próximos aos seus espaços existenciais. Ou seja, pensar em uma circulação do usuário para além dos limites físicos do CAPS é contribuir para a reinserção social, uma vez que nenhum dispositivo, ainda que substitutivo, deva ser compreendido como único campo de existência das pessoas.

Todavia, também foram observados fatores que dificultam a desinstitucionalização em saúde mental durante a pesquisa e que merecem reflexões a respeito. De forma considerável, as falas de usuários e mesmo técnicos assistenciais revelaram a percepção de que o CAPS analisado é descrito muitas vezes por expressões carregadas de emoções consideradas negativas e mesmo pejorativas. Tais descrições se aproximam consideravelmente das críticas mencionadas à estrutura manicomial e que, a partir da RP, levaram à necessidade de reformulações. Entende-se assim que a percepção das pessoas sobre

o CAPS ainda se distancia consideravelmente do que se espera do dispositivo como proposta de referência de cuidado em saúde mental.

Também foi observado que, apesar de presente, a interdisciplinaridade não é estratégia predominante no serviço. A separação entre os profissionais a partir da utilização de salas para atendimentos específicos contribui para que haja menos interações entre os técnicos que acabam por terem suas circulações pelo dispositivo bastante limitadas a determinados espaços. Como resultado, há uma menor possibilidade de encontros interdisciplinares capazes de viabilizar as trocas necessárias para a compreensão e melhor condução dos casos. Podemos compreender aqui um certo distanciamento da lógica rizomática, dificultando o surgimento de conexões entre os diversos saberes.

Percebi ainda que, como profissional médico, circulei muito pouco pelas dependências do CAPS II, ficando a maior parte do tempo em uma sala denominada consultório, o que demonstra a execução de atribuições técnicas mais similares às dos serviços ambulatoriais do que às dos dispositivos substitutivos em saúde mental.

A experiência relatada ainda permitiu a observação de que o CAPS II estudado, mesmo com propósito de substituição ao modelo asilar, ainda significou possibilidades de atendimento às expectativas manicomial. Na medida em que se compreende o dispositivo analisado como local de controle e regulação do comportamento da pessoa com transtorno mental, aproxima-se muito mais da lógica manicomial e menos dos objetivos de desinstitucionalização. Ou ainda, muito mais da lógica radicular e muito menos da circulação rizomática promotora de desdobramentos.

O estímulo à autonomia do sujeito em adoecimento mental, com reconhecimento de seu protagonismo ainda é pouco estimulado. As discussões que ocorrem no serviço são de caráter mais multidisciplinar e menos transdisciplinar, com justaposição de saberes, em vez

de interconexão. Além disso, quase não se percebe a participação da pessoa sob cuidados na elaboração de seu PTS.

A articulação com os serviços de referência da rede de saúde local ainda foi incipiente no período estudado, revelando uma fraca relação interinstitucional. Não houve a observação de comunicação entre os dispositivos da RAPS, não sendo assim possível o surgimento de discussões de casos de modo interinstitucional. Esta percepção leva ao entendimento de que ações de articulação entre os dispositivos de saúde da rede devem ser estimuladas, contribuindo para que estratégias comunitárias sejam de fato incluídas nos projetos terapêuticos das pessoas com adoecimento mental.

As observações deste estudo levam ao entendimento de que se faz necessário o fortalecimento da RAPS municipal com maior engajamento do CAPS II. O estímulo à ampliação das relações interinstitucionais na discussão e seguimento dos casos poderia contribuir para uma maior circulação das pessoas pelos dispositivos comunitários e, conseqüentemente, para uma maior reinserção social dos sujeitos em adoecimento mental grave, que passariam, assim, a ocupar os territórios de forma diversificada e não mais restrita ao CAPS.

Outro ponto a ser considerado foi a observação de que nem sempre o CAPS é percebido como a melhor alternativa ou mesmo como possibilidade na trajetória terapêutica da pessoa com adoecimento mental grave. Tal circunstância pode ser geradora de problemas de adesão e, conseqüentemente, promotoras de novas hospitalizações. Percebe-se assim que a compreensão do CAPS como melhor resposta à política de desinstitucionalização é questão que precisa transpor o campo teórico, passando a representar na prática todos os sentidos que lhe são atribuídos como dispositivo de fato substitutivo ao modelo manicomial.

A observação de que a equipe de saúde mental do CAPS II não é fixa e que os desligamentos dos profissionais são recorrentes leva a problemas de continuidade e

integralidade das ações propostas ou já implantadas. O alinhamento com a política antimanicomial exige posicionamentos e contribuições políticas de técnicos que também são compreendidos como atores da política de desinstitucionalização em curso. A dificuldade de manutenção de equipes engajadas e em sintonia com os ideais da RP prejudicam avanços e podem permitir retrocessos.

Não há dúvidas de que os CAPSs se constituem como alternativa ao modelo manicomial e asilar, mas ainda há muito o que ser feito para que, enfim, sejam estabelecidos os mecanismos antimanicomiais pelos quais estes dispositivos deveriam guiar suas estratégias. As experiências acompanhadas durante este projeto apontam para uma realidade local em que ainda não é possível dissociar o CAPS do seu potencial de reinstitucionalização dos sujeitos, ainda que estes estejam sendo acolhidos por serviços desprovidos de grades.

A trajetória da pesquisa aponta para um caminho sobre o qual ainda há muito a ser trilhado no sentido de garantir a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental grave. Mecanismos de aprimoramento das estratégias com maior consonância com os ideais da RP devem ser estimulados entre os profissionais, com melhor reconhecimento das ações que fortalecem ou atrapalham a desinstitucionalização.

A pergunta que dá título a esta seção não é direcionada somente aos processos institucionais aqui estudados, mas assume também sentido pessoal, uma vez que o estudo é finalizado também pelo desligamento deste pesquisador como técnico do CAPS analisado. Ficam questionamentos, mas acima de tudo a vontade de contribuir para que a desinstitucionalização em saúde mental deixe de ser apenas desejo para se configurar cada vez mais como realidade na vida das pessoas com adoecimento mental grave.

Referências

- Abuhab, D., Santo, Á. B. A. P., Messenberg, C. B., Fonseca, R. M. G. S., & Silva, A. L. A. (2008). O trabalho em equipe multiprofissional no caps III: um desafio. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 26(3), 369-380. Recuperado em 18 de julho de 2023, de <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4567>
- Alverga, A. R. D., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316. doi: 10.1590/S1414-32832006000200003
- Altino, L. (2023, 12 de maio). Prestes a fechar, hospitais de custódia ainda têm 4,6 mil internos; 40% são presos provisórios. *O Globo*. Recuperado de <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/05/com-prazo-para-fechar-hospitais-de-custodia-ainda-tem-46-mil-internos-40percent-sao-presos-provisorios.ghtml>
- Amarante, P. (1996). O paradigma psiquiátrico. In P. Amarante, *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (pp. 39-63). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In P. Amarante (Ed.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- Amarante, P. (2003a). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Aragão, T. N. (2008). *Reforma psiquiátrica: a construção de um novo paradigma em saúde mental* (Monografia de graduação). Repositório Institucional do UniCEUB. Recuperado de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/2648>
- Barbosa, V. F. B., Martinhago, F., Hoepfner, Â. M. S., Daré, P. K., & Caponi, S. N. C. (2016). O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde em Debate*, 40(108), 178-189. doi: 10.1590/0103-1104-20161080015

- Castro, S. A. (2015). *Adesão ao tratamento psiquiátrico, após alta hospitalar: acompanhamento na rede de serviços de saúde* (Tese de doutorado). Biblioteca digital da USP – Testes e dissertações. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07012016-104542/pt-br.php>
- Dominguez, B. (2014, Dezembro). Amarante: ‘É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação’. *Revista Radis*.
- Bertolli, C. (2017). Por uma história recorrente da medicina, da saúde e da enfermidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 251-255. doi: 10.1590/1807-57622017.0019
- Bezerra, B., Júnior. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250. Recuperado em 14 de julho de 2023, de <https://www.scielo.br/j/physis/a/H4wVY4ZDk9nKqdGsdzyJkWg/?format=pdf&lang=pt>
- Cézar, M. A., & Coelho, M. P. (2017). As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. *Mental*, 11(20), 134-151. Recuperado em 17 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100008&lng=pt&tlng=pt
- Cintra, A. M. S., Mesquita, L. P. D., Matumoto, S., & Fortuna, C. M. (2017). Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. *Fractal: Revista de Psicologia*, 29(1), 45-53. doi: 10.22409/1984-0292/v29i1/1453
- Costa, M. G. S. G., Figueiró, R. A., & Freire, F. H. M. A. (2014). O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. *Temas em Psicologia*, 22(4), 839-851. doi: 10.9788/TP2014.4-13
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). Introdução: rizoma. In G. Deleuze & F. Guattari, *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, (pp. 11-37). Rio de Janeiro: Editora 34.

- Facchinetti, C. (2008). Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(3), 502–505. doi: 10.1590/S1415-47142008000300014
- Figueirêdo, M. L. R., Delevati, D. M., & Tavares, M. G. (2014). Entre loucos e manicômios: história da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS*, 2(2), 121–136. Recuperado em 14 de julho de 2023, de <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>
- Foucault, M. (1972). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2008). A casa dos loucos. In M. Foucault, *Microfísica do poder* (pp. 113-128). São Paulo: Graal.
- Frayze-Pereira, J. (1982). *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense.
- Furtado, J. P., & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 8(1), 109-122. doi: 10.1590/1415-47142005001011
- Goffman, E. (2015). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Honorato, C. E. M., & Pinheiro, R. (2008). O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(2), 361-380. doi: 10.1590/S0103-73312008000200009
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Sistema IBGE de Recuperação Automática*. Recuperado de <https://sidra.ibge.gov.br>
- Kroef, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2), 464-480. doi: 10.12957/epp.2020.52579
- Lei Paulo Delgado, Presidência da República, nº 10.216 (2001).

- Lima, E. M. F. A., & Ghirardi, M. I. G. (2008). Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade De São Paulo*, 19(3), 153-158. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v19i3p153-158
- Lucchese, R., Oliveira, A. G. B., Conciani, M. E., & Marcon, S. R. (2009). Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de saúde pública*, 25(9), 2033-2042. doi: 10.1590/S0102-311X2009000900017
- Machado, S. B. (2009). Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(2), 217-228. doi: 10.1590/S1516-14982009000200004
- Martinhago, F., & Oliveira, W. F. (2015). (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1273-1284. doi: 10.1590/S0104-12902015136741
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007
- Minayo, M. C. S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 40(40), 139-153. Recuperado em 18 de julho de 2023, de <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>
- Minayo, M. C. D. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237-248. Recuperado em 14 de julho de 2023, de <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>
- Neves, A. V. M. (2012). *Políticas públicas de saúde para concursos*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076. doi: 10.1590/S1413-81232011000400006

- Passos, E., Kastrup, V.; & Escóssia, L. D. (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Portaria de criação dos Centros de Atenção Psicossocial, Ministério da Saúde, nº 336 (2002).
- Portaria da Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde, nº 373 (2002).
- Portaria da Rede de Atenção Psicossocial, Ministério da Saúde, nº 3.088 (2011).
- Prado, K., Filho, & Teti, M. M. (2013). A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *Barbarói*, (38), 45-49. Recuperado em 14 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100004&lng=pt&tlng=pt
- Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 487, 15 de fevereiro de 2023, Diário Oficial da União – Seção 1 (2023).
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, 24 de maio de 2016, Diário Oficial da União – Seção 1, pp. 44-46 (2016).
- Ribeiro, J., Júnior. (1984). *O que é positivismo*. São Paulo: Brasiliense.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In M. F. Nicácio (Ed.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- Santos, E. C. C., & Magalhães, L. D. R. (2020). Memórias e representações do “medo da loucura” no meio de médicos e médicas psiquiátricas. *Research, Society and Development*, 9(10), 1-16. doi: 10.33448/rsd-v9i10.8943
- Scheibel, A., & Ferreira, L. H. (2011). Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 966-966. doi: 10.22278/2318-2660.2011.v35.n4.a266

- Scherer, L. A., & Grisci, C. L. I. (2022). Cartografia como método de pesquisa para estudos de trabalho e subjetividade. *Revista de Administração Contemporânea*, 26(supl. 1). 1-14. doi: 10.1590/1982-7849rac2022210202.por
- Silva, J. F. D., Filho. (1987). A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In N. R. Costa, & S. A. Tunis (Eds.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 75-102). Petrópolis: Vozes.
- Tasca, P. C., Mahl, A. C., & Biesdorf, A. (2020). A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Unoesc & Ciência - ACBS*, 10(2), 99–106. Recuperado em 18 de julho de 2023, de <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/20465>
- Vieira, N. G., Filho. (2011). Sofrimento e desinstitucionalização: Construindo redes de apoio em saúde mental. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(1), 309-333. Recuperado em 14 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000100012&lng=pt&tlng=pt
- Waidman, M. A. P., & Elsen, I. (2008). Família e necessidades... revendo estudos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 147-157. doi: 10.4025/actascihealthsci.v26i1.1643
- Yasui, S. (2009). A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 109-118. doi: 10.5007/cbsm.v1i1.68432
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 27-37. Recuperado em 14 de julho de 2023, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>

Zanardo, G. L. P., Bianchessi, D. L. C., & Rocha, K. B. (2018). Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 80-101. Recuperado em 18 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000300006&lng=pt&tlng=pt

Apêndice A

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

AUTARQUIA EDUCACIONAL
DE BELO JARDIM - AEB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Análise da experiência de um município do norte baiano

Pesquisador: GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56731822.7.0000.5189

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.396.751

Apresentação do Projeto:

dados extraídos de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1903616.pdf versão 1.

Apresentação

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, surgiu no Brasil como proposta de intervenção em saúde mental a partir das demandas apontadas pela Reforma Psiquiátrica. A crítica ao modelo de cuidado essencialmente hospitalocêntrico e manicomial foi conduzida a partir do engajamento político e social de diferentes segmentos, mobilizados pelo desejo de mudanças no processo de cuidar. Serviços de saúde compreendidos como substitutivos ao manicômio passaram a ser cada vez mais reafirmados como prioritários no tratamento do doente mental e têm se tornado ainda mais presentes em todo território nacional. Entretanto, mesmo após todos esses anos de Reforma Psiquiátrica, questionamentos sobre a institucionalização do doente mental grave ainda desafiam a sociedade e apontam para a necessidade de reestruturação permanente dos modos de cuidado, buscando evitar que novos instrumentos de saúde se tornem perpetuadores de velhas práticas institucionalizantes. Ante o imperativo ético de transformação do modelo de atenção às pessoas que atravessam uma experiência de transtorno mental, questiona-se: O CAPS tem sido instrumento capaz de promover a desinstitucionalização em saúde mental? Essa questão brota da minha imersão ao longo dos últimos 8 (oito) anos como técnico em saúde mental inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município do norte da Bahia, Brasil, e serviu de bússola para a construção do

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Centro **CEP:** 55.150-000
UF: PE **Município:** BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-1800 **Fax:** (81)3726-1800 **E-mail:** cepaeb@hotmail.com

AUTARQUIA EDUCACIONAL DE BELO JARDIM - AEB



Continuação do Parecer: 5.396.751

presente projeto de pesquisa.

1.2 Justificativa O município do norte baiano em questão, cenário proposto para a realização desta pesquisa, é uma cidade marcada historicamente pela presença do manicômio, o que reflete negativamente nas ações locais de desinstitucionalização. Práticas pautadas no cuidado hospitalocêntrico e excludente se tornaram parte indissociável das vivências social e cultural do município, contribuindo para que o manicômio, como instituição total, tivesse local assegurado no imaginário coletivo do lugar. Como principal dispositivo substitutivo ao modelo manicomial, o CAPS é um ponto de atenção da RAPS de expressiva relevância, que, entre as suas diversas atribuições, deve se ocupar em fortalecer os processos de desinstitucionalização, principalmente nas cidades afetadas negativamente pelo silenciamento provocado pelo manicômio nas pessoas acometidas por um transtorno mental. Por isso, acredita-se que estudar o CAPS pode desvelar estratégias que contribuam para vencer desafios ainda não superados pela Reforma Psiquiátrica em curso. Em sua história recente, o Brasil tem sofrido graves ameaças em relação aos avanços conquistados ao longo das últimas décadas com as políticas de saúde mental. Portarias ministeriais que garantem o acesso do portador de transtorno mental grave ao cuidado individualizado vem sendo ameaçadas de revogação, trazendo inseguranças em vários segmentos. Essas situações tornam ainda mais importantes a reunião de informações e o desenvolvimento de conhecimento que lutem contra esses retrocessos. Como profissional da assistência com significativa experiência de trabalho em CAPS, percebo com preocupação a possibilidade de que as práticas atuais deste tipo de dispositivo apresentem brechas à reprodução dos ideais manicomial de institucionalização em saúde mental. Ao longo dessa experiência profissional, inquieto-me o risco ao qual esses serviços substitutivos estão expostos, de recorrerem a velhas práticas hospitalocêntricas e serem reprodutores de novas modalidades de institucionalização do sujeito. Com esse projeto, portanto, busco transformar tal angústia em interesse de pesquisa. Analisar o papel do CAPS como instrumento substitutivo de fato e promotor da desinstitucionalização do indivíduo é fundamental. Essa análise pode contribuir para a própria reflexão desse pesquisador que aqui escreve sobre suas práticas, além de estimular a discussão dos processos de cuidado que ocorram na RAPS local ou outra. Pensar sobre o modo de fazer o cuidado em saúde mental é essencial para avaliar e readequar práticas em saúde, tornando-as cada vez mais consonantes com os ideais da Reforma Psiquiátrica.

Objetivo da Pesquisa:

dados extraídos de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1903616.pdf versão 1.

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Centro **CEP:** 55.150-000
UF: PE **Município:** BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-1800 **Fax:** (81)3726-1800 **E-mail:** cepaeb@hotmail.com

**AUTARQUIA EDUCACIONAL
DE BELO JARDIM - AEB**



Continuação do Parecer: 5.396.751

Objetivo primário:

Analisar o desempenho do CAPS como dispositivo desinstitucionalizador em saúde mental.

Objetivo secundário:

-Cartografar o cotidiano de trabalho da equipe multidisciplinar de um CAPS municipal no norte da Bahia; -
Elencar as ações ofertadas por essa equipe CAPS na promoção do cuidado; - Refletir sobre o impacto
dessas ações no movimento em curso de desinstitucionalização em saúde mental do município; - Discutir
estratégias desinstitucionalizantes para qualificação do processo de trabalho no CAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dados extraídos de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1903616.pdf versão 1.

Riscos: "A pesquisa apresenta riscos mínimos e de caráter imaterial, tais como constrangimento no momento das entrevistas, em decorrência de uma potencial quebra de sigilo sobre a identidade dos participantes, ou geração de danos à autoimagem quando publicação dos resultados. Para minimizar tais riscos, a equipe de pesquisa tomou todos os cuidados na elaboração dos roteiros, com realização das entrevistas em local onde o entrevistado possa se sentir confortável e com total privacidade. Além disso, nos comprometemos com a guarda segura de todos os dados, com total confidencialidade quando da publicação dos resultados e a redação de material para que seja feita de modo a não causar nenhum tipo de dano à imagem dos participantes."

Benefícios: "Este estudo não oferece benefícios diretos, mas esperamos que a pesquisa possa contribuir para uma maior compreensão sobre o processo de desinstitucionalização em saúde mental nos centros de atenção psicossocial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo vinculado à Universidade Federal do Vale do São Francisco, programa de Mestrado Acadêmico em Psicologia.

Pesquisador responsável: Godson Sebastião Chaves Teixeira Júnior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os itens obrigatórios de forma satisfatória, em atenção às normativas do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12 do CNS e complementares e pela

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Centro CEP: 55.150-000
UF: PE Município: BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-1800 Fax: (81)3726-1800 E-mail: cepaeb@hotmail.com

**AUTARQUIA EDUCACIONAL
DE BELO JARDIM - AEB**



Continuação do Parecer: 5.396.751

Norma Operacional 001/13 do CNS, este CEP manifesta-se pela aprovação deste protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Realizar nova submissão (ementa) quando for necessário fazer qualquer alteração neste projeto.

Solicitamos que em virtude da ocorrência de algum dano ao participante, previsto ou não como risco, a pesquisa deverá ser imediatamente suspensa e os fatos comunicados a este comitê.

Encaminhar o relatório final deste estudo ao sistema CEP/CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1903616.pdf	10/03/2022 13:35:30		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoatualizada.pdf	10/03/2022 13:34:03	GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA	Aceito
Outros	InstrumentoColetaGODSON.pdf	23/02/2022 17:11:25	GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA	Aceito
Outros	CARTAdeanuencia.pdf	23/02/2022 17:10:07	GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOGODSONpdf.pdf	23/02/2022 17:08:48	GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA	Aceito
Outros	DECLdeCOMPROMISSOpdf.pdf	23/02/2022 17:07:37	GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	23/02/2022 16:59:24	GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/02/2022 16:53:01	GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGODSONpdf.pdf	23/02/2022 16:52:35	GODSON SEBASTIAO CHAVES TEIXEIRA JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Centro **CEP:** 55.150-000
UF: PE **Município:** BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-1800 **Fax:** (81)3726-1800 **E-mail:** cepaeb@hotmail.com

AUTARQUIA EDUCACIONAL
DE BELO JARDIM - AEB



Continuação do Parecer: 5.396.751

Não

BELO JARDIM, 09 de Maio de 2022

Assinado por:
Alexandra Waleska de Oliveira Aguiar
(Coordenador(a))

Endereço: Sítio Inhumas, Rodovia Pernambuco 166 KM5
Bairro: Centro **CEP:** 55.150-000
UF: PE **Município:** BELO JARDIM
Telefone: (81)3726-1800 **Fax:** (81)3726-1800 **E-mail:** cepaeb@hotmail.com